



Bożena Płonka-Syroka, Monika Hudaszek, Wiktoria Kurzyna

**Obraz epidemii COVID-19
w polskich tygodnikach opinii,
czasopismach lekarskich
i świadomości pacjentów.
Analiza krytyczno-porównawcza**

**Obraz epidemii COVID-19
w polskich tygodnikach opinii,
czasopismach lekarskich
i świadomości pacjentów**

Doświadczanie choroby
w perspektywie badań interdyscyplinarnych

tom IX

Bożena Płonka-Syroka
Monika Hudaszek
Wiktoria Kurzyna

**Obraz epidemii COVID-19
w polskich tygodnikach opinii,
czasopismach lekarskich
i świadomości pacjentów.
Analiza krytyczno-porównawcza**



UNIwersytet Medyczny
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Wrocław 2022

Recenzenci

Dr hab. Mariusz Migała Prof. PO

Dr hab. Bożena Karolewicz Prof. UMW

Publikacja zrealizowana w ramach programu badawczego ST-D210.21.104
pt. *Wpływ warunków socjalnych, stylu życia i wzorców kulturowych
na stan zdrowia ludności w różnych warstwach społecznych*

Zdjęcia na okładce: PIRO4D (<https://pixabay.com/illustrations/virus-pathogen-infection-biology-4931041/>) i Alexandra_Koch (<https://pixabay.com/illustrations/antigen-quick-test-corona-covid-6939139/>) zamieszczono na licencji Pixabay License (<https://pixabay.com/service/license/>)

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich 2022

e-ISBN 978-83-7055-680-8

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Wybrzeże L. Pasteura 1, 50-367 Wrocław

Spis treści

Bożena Płonka-Syroka	
Wstęp	7
Część I	
Obraz epidemii COVID-19 w polskich tygodnikach opinii	
Bożena Płonka-Syroka, Monika Hudaszek	
Kształtowanie się strategii informacyjnej na temat COVID-19 w polskich tygodnikach opinii w pierwszym roku pandemii	21
Bożena Płonka-Syroka, Monika Hudaszek	
Kształtowanie obrazu COVID-19 w Polsce w polskich tygodnikach opinii w pierwszym roku epidemii (od lutego do października 2020 r.)	91
Część II	
Obraz epidemii COVID-19 zgodny ze standardem Evidence Based Medicine	
Wiktoria Kurzyna	
Epidemia COVID-19 w świetle badań naukowych z 2020 r.	155
Część III	
Obraz epidemii COVID-19 w opiniach polskiego środowiska lekarskiego	
Bożena Płonka-Syroka, Wiktoria Kurzyna	
Obraz epidemii COVID-19 w wybranych polskich czasopismach lekarskich z 2020 r.	189

Część IV

Obraz epidemii COVID-19**w opiniach i odczuciach polskich pacjentów**

Bożena Płonka-Syroka, Monika Hudaszek, Wiktoria Kurzyna

Epidemia COVID-19 w doświadczeniach polskich pacjentów 235

Bożena Płonka-Syroka

Posłowie 287

Wykaz Autorów 299

Bożena Płonka-Syroka

Wstęp

Epidemia COVID-19, która od marca 2020 r. utrzymuje się w Polsce, przyniosła w naszym kraju najpoważniejsze od zakończenia II wojny światowej straty demograficzne. Mają one zarówno charakter bezpośredni, jak i pośredni. Te pierwsze obejmują ponad 100 tysięcy zgonów pacjentów, u których rozpoznano zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Te drugie zostały określone przez demografów jako tzw. „zgoni nadmiarowe”, wykraczające poza średnią wieloletnią charakterystyczną w ostatnich latach dla polskiej populacji, a przez lekarzy ich przyczyny zostały zdefiniowane jako związane z brakiem dostępu w odpowiednim czasie do nowoczesnych metod terapii i diagnostyki klinicznej. Ten brak dostępu był uwarunkowany wprowadzeniem rygorystycznych zasad ochrony przeciwepidemicznej w placówkach systemu medycyny publicznej, co wiązało się m.in. z zamknięciem w Polsce na wiele miesięcy przychodni podstawowej opieki lekarskiej i wprowadzeniem systemu tzw. teleporad i ograniczeniem możliwości korzystania przez pacjentów z chorobami przewlekłymi z diagnostyki i terapii prowadzonej w tych placówkach. Wiele szpitali zostało w okresie epidemii przekształconych na specjalne szpitale covidowe, natomiast w pozostałych nie realizowano planowych przyjęć, zarówno w celach diagnostycznych, jak i terapeutycznych, ograniczając się jedynie do przyjmowania chorych w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia, co miało zapobiec rozprzestrzenianiu się zakażeń wśród pacjentów. Z powodu spowodowanej przez epidemię dezorganizacji pracy pogotowia ratunkowego, która została ukierunkowana na dowóz pacjentów chorych na COVID-19 do szpitali, wielu pacjentów nie doczekało się jednak możliwości uzyskania pomocy w szpitalu, nawet w sytuacji zagrożenia życia. Sytuacja ta występowała szczególnie w szczytowych okresach zachorowań, które ulegały wznowieniu w kolejnych falach. Z pierwszą falą epidemii mieliśmy do czynienia w Polsce od marca do czerwca 2020, z drugą od początków października 2020 do końca lutego 2021, z trzecią od kwietnia do połowy czerwca 2021, natomiast czwarta zaczynała się dynamicznie rozwijać

w okresie składania do druku tej książki. W początkach listopada 2021 odnotowujemy w Polsce ponad 15 tys. przypadków nowych zachorowań dziennie, oraz od 150 do 180 zgonów. W mediach pojawiają się opinie specjalistów, zgodnie z którymi epidemia będzie ulegać dalszemu nasileniu, dochodząc do 30 tys. przypadków dziennie i będzie stanowić poważne zagrożenie również w całym 2022 r. Dzieje się tak pomimo tego, że w Polsce od stycznia 2021 realizowany jest powszechny program szczepień przeciwko COVID-19, który powinien był znacznie ograniczyć zagrożenie epidemiczne. Zgodnie ze współczesnym standardem medycyny klinicznej (Evidence Based Medicine) szczepienia są jedyną skuteczną metodą ochrony populacji przed rozpowszechnianiem się chorób wirusowych. Wiele z chorób zakaźnych, które jeszcze w XIX w. stanowiły bardzo poważne zagrożenie epidemiczne i demograficzne, w XX w. zostało skutecznie opanowanych. Występują jedynie w tych krajach lub społecznościach na terenie tych krajów, dla których szczepionki są niedostępne lub nie są przez te społeczności akceptowane. Wielkim sukcesem okazała się w drugiej połowie XX w. całkowita eradykacja czarnej ospy (Variola Vera), w wyniku zaszczepienia przeciw tej chorobie większości światowej populacji. Czarna ospa przeszła w ten sposób do historii medycyny i nie stanowi już zagrożenia epidemicznego, mimo że jeszcze w XIX w. była jedną z najczęściej występujących chorób zakaźnych. Ograniczono też znacznie dzięki powszechnym szczepieniom ochronnym liczbę przypadków innych chorób, zarówno o etiologii wirusowej (jak polio), jak i bakteryjnej (jak gruźlica).

Akcja szczepień populacyjnych przeciw COVID-19 nie zakończyła się jednak w Polsce sukcesem. Od stycznia do pierwszych dni listopada 2021 dwie dawki szczepionek Pfizer i Moderna, a także jednodawkową szczepionkę firmy Johnson & Johnson przyjęło zaledwie 51% Polaków. Pozostali albo zdecydowanie odmawiają zaszczepienia się, albo nadal zastanawiają się nad przyjęciem szczepionki. W październiku 2021 r. stworzono w Polsce możliwość przyjęcia trzeciej dawki szczepionki. Początkowo przez osoby po 50 roku życia i z osłabioną w wyniku innych chorób odpornością. W początkach listopada 2021 r. trzecią dawkę mógł już przyjąć każdy Polak w wieku powyżej 18 lat, który został w pełni zaszczepiony przynajmniej pół roku wcześniej. Szczepienia trzecią dawką spotkały się z dużym społecznym zainteresowaniem. Od chwili pojawienia się takiej możliwości zaszczepiło się już kilka milionów osób, a zapisy na dodatkowe szczepienia cieszą się dużym zainteresowaniem wśród osób już wcześniej zaszczepionych. Nie spowodowało to jednak zmiany postawy wobec szczepień tych osób, które nie przyjęły ani jednej dawki. Większość z nich nadal nie zamierza się zaszczepić i to pomimo upowszechniania w mediach informacji, że wśród osób, które chorują i umierają na COVID-19 przytłaczającą większość stanowią osoby niezaszczepione. Obawy przed szczepieniem utrzymują się więc nadal wśród ok. 49% Polaków. Zjawisko to okazało się zatem trwałym elementem świadomości zdrowotnej w Polsce. Wymaga więc dogłębnego zbadania przyczyn tego stanu rzeczy.

Niniejsza książka jest próbą postawienia hipotezy, dlaczego szczepienia ochronne i inne metody zalecanej przez lekarzy klinicznych profilaktyki zakażeń wirusem SARS-CoV-2 nie zostały przez dużą część obywateli Polski przyjęte z zaufaniem i nie stały się podstawą ich osobistych strategii zarządzania epidemią. Zachowywanie tzw. dystansu społecznego (zarówno wprowadzonych przez władzę zasad przymusowej izolacji i kwarantanny w okresach zwiększonej liczby przypadków zachorowań, jak i samodzielnego ograniczenia kontaktów społecznych i fizycznej bliskości wobec innych ludzi), rygorystyczne przestrzeganie zasad higieny, noszenie maseczek ochronnych i przyjmowanie szczepień ochronnych przez prawie połowę Polaków nie zostały potraktowane jako środki ochronne dla nich samych, ani dla ich bliskich, ale jako środki opresyjne naruszające ich swobodę osobistą (zarówno w zakresie kontaktów społecznych i możliwości przemieszczania się), jak i możliwości swobodnego wykonywania pracy i uzyskiwania z niej dochodów. W niniejszej książce zamierzamy poddać analizie jak mogło dojść do takiej sytuacji.

Według oficjalnych danych podawanych przez Ministerstwo Zdrowia, po uzyskaniu w 2020 pierwszych informacji o możliwości zaszczepienia się przeciwko COVID-19 (co nastąpiło jesienią 2020), gotowość przyjęcia szczepionek zadeklarowało tylko ok. 37% Polaków, pozostali byli temu przeciwni. Po niemal roku od wprowadzenia w Polsce populacyjnych szczepień przeciwko COVID-19 z możliwości tej skorzystało tylko 51% Polaków. Jak widać, do tej metody profilaktyki udało się przekonać zaledwie 14% osób wcześniej do niej nieprzekonanych. Dalsze ok. 20% nadal się zastanawia, a ok. 30% jest zdecydowanie przeciwnych szczepieniom. Dzieje się tak pomimo tego, że w codziennym przekazie telewizji publicznej TVP, a także dwóch telewizji prywatnych o największym zasięgu oglądalności: POLSAT i TVN, w obliczu rozszerzającej swój zasięg jesienią 2021 czwartej fali epidemii, codziennie pojawia się ten sam przekaz informacyjny, zgodny ze współczesnym standardem klinicznym, przedstawiający w zrozumiałym sposób istotę zagrożenia i możliwości ochrony przed nim, zarówno w skali indywidualnej, jak i społecznej. Przekaz ten nie dociera jednak do odbiorców, natrafiając na barierę ich ugruntowanych przekonań, ukształtowanych na podstawie innych argumentów niż przedstawiane przez polskich epidemiologów i klinicystów.

Stawiamy tezę, że jedną z przyczyn (choć oczywiście nie jedyną) ukształtowania się bariery w świadomości polskich odbiorców, blokującej zrozumienie i akceptację informacji dotyczących epidemii COVID-19 zgodnych ze współczesnym standardem klinicznym, jest sposób przedstawiania tej epidemii polskiej opinii publicznej w pierwszych sześciu-siedmiu miesiącach 2020 r., tj. od lutego do września tego roku. To właśnie w tym okresie większość Polaków usłyszało o epidemii po raz pierwszy i wyrobiło sobie na jej temat trwałe przekonania. Napływające do nich później nowe informacje na ten temat są przez nich dopasowywane do trwale ukształtowanego rdzenia poglądów. Powoduje to, że informacje te są przez

odbiorców w specyficzny sposób filtrowane. Niektóre z nich są dodawane do tego rdzenia, bo potwierdzają jego podstawową konstrukcję, natomiast inne są traktowane jako niepewne albo mało wiarygodne, a jeszcze inne – w otwarty sposób odrzucane. Opisywany tu sposób recepcji treści medycznych w świadomości społecznej jest zjawiskiem od dawna znanym, zarówno klinicystom, jak i historykom medycyny. Klinicyści uznają zrozumienie przez pacjenta diagnozy, jej przyswojenie i dostosowanie swojego zachowania i stylu życia do usłyszanych od lekarza treści za podstawowy warunek powodzenia terapii¹. Historycy medycyny natomiast badają kształtowanie się relacji lekarz-pacjent w poszczególnych epokach historycznych² oraz wskazują na przykłady paradoksalnej recepcji treści upowszechnianych przez lekarzy w świadomości społecznej. Recepcja paradoksalna występowała w takich przypadkach, kiedy laicy przyswajali te treści „po swojemu”, a nie zgodnie z intencjami upowszechniających je lekarzy. Skutkiem tego był przekaz nie tylko niepełny, lecz także niekiedy całkowicie sprzeczny z zakresem wiedzy upowszechnianej przez lekarzy³. To nie standard medycyny klinicznej stawał się wówczas dla laików podstawą ich stosunku do choroby, ale paramedycyna lub koncepcje całkowicie wykraczające poza obszar medycyny. Skutkiem tego było wypracowywanie przez laików metod ochrony przed chorobami opartych na autodiagnozie i leczenie tak zdiagnozowanych chorób za pomocą terapii nie znajdujących zakorzenienia w standardzie klinicznym. Rozwiązywanie problemów zdrowotnych oparte na autodiagnozie i samoleczeniu jest od dawna tematem badań podejmowanych przez specjalistów: lekarzy, farmaceutów, farmakologów

¹ Por. E. Więckowska, *Umiejętność komunikowania się jako czynnik kształtujący efektywność relacji lekarz-pacjent i pacjent-lekarz*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Relacje lekarz-pacjent w aspekcie społecznym, historycznym i kulturowym*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 10, Wrocław 2005, s. 259–266; eadem, *Zasady komunikowania się międzyludzkiego*, [w:] J. Barański, E. Waszyński, A. Steciwko (red.), *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*, Wrocław 2000, s. 13–35.

² Por. B. Płonka-Syroka, *Wpływ zmian koncepcji podmiotowości człowieka na kształtowanie się relacji lekarz-pacjent*, „Archiwum Historii i Filozofii Medycyny” 2003, t. 66, nr 1, s. 1–18; eadem, *Kształtowanie się relacji lekarz-pacjent jako stosunku do charakterze dyrektywnym – próba charakterystyki problemu*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Proces modernizacji nauk przyrodniczych w historii i historiografii nauki*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 7, Wrocław 2003, s. 92–127; eadem, *Interpretacje zjawiska raportu hipnotycznego w medycynie XVIII–XX w. i ich uwarunkowanie kulturowe*, [w:] *Medycyna w historii i kulturze*, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2016, s. 447–470. We wszystkich epokach istotnym elementem relacji lekarz-pacjent był osobisty autorytet lekarza i szacunek pacjenta dla jego wiedzy, uzasadniający poddanie się przez pacjenta rekomendowanym przez lekarza zaleceniom terapeutycznym i profilaktycznym.

³ Por. B. Płonka-Syroka, *Popularyzacja oświaty zdrowotnej za pośrednictwem medycyny wojskowej w XIX stuleciu i jej paradoksalna recepcja w polskiej kulturze ludowej*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Produkty pochodzenia roślinnego w lecznictwie, dietetyce, kosmetyce, ekonomice i kulturze popularnej*. Lek roślinny, t. 4, Wrocław 2015, s. 85–106; eadem, *Popularyzacja wiedzy medycznej w świetle czasopisma „Lekarz Wojskowy” (1920–1939)*, „Medycyna Nowożytna” 2019, t. 25, nr 2, s. 69–102.

klinicznych i historyków medycyny. Podkreślają oni jego niekorzystne skutki, zarówno w skali indywidualnej, jak i w skali populacji⁴. Analizowane są także przyczyny samoleczenia, wśród których do najważniejszych należy niemożność uspokojenia lęku związanego z chorobą w kontakcie z lekarzem praktykującym w standardzie klinicznym oraz wyleczenia choroby w tym standardzie⁵.

Jedyną możliwością prawidłowego kształtowania świadomości społecznej w kwestiach związanych ze zdrowiem i chorobą jest upowszechnianie informacji zgodnych z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Tylko prawidłowo przekazana informacja, zarówno przez lekarza w bezpośrednim kontakcie z pacjentem⁶, jak i w szerszym systemie promocji zdrowia⁷ może stać się podstawą właściwego reagowania przez laików na zagrożenia związane z chorobami. Za reagowanie „właściwe” uznajemy reagowanie adekwatne do rzeczywistego charakteru niebezpieczeństwa, o którym laicy – w odpowiedni sposób poinformowani – mogą uzyskać niezbędny zakres wiadomości, umożliwiający im podejmowanie skutecznych działań ochronnych. Jeżeli tak się nie stanie i laicy nie uzyskają w pierwszym okresie zagrożenia daną chorobą zrozumiałych dla siebie informacji przekazanych przez lekarzy, lub gdy takie informacje będą podważane jako niewiarygodne przez osoby lub instytucje mające możliwość wywierania szerokiego wpływu na opinię publiczną, laicy będą tworzyć własny obraz takiego zagrożenia. Jego podstawą staną się informacje uzyskane z innych źródeł niż medyczne. Jeżeli zostaną

⁴ Por. K. Nartowski, A. Wiela-Hojeńska, Ł. Łapiński, *Przyczyny i zagrożenia samoleczenia i przyjmowania suplementów diety*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Problemy diagnostyki i terapii w ujęciu nauk przyrodniczych i społecznych*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, t. 6, Wrocław 2012, s. 157–195; K. Małolepsza-Jarmołowska, *Samoleczenie czy samoszkodzenie? Interakcje i ich niekorzystne skutki*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne*. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, t. 3, Wrocław 2017, s. 97–108. Por. też: B. Płonka-Syroka, *Samoleczenie na podstawie autodiagnozy i problemy z nim związane*, [w:] A. Dombrowski, W. Żarski (red.), *Dyskurs (para)medyczny: gatunki – funkcje – przeobrażenia*, Wrocław – Kraków 2018, s. 183–198.

⁵ Por. B. Płonka-Syroka, *Spoleczne i instytucjonalne uwarunkowania korzystania przez polskich pacjentów z metod leczenia niezgodnych ze standardem klinicznym*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Badania nad leczniczymi i toksycznymi właściwościami roślin – historia i współczesność*. Lek roślinny, t. 7, Wrocław 2018, s. 139–158; eadem, *Lęk przed chorobą i ucieczka w chorobę jako uwarunkowania przyjmowania produktów farmaceutycznych ze względów niemedyycznych*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Miraże pseudoterapii...*, s. 77–96.

⁶ Por. H. Wrona-Pogańska, *Psychologiczne aspekty informowania pacjentów o chorobie. Zmaganie się z chorobą nowotworową*, Kraków 1999; N. Einhorn, *Przekazywanie wiadomości o złym rokowaniu – dylematy w stosunkach lekarz-pacjent*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 1999, t. 3 (Suplement); T. Świdrygowicz, *Psychologiczne aspekty przekazywania pacjentowi niepomysłnych informacji*, „Medycyna Wieku Rozwojowego” 1999, t. 3 (Suplement).

⁷ Por. E. Korzeniowska, *Promocja zdrowia w Polsce. Socjologiczna analiza procesu innowacji*, [w:] W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyna w działaniu*, Wrocław 2008, s. 95–132.

uznane przez laików za wiarygodne, wytworzony przez nich obraz choroby okazał się trwały i w niewielkim stopniu podatny na modyfikacje. Na jego podstawie laicy wytworzą następnie strategie postępowania wobec choroby nie uwzględniające argumentów klinicznych, ze wszystkimi tego konsekwencjami⁸. Jedni uznają zagrożenie za nieistniejące, inni za wywoływane przez inne czynniki niż te, które są przedstawiane przez lekarzy. W pierwszym z tych przypadków laicy będą odrzucać celowość podejmowania wszystkich działań ochronnych zalecanych przez lekarzy, w drugim – podejmować działania odwołujące się do standardu medycyny alternatywnej lub jednej z praktyk o charakterze niemedyce. Z taką sytuacją mamy w 2021 r. do czynienia właśnie w Polsce.

W niniejszej książce, złożonej z czterech części (a w nich z pięciu rozdziałów), mamy zamiar poddać analizie kształtowanie się strategii informacyjnej dotyczącej epidemii COVID-19 w pierwszym roku od wybuchu pandemii, ze szczególnym uwzględnieniem okresu od stycznia do początku października 2020. Zamierzamy zbadać, w jaki sposób obraz epidemii COVID-19 był w Polsce w pierwszych miesiącach epidemii przedstawiany laikom, czy i w jakim zakresie obraz ten różnił się od tego, w jaki sposób epidemia postrzegana była wówczas przez polskich lekarzy, a także jak postrzegali chorobę polscy pacjenci. Podstawą źródłową naszego opracowania będą polskie tygodniki opinii: „Polityka”, „Newsweek Polska”, „Do Rzeczy” i „Gazeta Polska”, polskie czasopisma medyczne „Gazeta Lekarska” i „Medycyna Praktyczna” oraz wypowiedzi polskich pacjentów, którzy w 2020 r. przeżyli COVID-19, a następnie podjęli rehabilitację pocovidową w Szpitalu Specjalistycznym MSWiA im. Jana Pawła II w Głuchołazach.

Badania opinii pacjentów zostały przeprowadzone w ramach programu badań statutowych Zakładu Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu (program ST-D. 210.21.104 pt. *Wpływ warunków socjalnych, stylu życia i wzorców kulturowych na stan zdrowia ludności w różnych warstwach społecznych*). Badania zostały zarejestrowane w Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu i uzyskały zgodę Komisji Bioetycznej UMW (projekt badawczy pt. *Analiza doświadczeń pacjentów znajdujących się w okresie rehabilitacji związanej z przebyłą chorobą COVID-19*, nr rejestrowy Centrum Wspierania Nauki BW-69/2020). Badania odbyły się za zgodą Dyrektora Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach i Zastępcy Dyrektora do spraw Lecznictwa tegoż szpitala. Przeprowadził je wśród pacjentów dr hab. Mariusz Mięgała, prof. PO, pracownik Szpitala. Pełne wyniki badań

⁸ Por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna kliniczna i alternatywna – próba charakterystyki porównawczej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Gra możliwości. Studia z historii medycyny i farmacji XIX i XX wieku*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 4, Wrocław 2011, s. 23–42; eadem, *Zagrożenia zdrowia związane z poddawaniem się terapii niezgodnej ze standardem klinicznym*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Miraże pseudoterapii...*, s. 19–40.

zostaną opublikowane w innym miejscu. W niniejszej książce wykorzystane zostaną ich fragmenty dotyczące aspektów informacyjnych związanych z epidemią, zaburzenia przez epidemię poczucia bezpieczeństwa u pacjentów i ogólnych podstaw konstruowania przez nich ich osobistych strategii zarządzania zagrożeniem epidemicznym. Analiza wypowiedzi pacjentów będzie miała charakter jakościowy⁹. Ich opinie nie będą analizowane wyłącznie pod względem statystycznym, ale z uwzględnieniem wyrażanych przez chorych znajdujących się w okresie rehabilitacji po przebyciu COVID-19 indywidualnych odczuć, argumentów, opinii i wniosków¹⁰. Pacjenci mieli bowiem w kwestionariuszu ankiety możliwość

⁹ Por. R. Grębowski, L. Marcinowicz, *Teoretyczne i metodologiczne przesłanki zastosowania metod jakościowych w badaniach doświadczeń pacjentów związanych z opieką medyczną*, [w:] W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *op. cit.*, s. 33–40.

¹⁰ Badania jakościowe dotyczące relacji lekarz-pacjent, satysfakcji pacjentów z opieki medycznej oraz ich doświadczeń związanych z chorobą i ogólnego stosunku do niej umożliwiają poznanie szerokiego spektrum opinii badanych, a następnie ich klasyfikację i analizę. Przypominają pod względem metodologicznym badania źródeł historycznych, w trakcie których historyk ma za zadanie przełamać ograniczenia poznawcze wynikające z tego, że źródła te powstały w innym celu, niż na potrzeby analiz historycznych, a wyrażane w tych źródłach opinie nie były adresowane do historyka jako ich badacza. Historyk stara się tworzyć rekonstrukcje poglądów postaci, wyrażonych w źródłach, a następnie wyprowadza z tego wnioski dotyczące uwarunkowań tych poglądów oraz ich wpływu na ich praktyczne postępowanie. Status dokonywanych przez historyków rekonstrukcji opiera się na prawdopodobieństwie (*verisimilitudo*), którego stopień jest zależny od zakresu wiedzy pozaźródłowej badacza i jego sprawności interpretacyjnej (por. B. Płonka-Syroka, *Medycyna w historii i kulturze...*, s. 165–188; eadem, *Interpretacja faktów historycznych we współczesnej historiografii medycyny i antropologii wiedzy*, [w:] K. Kleszczowa, J. Gwioździk (red.), *Faktografia w badaniach historycznych*, Katowice 2009, s. 43–61; eadem, *Antropologia wiedzy jako nowa perspektywa badań nad historią medycyny*, „Roczniki Antropologii Historii” 2018, t. 8, nr 11, s. 39–74). Z podobnym ujęciem metodologicznym spotykamy się również we współczesnej antropologii kulturowej. Przyjmuje się, że antropolog konstruuje pewien obraz badanej rzeczywistości, zależny od zastosowanej przez niego metodologii jej opisu (por. D. Penkala-Gawęcka, *Antropologia medyczna dzisiaj: kontynuacje, nowe nurty, perspektywy badawcze*, [w:] W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *op. cit.*, s. 219–241). Przedstawiony w niniejszej książce obraz epidemii COVID-19 w świadomości pacjentów będzie miał właśnie taki status: zostanie przez nas zrekonstruowany na podstawie wypowiedzi badanych, które zostaną przez nas uporządkowane w odpowiedzi na pytania badawcze, mające dla nas znaczenie pomocnicze. Grębowski i Marcinowicz w cytowanej wyżej publikacji (s. 36) podają, że badanie poglądów i odczuć pacjentów jest możliwe i celowe w sposób pośredni, a nie bezpośredni. Wyrażają je bowiem często nie wprost. Np. zamiast krytykować lekarzy za brak informacji pacjenci wyrażają oczekiwanie, że chcieliby o chorobie wiedzieć więcej, czy pozytywnie oceniając opiekę lekarską w kategoriach ogólnych zgłaszają zastrzeżenia dotyczące jej konkretnych aspektów. Ten aspekt opinii występuje szczególnie często, gdy pacjenci wypowiadają się na temat leczenia i opieki bliskich im osób, a nie ich samych. W badaniu poglądów i odczuć pacjentów bardzo ważne są także analizy ich odpowiedzi na pytania otwarte, w których mają okazję swobodnego ich wyrażenia. Będziemy starali się odczytać jak najszerszy zakres tych poglądów i odczuć związanych z epidemią, a następnie poddać je pewnej strukturyzacji. Por. też: L. Marcinowicz, A. Borzuchowska, R. Grębowski, *Trudności metodologiczne w badaniach satysfakcji pacjentów – rozbieżności wynikające ze sposobu formułowania*

wyrażenia swoich opinii, odpowiadając na zawarte w nim pytania otwarte. Analiza jakościowa dotyczyć będzie w związku z tym odpowiedzi pacjentów, które udzielili na konkretne pytania, jak też ich opinii, które do nich dodali. Zamierzamy oszacować, na podstawie analizy wypowiedzi pacjentów, czy i w jaki sposób ich obraz epidemii COVID-19 ukształtowany został pod wpływem standardu medycyny klinicznej i jakie czynniki mogły mieć na to wpływ. Wybór takiej grupy respondentów do badań nad świadomością laików i ich stosunkiem do epidemii COVID-19 został podyktowany tym, że jej członkowie byli nią ze względów medycznych osobiście zainteresowani. Zostali w trakcie pierwszej fali epidemii zainfekowani wirusem SARS-CoV-2, a następnie rozwinęły się wśród nich objawy COVID-19. Informacje dotyczące COVID-19, jakie mogli uzyskać z mediów w pierwszej połowie 2020 r. pacjenci mogli skonfrontować z doświadczeniem własnym i swoich bliskich. Problem epidemii COVID-19 nie był dla nich z tego względu obojętny, gdyż zagrożenie związane z epidemią miało dla nich wymiar osobisty. Musieli opracować własną, indywidualną strategię zarządzania tym zagrożeniem, której podstawy będziemy starali się wydobyc¹¹.

W niniejszej książce zostały także wykorzystane materiały, zebrane przez współautorki książki – mgr Monikę Hudaszek i mgr Weronikę Kurzynę – na potrzeby ich prac magisterskich, napisanych w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu i obronionych w czerwcu 2020 pod moją opieką promotorską¹². Książka wykracza jednak poza treść tych prac. Jej narracja ma charakter oryginalny.

Książka składa się z pięciu rozdziałów. Pierwszy, który napisałam wspólnie z Moniką Hudaszek, jest zatytułowany *Kształtowanie się strategii informacyjnej na temat COVID-19 w polskich tygodnikach opinii w pierwszym roku pandemii w świecie*. Celem analizy polskiego dyskursu prasowego z pierwszego okresu epidemii na świecie było ukazanie, w jaki sposób czasopisma „Polityka”, „Newsweek Polska”, „Do Rzeczy” i „Gazeta Polska” wprowadzały do świadomości polskich czytelników problematykę związaną z przebiegiem epidemii na świecie. Rozdział poddaje analizie, czy obraz ten był kształtowany przede wszystkim przez argumenty

pytań, „Wiadomości Lekarskie” 2002, t. 55, nr 1, s. 335–340; L. Marcinowicz, R. Grębowski, *Ocena opieki zdrowotnej z perspektywy pacjenta: zastosowanie analizy jakościowej*, „Problemy Medycyny Rodzinnej” 2006, t. 15, nr 2, s. 13–18.

¹¹ Na temat doświadczenia choroby przez pacjentów istnieje bogate piśmiennictwo. Por. m.in. seria *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, wydawana pod redakcją naukową prof. Bożeny Płonki-Syroki w Wydawnictwie Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Por. też M. Skrzypek, *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej*, Lublin 2011 (tu: obszernie piśmiennictwo).

¹² M. Hudaszek, *Obraz epidemii COVID-19 (1.01.2023–31.08.2020) w wybranych polskich tygodnikach opinii*; W. Kurzyńska, *Obraz tzw. „pierwszej fali” pandemii COVID-19 we współczesnym polskim czasopiśmiennictwie lekarskim na przykładzie czasopism „Gazeta Lekarska” i „Medycyna Praktyczna”*.

wyprowadzane ze standardu współczesnej medycyny klinicznej, czy też zaczerpnięte z innych obszarów niż medycyna. Oceniamy, jakie mogły być tego skutki.

W rozdziale drugim, napisanym przez te same autorki, zatytułowanym *Kształtowanie się obrazu COVID-19 w polskich tygodnikach opinii w pierwszym roku epidemii w Polsce (od lutego do października 2020 r.)* został ukazany sposób wprowadzania do opinii publicznej w Polsce kwestii związanych z wybuchem i przebiegiem epidemii w naszym kraju. I w tym przypadku głównym celem analizy źródeł jest odpowiedź na pytanie, czy obraz epidemii COVID-19 w Polsce jest kształtowany przez redakcje polskich tygodników opinii przede wszystkim przez odwołania i w odniesieniu do współczesnego standardu medycyny klinicznej, czy też pojawiają się w nim inne elementy, które uzyskują decydujące znaczenie dla ogólnego charakteru narracji dotyczącej epidemii. Badamy także potencjalne skutki takiego sposobu przedstawiania epidemii dla kształtowania polskiej opinii publicznej.

Autorką trzeciego rozdziału książki, zatytułowanego *Obraz epidemii COVID-19 zgodny ze współczesnym standardem klinicznym* jest Wiktoria Kurzyna. Rozdział został oparty na opracowaniach o niekwestionowanym statusie naukowym, artykułach ze specjalistycznej prasy lekarskiej i wydanych w ostatnim okresie monografiach dotyczących COVID-19. Autorka korzysta także z aktualnych danych publikowanych na oficjalnych stronach internetowych. Przeprowadzona przez nią analiza umożliwia czytelnikowi zapoznanie się z istotą zagrożenia, związanego z wirusem SARS-CoV-2 i jego rozprzestrzenianiem się w światowej populacji. Zagrożenie to zostało przedstawione zgodnie ze standardem Evidence Based Medicine. W taki sam sposób zostały także omówione metody profilaktyki i terapii COVID-19.

Rozdział czwarty, napisany przeze mnie wspólnie z Wiktoria Kurzyną, nosi tytuł *Metody leczenia i profilaktyki COVID-19 w świetle artykułów polskiej prasy lekarskiej z okresu I fali epidemii*. Celem analiz było ukazanie debat, toczonych w polskim środowisku lekarskim w pierwszym półroczu epidemii. Przedmiotem naszego zainteresowania były tematy, które redakcje obu czasopism uznawały za szczególnie interesujące, analiza argumentów wykorzystywanych w tych debatach przez autorów, a także wysuwane przez nich wnioski.

Zestawienie dwóch obrazów epidemii: wytworzonego w polskiej prasie tygodniowej i w polskich miesięcznikach lekarskich pozwala w pełni wydobyć występujące pomiędzy nimi różnice. Artykuły publikowane w polskich czasopismach lekarskich „Gazeta Lekarska” i „Medycyna Praktyczna” ujmują problem epidemii COVID-19 w kategoriach biologicznych i klinicznych. Epidemia jest w nich rozpatrywana w ścisłych ramach klinicznej metodologii, a jej reguły są podstawą wyrażanych przez autorów ocen. Żaden z analizowanych artykułów ani nie wykracza poza ramy metodologii klinicznej, ani nie postuluje takiej możliwości, nawet w sytuacji zagrożenia przez pandemię zdrowia i życia większości światowej

populacji. Zagrożenie to nie stanowi dla polskich autorów usprawiedliwienia do podejmowania działań sprzecznych z tą metodologią (np. wolontaryzmu medycznego) lub znajdujących się na jego granicy (np. znaczącego skracania procedur dopuszczających leki do rejestracji). Pojawiające się w obu czasopismach społeczne aspekty epidemii (np. związane z organizacją systemu medycyny publicznej w Polsce, finansowaniem tego systemu, czy jego funkcjonowaniem w praktyce) nie dominują nad medycznymi. Epidemia jest definiowana jako problem biologiczny, który powinien być zdefiniowany przez specjalistów, z wykorzystaniem ścisłej naukowej metodologii, która powinna w przyszłości umożliwić jego rozwiązania, na podstawie przeprowadzonych zgodnie z tą metodologią badań i procedur. Kwestia wykonywania zawodu lekarza w trakcie epidemii jest w obu czasopismach przedstawiana w sposób normatywny: praktyka lekarska powinna być wykonywana zgodnie z aktualnym standardem klinicznym, kodeksem etyki zawodowej i obowiązującym w Polsce prawem¹³.

Zupełnie odmiennie kształtuje się obraz epidemii w polskich tygodnikach opinii. Narrację epidemiczną zdominowały w nich kwestie społeczne i polityczne, związane z epidemią, a także emocjonalny odbiór zarządzeń epidemicznych, które są przez autorów postrzegane i przedstawiane jako restrykcje, a nie jako zarządzenia chroniące zdrowie i życie populacji. Nacisk na negatywne skutki tych zarządzeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego jednostek, podkreślanie ich negatywnego wpływu na poziom życia rodzin (ograniczenie możliwości zarabkowania) i całej gospodarki (ograniczenie rozwoju gospodarczego, spadek PKB) zdecydowanie przeważają nad argumentami o charakterze medycznym. Mogło to wywrzeć istotny wpływ na ogólny obraz epidemii COVID-19 ukształtowany w świadomości laików. W polskich tygodnikach opinii epidemia COVID-19 jest przedstawiana nie jako problem medyczny, ale jako zjawisko społeczne, do którego głównych atrybutów należą ograniczenie wolności osobistej przez władze, ograniczenie dochodów jednostek i rodzin oraz utrudnienie kontaktów społecznych. Taki sposób przedstawiania epidemii nie był dostateczną przeciwwagą dla indywidualnych przekazów na temat epidemii, które z Europy Zachodniej w lutym 2020 docierały do Polski (od znajomych i rodzin), ani dla paranaukowych lub antynaukowych przekazów upowszechnianych w Internecie. Standard informacyjny dotyczący epidemii COVID-19 nie był też spójny z przedstawianą w tym samym czasie, tj. w pierwszym półroczu epidemii, argumentacją kliniczną, a wielokrotnie bywał z nią sprzeczny. Skutkiem tego było nie tylko pojawienie się

¹³ O współczesnym standardzie klinicznym, bezpieczeństwie pacjentów poddawanych takim badaniom i zasadach etycznych, które obowiązują w trakcie ich wykonywania lekarzy por. A. Wiela-Hojeńska, E. Jaźwińska-Tarnawska (red.), *Badania kliniczne – znaczenie w praktyce medycznej*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Wrocławiu, t. 5, Wrocław 2011; B. Płonka-Syroka, *Problemy etyczne w farmacji*, Wrocław 2020.

chaosu informacyjnego, w którym świadomość zdrowotna laików była kształtowana przez niewspółmierne ze sobą elementy. Informacje na temat COVID-19 przekazywane w tygodnikach opinii mogły też potencjalnie doprowadzić do „wytwarzania objawów” zgodnych z przyswojoną przez laików definicją zagrożenia. Skoro za najbardziej groźną została uznana nie choroba wywołwana przez wirusy, ale chroniąca przed nimi izolacja, to „wytwarzane objawy” mogły dotyczyć szerokiego spektrum zaburzeń psychicznych, psychosomatycznych i społecznych, które pojawiały się lub ulegały nasileniu w trakcie tej izolacji. Mechanizm „wytwarzania objawów” chorób, odpowiednich do sposobu konceptualizowania przez laików rodzaju zagrożenia, opisuje antropologia kulturowa. Występuje on w wielu kulturach w oparciu o ugruntowane przekonanie ich członków, że zagraża im pewien rodzaj zagrożenia. Gdy te objawy się pojawiają, usiłują je „leczyć”, gdy się nie pojawiają, podejmowane są inne działania, aby się przed tymi objawami chronić¹⁴. Gdyby sposób przedstawiania epidemii w polskich tygodnikach opinii w większym stopniu uwzględniał współczesną argumentację medyczną, mogłoby to stać się podstawą związanych z nią „skryptów informacyjnych”, które podpowiadałyby czytelnikom, jak można przeżyć izolację w sposób konstruktywny, a przede wszystkim podkreślałyby jej walory ochronne.

W rozdziale piątym, napisanym przeze mnie wspólnie z Moniką Hudaszek i Wiktoria Kurzyną, zatytułowanym *Obraz epidemii COVID-19 w świadomości pacjentów: aspekty informacyjne, egzystencjalne i emocjonalne*, poddajemy analizie oczekiwania laików dotyczące informacji na temat COVID-19 oraz ich sposób indywidualnego doświadczania choroby. Staramy się odpowiedzieć na pytanie, czy pacjenci poszukiwali informacji o epidemii, w jaki sposób odebrali fakt, iż na nią zachorowali, jak choroba na nich wpłynęła i czy w jej trakcie, a także w okresie rehabilitacji po przebyciu COVID-19 ich świadomość zdrowotna pozostawała pod wpływem medycyny klinicznej. Ocena materiału uzyskanego z ankiet ma charakter subiektywny. Jest naszym odczytaniem tego materiału i jego interpretacją, mimo że korzystamy także z metod analizy statystycznej.

Niniejsza książka jest adresowana do studentów wszystkich kierunków studiów uczelni medycznych, którzy w przyszłości będą pracować z pacjentami, a także do lekarzy, którzy z nimi już pracują. Naszym zamiarem było uświadomienie czytelnikom, jak ważne jest przekazywanie laikom informacji dotyczących problemów zdrowotnych w odpowiednim czasie i w odpowiedni sposób. Pozwala to prawidłowo ukształtować ich perspektywę poznawczą, będącą następnie podstawą dla wypracowania przez nich strategii radzenia sobie z chorobą.

¹⁴ Por. D. Penkala-Gawęcka, *Kulturowe wymiary zdrowia, choroby i leczenia w świetle badań antropologii medycznej*, [w:] B. Płonka-Syroka, *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 1, Wrocław 2008, s. 19–34.

Książkę tę kierujemy także do studentów i absolwentów kierunków humanistycznych, którzy w przyszłości podejmą pracę dziennikarzy lub ją wykonują. Na przykładzie kształtowania obrazu epidemii o najpoważniejszych skutkach we współczesnej historii Polski pragniemy zaapelować do nich o większe zrozumienie dla standardu współczesnych nauk medycznych. Nie powinien być on przez dziennikarzy ani pojmowany, ani przedstawiany czytelnikom jako jedna z dróg wiodących do rozwiązania ich problemów zdrowotnych, ale jako droga jedyna. Tylko korzystając z wiedzy specjalistów można zaoferować czytelnikom realistyczne strategie ochronne i przekonać do ich zastosowania w życiu osobistym. Każda inna perspektywa poradzenia sobie z problemem epidemii oznacza kierowanie czytelników na manowce, zamiast dostarczania im wiedzy o faktach i argumentów, umożliwiających tej wiedzy zrozumienie. Książkę adresujemy także do studentów kierunków związanych z ochroną zdrowia publicznego i bezpieczeństwem publicznym, a także do pracowników tych sektorów. Poznanie przez nich na przykładzie epidemii COVID-19 mechanizmów samoobrony społeczeństwa przed zagrożeniem, zależnych od tego, w jaki sposób owo zagrożenie zostaje zdefiniowane we wczesnym okresie jego występowania, powinno im uświadomić jak ważne jest szybkie przekazanie społeczeństwu rzetelnych informacji o zagrożeniu, opartych na faktach i odpowiednich do jego skali. Gdy zagrożenie to będzie ukrywane przed opinią publiczną, która będzie przekonywana, że go nie ma, będzie w przyszłości bardzo trudno zmienić to nastawienie, gdy z jakichś względów (np. na szybki rozwój epidemii) zmieni się kierunek rządowej polityki informacyjnej. Za kontrskuteczne należy także uznać kierowanie uwagi opinii publicznej na elementy związane z zagrożeniem, które nie są związane z jego zwalczaniem albo zapobieganiem jego rozprzestrzenianiu się, ale z uciążliwościami dla jednostek i większych grup społecznych związanymi z wprowadzaniem określonych procedur profilaktycznych lub z metodami rozwiązania sytuacji kryzysowej, które z punktu widzenia naukowego można uznać za irracjonalne. Zmniejsza to bowiem możliwości rozwiązania kryzysu w skali populacji, a przynajmniej wydłuża ten proces w czasie. Podejmujemy bowiem działania ochronne tylko wtedy, gdy dostrzegamy niebezpieczeństwo, a będą one skuteczne tylko wtedy, gdy we właściwym czasie i we właściwy sposób zrozumiemy przed czym powinniśmy się bronić. W obszarze zagrożeń zdrowia mogą to rozstrzygnąć wyłącznie lekarze, dysponujący na ten temat opartą na faktach i właściwej metodologii ich interpretacji wiedzą. Pozwólmy społeczeństwu poznać ich poglądy i nie przeszkadzajmy im zaufać.

Część I

**Obraz epidemii COVID-19
w polskich tygodnikach opinii**

Bożena Płonka-Syroka, Monika Hudaszek

Kształtowanie się strategii informacyjnej na temat COVID-19 w polskich tygodnikach opinii w pierwszym roku pandemii

Wprowadzenie

Niemal dwa lata po wybuchu epidemii COVID-19, która w ciągu kilku miesięcy od oficjalnego potwierdzenia w Chinach w styczniu 2020 r. pierwszych zachorowań dotarła na wszystkie kontynenty (poza Antarktydą), co w sposób radykalny zmieniło nasze poczucie bezpieczeństwa i przyczyniło się do bardzo istotnych zmian w funkcjonowaniu państw i reguł światowej gospodarki, warto prześledzić kierunki polityki informacyjnej dotyczącej tej choroby, realizowanej w Polsce w pierwszym roku trwania pandemii. Analiza sposobu przedstawiania polskiej opinii publicznej informacji dotyczących COVID-19 wyraźnie wykazała, że związane z tą epidemią zagrożenie zdrowia publicznego nie zostało początkowo przez polskie środowisko dziennikarskie dostrzeżone. Artykuły donoszące o początkach epidemii lokowały ją bowiem w obszarze bardzo odległym od Polski, a głównym związanym z chorobą zagrożeniem była obawa o przerwanie bieżących dostaw z Chin. Przewidywano, że w związku z wprowadzanymi przez chińskie władze państwowe ograniczeniami przeciwepidemicznymi może dojść do wydłużenia terminów dostaw produkowanych w Chinach półproduktów i części zamiennych, z których korzystały wszystkie rozwinięte gospodarczo kraje świata, w tym Polska. Zagrożenie zdrowia publicznego postrzegano w pierwszych dwóch miesiącach 2020 r. jako problem lokalny, ograniczony głównie do Chin. Śledzono wprowadzane przez chińskie władze zarządzenia przeciwepidemiczne, ale opatrywano je komentarzami nie uwzględniającymi przede wszystkim medycznych aspektów epidemii, lecz koncentrującymi się na ich aspektach społecznych i politycznych. Podkreślano, że wprowadzane przez chińskie władze zarządzenia wiążą się z radykalnym ograniczeniem praw człowieka w europejskim rozumieniu tego pojęcia, tj. prawa do wolności zgromadzeń, przemieszczania się, korzystania z usługi religijnej, czy dóbr kultury. Polskiemu czytelnikowi starano się

przedstawić te ograniczenia w sposób analogiczny do stanu wojennego, budząc związane z tym negatywne skojarzenia.

W analizowanych tekstach nie podawano natomiast argumentów uwzględniających profilaktyczne znaczenie zarządzeń izolacji, kwarantanny, okresowego zamykania zakładów pracy i szkół. Nie tłumaczono w przystępny sposób istoty zagrożenia pandemią, ani jego potencjalnej skali. Brak jest w analizowanych artykułach publikowanych w pierwszych dwóch miesiącach od oficjalnego ogłoszenia epidemii w Chinach, ważenia argumentów za i przeciw wprowadzającym przez chińskie władze strategiom kontroli przebiegu tej choroby. Były one przedstawiane w sposób jednoznacznie negatywny. Epidemia ukazywana była jako choroba, która wybuchła w nieudolnie rządzonym przez totalitarną władzę kraju, w którym nie przestrzegano zachodnioeuropejskich praw człowieka, reguł demokracji i standardów higieny. Kraju, w którym żywność była sprzedawana na targach, stanowiących poważne zagrożenie sanitarno-epidemiczne, a ludność powszechnie konsumowała dzikie gatunki zwierząt, które mogły być rezerwuarem wielu chorób zakaźnych. W artykułach podkreślano, że wprowadzane przez chińskie władze zarządzenia przeciwepidemiczne miały totalitarny charakter, były oparte na przymusie i powszechnej inwigilacji. Stwierdzono też, że społeczeństwo poddawało im się bez sprzeciwu, głównie ze strachu przed represjami, które władza – dysponująca rozległym aparatem przymusu – łatwo była w stanie wprowadzić.

Przyjęta w analizowanych artykułach polskich tygodników opinii perspektywa omawiania epidemii COVID-19 zaczęła się zmieniać, gdy epidemia niespodziewanie szybko dotarła do Europy, a następnie do Polski. Polskie władze przygotowały się do wprowadzenia w kraju rozwiązań przeciwepidemicznych w swojej ogólnej strukturze zbliżonych do tych, które zastosowano wcześniej w Chinach. Decyzję o ich wprowadzeniu polskie Ministerstwo Zdrowia konsultowało m.in. z władzami francuskimi, korzystającymi z opinii czołowej instytucji w tym kraju w dziedzinie mikrobiologii i epidemiologii – Instytutu Pasteura¹. Polskie rozwiązania przeciwepidemiczne zostały oparte na klasycznych wskazaniach przeciwepidemicznych, takich jak kwarantanna i izolacja chorych, wprowadzanych w celu ograniczenia niekontrolowanej transmisji wirusa w populacji. Były to rozwiązania uciążliwe dla obywateli, ograniczające ich prawa oraz hamujące okresowo rozwój gospodarczy państwa. Ich skuteczność jest jednak niewątpliwa i ściśle zdefiniowana w kategoriach medycznych². Z tego powodu już od XIV w. były sto-

¹ Wiadomość tę podał w jednym z telewizyjnych wywiadów ówczesny Minister Zdrowia prof. Łukasz Szumowski.

² Niewprowadzenie takich ograniczeń skutkuje niekontrolowanym rozwojem epidemii, którą cechuje stale wzrastająca liczba zachorowań i przypadków śmierci. Ostatecznie dochodzi do załamania gospodarki państwa, a w skrajnych przypadkach do depopulacji całych obszarów. Najbardziej charakterystyczne przykłady takiego rozwoju wypadków to epidemia zwana plagą Justyniana z VI w. n.e. oraz epidemia tzw. czarnej śmierci (dżumy) z lat 1346–1348. Por. L.K. Little,

sowane w krajach Europy Zachodniej³, a w drugiej połowie XIX w. i pierwszej połowie XX w. (po wprowadzeniu do medycyny klinicznej standardu bakteriologii) upowszechniły się w skali całego kontynentu⁴. Zarządzenia przeciwepidemiczne są uregulowane prawnie, mają dla obywateli charakter przymusowy, ich wprowadzaniem i nadzorowaniem zajmują się specjalnie powołane i stale (a nie tylko w okresie epidemii) funkcjonujące instytucje. W budżecie państw europejskich są na ten cel przeznaczane stałe środki, które mogą ulec zwiększeniu w razie potrzeby. Opisujący tu system wykazał się wysokim stopniem sprawności po zakończeniu I i II wojny światowej, gdy w Europie wystąpiły masowe epidemie chorób zakaźnych. Zostały one opanowane do 4 lat po zakończeniu działań wojennych⁵. Mimo to przyniosły masowe straty, w tym szczególnie epidemia grypy tzw. hiszpanki, która wywołała na całym świecie do 100 mln zgonów⁶. Najbardziej nawet sprawny system przeciwepidemiczny nie jest w stanie całkowicie uchronić ludzi przed zagrożeniem biologicznym ze strony patogenów. Zróżnicowana wysokość strat w epidemiach, występujących po II wojnie światowej w różnych państwach świata była zależna od tego, czy istniały w nich systemy medycyny publicznej i czy można było je uruchomić. System ochrony przeciwepidemicznej o rozbudowanej i finansowanej w nieprzerwany sposób strukturze istnieje współcześnie we wszystkich krajach europejskich i w wielu krajach Azji. Jest bardzo istotnym elementem państwowych systemów medycyny publicznej, o wysokiej skuteczności. System w wypracowanym w Europie kształcie nie funkcjonuje jednak na kontynencie amerykańskim (poza Kubą), po wybuchu pandemii COVID-19 nie można więc było go uruchomić. Stało się tak m.in. w USA i Brazylii. W Azji (i w krajach położonych częściowo w Europie, jak Turcja i Rosja) powiązanie systemu ochrony przeciwepidemicznej z państwowymi systemami medycyny publicznej występuje też w takich krajach jak Japonia, Singapur, czy bogate kraje arabskie znad Zatoki Perskiej. W pozostałych krajach Afryki i Azji w większości państw

Plague and the End of Antiquity: The Pandemic of 541–750, Cambridge 2002; K. Harper, *The Fate of Rome: Climate, Disease and the End of Empire*, Princeton 2017.

³ Por. K.G. Zinn, *Kanonen und Pest. Über die Ursprünge der Neuzeit im 14. und 15. Jahrhundert*, Opladen 1989; D. Herlichy, *The Black Death and the Transformation of the West*, Berlin 1998; D. Parker, *Health, Civilisation and the Society and the State. A history of public health from ancient to modern Times*, London – New York 2005.

⁴ B. Płonka-Syroka, *Wpływ czynników wewnątrz naukowych i zewnątrz naukowych na ukształtowanie się systemu zabezpieczeń przeciwepidemicznych w Europie Zachodniej (na przykładzie wybranych państw)*, [w:] *Medycyna w historii i kulturze*, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2016, s. 262–341.

⁵ E. Więckowska, *Walka z ostrymi chorobami zakaźnymi w Polsce w latach 1918–1926*, Wrocław 1992; eadem, *Zwalczanie ostrych chorób zakaźnych w Polsce w latach 1944–1950*, Wrocław 2001.

⁶ Por. Ł. Mieszkowski, *Największa. Pandemia hiszpanki u progu niepodległej Polski*, Warszawa 2020.

(w tym w Indiach) brak jest państwowych systemów medycyny publicznej, a państwowe systemy ochrony przeciwepidemicznej o ile w ogóle w nich istnieją, to ich działalność ma charakter bardzo ograniczony i fasadowy. Wyjaśnienie sytuacji panującej w światowej ochronie zdrowia w początkach wybuchu epidemii ma bardzo istotne znaczenie dla zrozumienia argumentacji występującej na jej temat w polskim dyskursie prasowym w okresie, gdy epidemia została oficjalnie ogłoszona wyłącznie w Chinach. Ze względu na brak poczucia zagrożenia przeniesieniem się epidemii do innych krajów i na inne kontynenty, występująca w artykułach na temat COVID-19 argumentacja dotyczyła początkowo wyłącznie tego kraju. Koncentrowała się (m.in. ze względu na napięcie polityczne między USA a Chinami) na krytyce wprowadzanych w Chinach rozwiązań przeciwepidemicznych, które oceniano z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia o charakterze prywatnym, funkcjonującego w USA.

W związku z niespodziewanie szybkim przeniesieniem się epidemii do Europy konieczne było wprowadzenie zmian w polskiej narracji prasowej dotyczącej tego problemu. Władze państwa polskiego, kierując się względami klinicznymi, przewidywały bowiem, że będą zmuszone do wprowadzenia rozwiązań podobnych do tych wprowadzanych w Chinach, które wcześniej przedstawiano polskim czytelnikom w tygodnikach opinii w sposób jednoznacznie krytyczny. W polskim systemie ochrony przeciwepidemicznej, będącym (podobnie jak w całej Europie) elementem państwowego systemu medycyny publicznej, istnieje szereg ustanowionych procedur, które można uruchomić w razie wybuchu epidemii. Procedury te mają charakter przymusowy, a niepodporządkowanie się im przez obywateli wiąże się dla nich z odpowiedzialnością karną. W latach wcześniejszych system ten wykazał w Polsce wysoką efektywność i umożliwił opanowanie epidemii gruźlicy⁷, chorób wenerycznych, czarnej ospy⁸, polio, chorób zakaźnych wieku dziecięcego i wielu innych⁹. W przypadku nowej epidemii można było skorzystać

⁷ Por. A. Kuźmińska, *Polski państwowy model walki z gruźlicą 1945–1962 w kontekście historyczno-porównawczym*, praca doktorska napisana w Instytucie Historycznym UW r. pod opieką promotorską prof. B. Płonki-Syroki, Wrocław 2010.

⁸ Por. B. Różańska-Gambal, *Historia epidemii ospy we Wrocławiu w 1963 r.*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 1, Wrocław 2008, s. 355–374.

⁹ Por. G. Gościński, E. Lonc, A. Okulewicz, B. Płonka-Syroka, *Epidemiczne zagrożenia na Dolnym Śląsku, Polska, w latach 1945–1975 oraz przeciwdziałania*, [w:] G. Bugla-Płoskońska, E. Lonc (red.), *Wektory i patogeny – w przeszłości i przyszłości: in memoriam profesoris Tadeusz M. Lachowicz*, Wrocław 2015, s. 89–115; E. Lonc, G. Gościński, A. Okulewicz, B. Płonka-Syroka, M. Stych, *Epidemiczne zagrożenia w latach 1975–2015 na Dolnym Śląsku w kontekście zmieniających się systemów ochrony zdrowia publicznego w Polsce*, [w:] E. Lonc, K. Plewa-Tutaj (red.), *Zdrowie dla regionu*. t. 2, *Uzdrowiska*, Wałbrzych 2017, s. 335–355. Por. też: J. Kostrzewski (red.), *Choroby zakaźne w Polsce i ich zwalczanie w latach 1961–1970*, Warszawa 1973.

z już istniejących instytucji i procedur, w sposób dostosowany do skali zagrożenia. Należało więc wyjaśnić tę sytuację polskim czytelnikom.

Zmiana zasadniczego kierunku narracji artykułów poświęconych epidemii COVID-19 nie okazała się dla dziennikarzy polskich tygodników opinią zadaniem prostym. Należało to bowiem zrobić w sposób względnie wiarygodny, co nie było łatwe do przeprowadzenia, ponieważ we wcześniejszych publikacjach poświęconych przebiegowi epidemii w Chinach nie ustrzeżono się od ocen jednostronnych i tendencyjnych. Czytając o zarządzeniach wprowadzanych w Polsce od połowy marca 2020 r. czytelnik mógł (choćby zaglądając do starszych numerów tych tygodników) dostrzec ich podobieństwo do rozwiązań chińskich i na tej podstawie wyrobić sobie ich ocenę jako „nadmiernych”, „totalitarnych”, „zagrożających jego wolności osobistej” itp., a nie uzasadnianych przez racjonalne względy medyczne i służących ochronie zdrowia i życia populacji. Konieczne więc było zastosowanie określonego rodzaju argumentów, chwytów retorycznych oraz metod perswazji, aby przekonać czytelników, że mamy w Polsce do czynienia z sytuacją nową, niespodziewaną i bardzo groźną, co usprawiedliwia działania władz, podejmowane w Europie. Narracja polskich tygodników opinii wprowadziła problem walki z epidemią COVID-19 w Europie poczynając od opisów sytuacji w państwach Europy Zachodniej. Miało to uświadomić czytelnikom zagrożenie oraz reakcje na nie.

Jednym z głównych elementów nowej narracji o epidemii stał się w polskich tygodnikach opinii „niespodziewany” wybuch epidemii COVID-19 w krajach zachodniej Europy oraz trudności tamtejszych władz z jej opanowaniem. Tworzyło to kontekst uzasadnień dla wprowadzenia w Polsce radykalnych obostrzeń przeciwepidemicznych, które władze przedstawiły jako jedyną zaporę dla niekontrolowanego rozprzestrzeniania się wirusa w naszym kraju. Polskie tygodniki opinii nie podjęły jednak tej narracji w pełnym zakresie jej argumentów, nadal zachowując liczne elementy standardu interpretacyjnego dotyczącego epidemii COVID-19 występującego w styczniu i lutym 2020 r. W rezultacie narracja dotycząca wprowadzanych przez polskie władze zarządzeń przeciwepidemicznych nie była skoncentrowana na wyjaśnianiu czytelnikom ich podstaw medycznych, ale na opisywaniu negatywnych reakcji społeczeństwa na ich wprowadzanie. Uwypuklano trudności życia codziennego w trakcie epidemii (zdalna nauka dzieci, zaburzenia nastroju u dzieci i dorosłych, nasilenie zaburzeń psychicznych związanych z izolacją, wzrost spożycia alkoholu i przemoc domowej, negatywne skutki braku ćwiczeń fizycznych, w tym w siłowniach, brak możliwości korzystania z hoteli i placówek gastronomicznych poza domem itp.). Nie podkreślano zarazem i nie tłumaczono czytelnikom w sposób dostatecznie uargumentowany korzyści zdrowotnych związanych z przyjętą przez polskie władze strategią walki z epidemią, której podstawą była ochrona zasobów ludzkich przed masowym rozprzestrzenieniem się patogenu w skali populacji. W trakcie trwania ogłoszonego przez

władze stanu epidemii (w analizowanym okresie od marca do czerwca 2020 r.) w publikacjach polskich tygodników opinii medyczne aspekty epidemii podejmowane bywały wprawdzie częściej niż wcześniej, zostały jednak zdominowane przez analizy aspektów społecznych epidemii, które określiły ogólny klimat i wymowę publikacji prasowych. Utrudniło to dotarcie do polskiej opinii publicznej argumentów przekazywanych w tym samym czasie przez występujących w polskich mediach publicznych lekarzy, w tym Ministra Zdrowia, który codziennie informował o postępach epidemii w Polsce i podejmowanych przez rząd polski przeciwdziałaniach. Argumenty podbudowane medycznie były stale w polskich tygodnikach opinii „przykrywane” przez inne wątki. Były one przekazywane w sposób emocjonalny i powtarzalny, co może świadczyć o tym, iż nie był to zabieg przypadkowy, ale element określonej strategii narracyjnej.

Od czerwca 2020 r., gdy pierwsza fala epidemii została w Polsce opanowana, a liczba oficjalnie odnotowywanych nowych zachorowań zmalała, w polskich tygodnikach opinii nastąpił dalszy wzrost liczby artykułów poświęconych społecznym aspektom epidemii. Koncentrowano się przede wszystkim na negatywnych skutkach epidemii dla gospodarki i ludzi. Jest przy tym rzeczą charakterystyczną, że w oficjalnym przekazie prasowym opisywano głównie negatywne skutki zarządzeń wprowadzanych przez władze, utrudniające prywatnym właścicielom przedsiębiorstw pełną swobodę prowadzenia działalności gospodarczej, a także negatywne skutki izolacji społecznej związanej z kwarantanną, pracą i nauką zdalną, a znacznie rzadziej podkreślano negatywne efekty łamania tych zarządzeń przez ludzi. W artykułach nie przebił się temat względnej efektywności działań przeciwepidemicznych w Polsce. W czasopismach krytycznie oceniających pracę rządu („Polityka”, „Newsweek Polska”) zwracano uwagę przede wszystkim na mankamenty wprowadzanych przez władze działań i ich uciążliwość dla ludzi, zaś w czasopismach bliższych władzy („Do Rzeczy”, „Gazeta Polska”) bagatelizowano związane z epidemią niebezpieczeństwo. Działania rządu uznawano (nałównyogół) za konieczne, ale i tu często oceniano je jako „nadmierne” wobec rzeczywistej skali zagrożenia (zgodnie ze sloganem „lekarstwo nie może być groźniejsze od choroby”).

Autorzy większości publikowanych w polskich czasopismach latem 2020 r. artykułów poświęconych epidemii COVID-19 w niedostateczny sposób ocenili zagrożenie związane z możliwością wznowienia masowych zachorowań, która była oczywista dla specjalistów. Ich ostrzeżenia, że epidemia w Polsce nie znikła, lecz tli się w ukryciu w nierozpoznanych ogniskach i wybuchnie ponownie jesienią, po pełnym otwarciu gospodarki i szkolnictwa wszystkich szczebli i po powrocie Polaków z wakacji (w tym zagranicznych, odbywanych w krajach południa Europy o bardzo wysokim poziomie zachorowań) były przez polskie tygodniki opinii ignorowane. Nie przedostały się w związku z tym do szerszej świadomości czytelników. Polacy masowo ruszyli na wakacje, zachowując się tak,

jak gdyby epidemia się skończyła. Ponieważ w wielu miejscach Polski (szczególnie na obszarach wiejskich) nie odnotowano od marca do czerwca 2020 r. wysokiego poziomu zachorowań, mieszkańcy tych obszarów nie postrzegali epidemii jako realnie istniejącego zagrożenia. Miało się to okazać ważną przesłanką dla burzliwego przebiegu epidemii COVID-19 w Polsce jesienią 2020 r. Nastąpił wówczas gwałtowny wzrost zakażeń w skali całego kraju, ponieważ transmisja wirusa przestała w Polsce latem 2020 r. podlegać jakimkolwiek ograniczeniom. Rezultatem tej sytuacji było ponad 75 tysięcy dodatkowych zgonów z powodu COVID-19, mających miejsce jesienią 2020 r. głównie wśród pacjentów starszych i z chorobami towarzyszącymi. Polskie tygodniki opinii silnie podkreślały tę kwestię, co przyczyniło się do wytworzenia w krajowej opinii publicznej przekonania, że choroba ta atakuje głównie osoby stare i schorowane, a młodym i zdrowym praktycznie nic nie zagraża. Jej przebieg jest bowiem u nich albo bezobjawowy, albo stosunkowo łagodny. Do świadomości polskich czytelników nie przebiła się także szerszej informacja o powikłaniach poepidemicznych, które mogły wystąpić u pacjentów w każdym wieku. Temat ten nie był bowiem w polskich tygodnikach opinii szerzej opisywany. Młodsza część polskiej populacji nie uznała więc w pierwszym roku epidemii tej choroby za realne zagrożenie dla siebie. Miało to dalekosiężne skutki zarówno w trakcie drugiej fali epidemii, która zgodnie z przewidywaniami specjalistów wybuchła jesienią 2020 r., jak i w trakcie jej dalszego przebiegu w 2021 r. Duża część polskiego społeczeństwa nadal nie uznawała epidemii za poważne zagrożenie dla siebie i nie poddała się darmowym i dobrowolnym szczepieniom przeciw COVID-19, uznając to albo za zbędne, albo za groźne dla zdrowia i życia. Wg danych z 9 września 2021 r. ponad pół miliona dawek zakupionych przez państwo polskie szczepionek uległo zmarnowaniu w wyniku przeterminowania. Brak było bowiem chętnych do ich przyjęcia. Polska sprzedała również kilka milionów dawek szczepionek do innych krajów, aby zapobiec ich zmarnowaniu. Niepowodzenie akcji szczepień, która nadal nie objęła większości polskiej populacji powoduje, że w 2022 r. Polska wejdzie w trzeci rok pandemii COVID-19, z wszystkimi tego konsekwencjami dla życia społecznego i gospodarki.

Prześledźmy obecnie, na wybranych przykładach artykułów z polskich tygodników opinii z pierwszych miesięcy 2020 r.¹⁰, jak kształtował się zasadniczy standard informacji na temat epidemii COVID-19 i jakich używano w jej opisie argumentów. Spróbujmy podać refleksji, czy sposób przedstawiania tej choroby

¹⁰ Rozdział został oparty na zestawieniu artykułów z polskich tygodników opinii, poświęconych epidemii COVID-19, których analiza została przedstawiona w pracy magisterskiej Moniki Hudaszek pt. *Obraz prasowy tzw. „pierwszej fali” epidemii COVID-19 (do 31.08.2020) w świetle wybranych polskich źródeł prasowych*, napisanej w 2021 r. w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu pod opieką promotorską prof. dr hab. Bożeny Płonki-Syroki.

polskim czytelnikom sprzyjał kształtowaniu u nich ich prawidłowych postaw wobec epidemii, uzasadnianych przez argumenty medyczne, czy też – dzięki uwypukleniu przede wszystkim społecznych i politycznych aspektów związanych z walką z tą chorobą – raczej utrudniał czytelnikom zrozumienie skali zagrożenia i dostosowanie własnych wyborów życiowych do zaistniałej sytuacji.

Epidemia COVID-19 w Chinach. Ognisko SARS-CoV-2 i możliwość rozwoju pandemii

Ryzyko epidemii COVID-19 bardzo powoli stawało się w Polsce ważnym tematem publicystyki prasowej. Było też w styczniu i lutym 2020 r. bardzo skrótowo traktowane w głównych polskich serwisach informacyjnych. Przekazywane w światowych mediach doniesienia z Chin znalazły odzwierciedlenie zaledwie w nielicznych artykułach, pojawiających się w styczniowych numerach polskich tygodników opinii. Pierwsze artykuły dotyczące nowego patogenu pojawiły się dopiero pod koniec stycznia 2020 r., gdy istniało już realne zagrożenie rozprzestrzenienia się choroby w wielu krajach. Pojawiały się w związku z tym także pierwsze ostrzeżenia polskiego MSZ, skierowane do osób podróżujących za granicę. Temat ten został podjęty po raz pierwszy przez dwa tygodniki opinii skierowane głównie do wielkomiejskiej inteligencji i członków zamożnej i wysoko wykształconej warstwy średniej, która stanowiła główną grupę ich odbiorców – „Newsweek Polska” i „Politykę”. To właśnie z tej grupy rekrutowała się większość turystów udających się na zimowe ferie za granicę. Uznano więc w związku z tym za stosowne przekazanie im ostrzeżenia dotyczącego możliwości kontaktu z epidemią nowej choroby. W obu periodykach wskazano na chińskie źródło pochodzenia wirusa, a także na fakt, iż okres wzmożonego rozprzestrzeniania się patogenu był zbieżny z obchodami chińskiego Nowego Roku. W przypadku „Newsweek Polska” w podsumowaniu artykułu wskazano na szybki wzrost zakażeń poza granicami Chin i możliwość realnego zagrożenia epidemią dla reszty świata¹¹. „Polityka” natomiast zwróciła uwagę na zalecenia ochrony przed koronawirusem, szczególnie poprzez mycie rąk i zasłanianie ust przy kichaniu i kasłaniu¹².

Pod koniec stycznia 2020 r. temat dotyczący epidemii COVID-19 został podjęty również przez redakcję „Do Rzeczy”. Zwrócono uwagę czytelników na działania podjęte w Chinach – odizolowanie Wuhan (wielomilionowego miasta, w którym wykryto pierwszy przypadek koronawirusa), zamknięcie pałacu cesarskiego (tzw. Zakazanego Miasta) w Pekinie, a także stopniowe ograniczanie swobód obywatelskich w celu powstrzymania transmisji patogenu. Redakcja wska-

¹¹ KB, *Wirus z Chin*, „Newsweek” 2020, R. 21, nr 5, s. 5.

¹² *Wirus na rok szczura*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 5, s. 10.

zała również na podjęcie środków zapobiegawczych przez administrację lotnisk w Stanach Zjednoczonych i w Europie, opisała objawy towarzyszące zakażeniu, a także podkreśliła fakt, iż obawy związane z wybuchem epidemii miały negatywny wpływ na rynki finansowe w Azji¹³.

Brak konkretnych informacji na temat nowego patogenu spowodowany sporadycznymi przypadkami diagnozowanymi poza Chinami i tym samym – powolnym początkiem pandemii sprawiał, że zagadnienie to pojawiało się jedynie w postaci wzmianek sporządzanych przez redakcje poszczególnych tygodników. W przeciwieństwie do obszernych artykułów na inne tematy, publikowanych w kolejnych numerach polskich tygodników, wzmianki o epidemii COVID-19 w styczniu i lutym 2020 r. zajmowały niewielki fragment ich objętości. Były w dużej mierze związane z oficjalnymi komunikatami publikowanymi na polskich oficjalnych stronach rządowych.

Rozwinięcie tematu dotyczącego nowego koronawirusa nastąpiło dopiero w szóstym numerze „Gazety Polskiej”. Autorka artykułu pt. *Wirus, który wstrząsnął Chinami* wskazała na poważne niebezpieczeństwo spowodowane wybuchem epidemii i podkreśliła fakt, iż nieprzewidywalność związana z patogenem może skutkować poważnymi konsekwencjami i tytułowym „wstrząsem”, prowadzącym między innymi do strat w gospodarce i obniżenia o 2 punkty procentowe chińskiego PKB¹⁴. Podobne refleksje formułował Jacek Przybylski w „Do Rzeczy”. Zwrócił uwagę, że rozwój epidemii w „fabryce świata” może doprowadzić do poważnego spowolnienia gospodarczego nie tylko w Chińskiej Republice Ludowej, ale także na całym świecie, czego powodem było m.in. zamknięcie chińskich filii fabryk Toyoty lub Volkswagena. Wstrzymanie produkcji i zaburzenie współpracy między Chinami a krajami takimi jak Japonia lub USA mogło wyrzucić wg autora negatywny wpływ na ceny ropy naftowej. Epidemia mogła nieść ryzyko nawet cztery razy silniejszego kryzysu gospodarczego niż epidemia SARS z 2004 r.¹⁵

Hanna Shen w „Gazecie Polskiej” zwróciła uwagę również na fakt, że w Chinach obowiązującym typem władzy jest republika socjalistyczna, w której władzę sprawuje Komunistyczna Partia Chin. W związku z tym narracja obowiązująca w chińskich przekazach medialnych regulowana jest przez cenzurę. Prasa chińska wskazywała na sukcesy rządu w walce z epidemią, który bez obecnej władzy nie byłby możliwy. Autorka stwierdziła też, że optymistyczne dane dotyczące opanowania epidemii, podawane przez chińskie władze, mogą być fałszywe. Wskazała na obawy związane z podobieństwem wybuchu epidemii COVID-19 w Chinach do katastrofy nuklearnej w Czarnobylu, o której skutkach informacje były blokowane przez władze ZSRR. Możliwe było więc blokowanie informacji na temat

¹³ JAP, *Chiny w stanie wojny z wirusem*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr 5, s. 15.

¹⁴ H. Shen, *Wirus, który wstrząsnął Chinami*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 6, s. 51.

¹⁵ J. Przybylski, *Luzowanie wirusa?*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr 7, s. 76.

rzeczywistych skutków epidemii także przez oficjalną chińską cenzurę państwową, blokującą m.in. komentarze chińskich internautów¹⁶.

Problem związany ze strukturą państwową Chin i jej wpływem na funkcjonowanie państwa w sytuacji zagrożenia został podjęty również w szóstym numerze „Polityki” przez Jędrzeja Winieckiego. Zwrócił on uwagę na opóźnione działanie lokalnych urzędników z Wuhanu w reakcji na pierwsze przypadki epidemii oraz karanie lekarzy alarmujących władze i społeczeństwo o jej wybuchu. Autor wskazał również na sposób reakcji Państwa Środka poprzez określenie metody działania partii rządzącej jako „pozbywanie się gorączki, tłukąc możliwie często termometr”¹⁷. Hierarchiczność i powszechna biurokracja, a także centralizacja państwa sprawiły, iż sposób reakcji państwa chińskiego na epidemię mógł być uznany za nieadekwatny i spóźniony w stosunku do skali zagrożenia, szczególnie na prowincji tego kraju. Pierwsze działania przeciwepidemiczne podjęły lokalne struktury władzy, ale nie poradziły sobie skutecznie z zagrożeniem. Władze państwowe zareagowały zbyt późno, wprowadzając kwarantannę nadzorowaną przez oddziały milicji oraz blokadę objętych epidemią miast¹⁸. Autor wskazał również na panikę, która ogarnęła obywateli Chin, czego wyrazem było wykupienie produktów spożywczych o długim terminie przydatności, kolejki pod sklepami. Obrazowo przedstawiał także opustoszałe ulice miast objętych przymusową kwarantanną. Istotną kwestią poruszoną przez Winieckiego był związek modelu rządów sprawowanych przez rząd Xi Jinpinga z przyczynami zwiększonego poziomu transmisji wirusa – istniało duże prawdopodobieństwo, iż zarzewiem epidemii SARS w 2003 r., jak i obecnej, były targi żywych zwierząt, zarówno hodowlanych, jak i dzikich, stanowiących w Chinach popularny produkt spożywczy. Zły stan higieny na targowiskach, niewłaściwy sposób traktowania zwierząt i brak stosownej interwencji władz, motywowany obawą o ewentualne zahamowanie kariery urzędnika, który zgłosi wyższym władzom problem z epidemią, miały mieć wg dziennikarza istotny wpływ na dynamiczny rozwój epidemii COVID-19 wśród chińskiego społeczeństwa. Ważnym tematem przedstawionym w artykule był także problem narastającej stygmatyzacji i ostracyzmu wobec obywateli Chin. Wieści o nowej epidemii, wywodzącej się wedle obowiązującej wówczas narracji z Państwa Środka, dodatkowo podkreśliły negatywne nastawienie świata do rządu Chin. Był on przedstawiany w zachodnich, szczególnie amerykańskich, publikacjach jako totalitarny reżim, prześladujący Ujgurów, a zarazem zyskujący coraz większy wpływ na światową gospodarkę i wyrażający aspiracje stania się supermocarstwem. Autor zwrócił uwagę na negatywną rolę mediów informacyjnych, które zaczęły przypominać odbiorcom poprzednie epidemie, np. grypy

¹⁶ H. Shen, *op. cit.*, s. 50–51.

¹⁷ J. Winiecki, *Powikłania*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 6, s. 44.

¹⁸ *Ibidem*, s. 45.

hiszpanki, co w połączeniu z hejtem w mediach społecznościowych oraz nowymi teoriami spiskowymi stanowiło „antychińskie paliwo”, którego jednym z efektów były zachowania o podłożu rasistowskim wobec przebywających za granicą Chińczyków¹⁹. W artykule nie pojawiła się analiza przesłanek medycznych, które stały się podstawą wprowadzenia masowej izolacji, kwarantanny i okresowego zamknięcia szkół i zakładów pracy. Polski czytelnik nie dowiedział się, jakie było medyczne uzasadnienie tych procedur i że mogły być one oceniane jako skuteczne, niezależnie od skali ich opresyjności wobec indywidualnych wolności obywatelskich, czy też ustroju danego państwa.

Wspólnym punktem odniesienia dla wszystkich artykułów z analizowanych tygodników, publikowanych w styczniu i lutym 2020 r., była zgodność w przedstawianiu Chin jako źródła epidemii COVID-19. Nie podawano początkowo polskim czytelnikom sprzecznych z tą perspektywą informacji, które występowały w ówczesnych mediach światowych i w Internecie, a także (w postaci drobnych, rozproszonych wzmianek) w innych polskich gazetach, wskazujących na możliwość pojawienia się epidemii np. w Afganistanie (wspomniał o tym w krótkiej wzmiance np. tygodnik „Angora”). Jak miało się później okazać, badania niektórych ośrodków naukowych w Europie poddały tezę o chińskim początku epidemii w wątpliwość. W 2021 r. udało się np. potwierdzić w materiale sekcyjnym występowanie tego patogenu w europejskich szpitalach (m.in. we Francji) już w 2019 r., kilka miesięcy przed wybuchem epidemii w Chinach. W początkach 2020 r. czytelnikom polskich tygodników opinii kwestię chińskiej genezy epidemii przedstawiano jednak jako bezdyskusyjną.

We wszystkich badanych czasopismach wspólna też była ocena zastosowanej przez chińskie władze strategii przeciwepidemicznej. Była ona negatywna. Stwierdzano, że obostrzenia przeciwepidemiczne są wprowadzane przez państwo o charakterze autorytarnym, co miało uzasadniać ich kierunek i masową skalę. Z uznaniem odnoszono się wyłącznie do imponującego tempa budowania przez chińskie władze tymczasowych szpitali epidemicznych, w tym przede wszystkim w Wuhan, które stanowiło epicentrum epidemii COVID-19. Miały one na celu odciążenie przepełnionych placówek ochrony zdrowia, a także skoncentrowanie chorych zakaźnie w specjalnych izolowanych szpitalach. Kwestii tej jednak nie rozwijano. Czytelnik badanych tygodników opinii nie uzyskiwał więc dostatecznej wiedzy o medycznych przesłankach tworzenia w Chinach tymczasowych szpitali zakaźnych. Koncentrowano jego uwagę na kwestiach technologicznych i politycznych. Podkreślano, że sprawna budowa szpitali covidowych była elementem chińskiej propagandy państwowej. Komunistyczna Partia Chin przedstawiała to przedsięwzięcie jako swój sukces, dowód siły państwa chińskiego i szerokiego wachlarza możliwości, jakimi dysponował sprawujący w tym państwie władzę,

¹⁹ Ibidem, s. 46.

porównywany do Mao Zedonga, Xi Jinping. W „Newsweek Polska” Jacek Pawlicki zacytował wypowiedź Xi Jinpinga, który zapewnił, że państwo chińskie wykorzystало wszelkie możliwe środki kontroli i prewencji w celu pokonania epidemii. Były to m.in. zamknięcie granic państwa bez zgody parlamentu i konieczności wprowadzania stanu wyjątkowego, a także podejmowanie wszelkich innych decyzji w sposób arbitralny, bez uwzględnienia opinii mediów i obywateli²⁰. Kwestia otoczenia miasta Wuhan kordonem sanitarnym oraz wprowadzenie ograniczeń w prowincji Hubei stanowiły wówczas dla zachodniego świata nowość i ciekawostkę, co podkreślał cytowany w artykule Gauden Galea, przedstawiciel WHO w Chinach²¹. W odróżnieniu od państw Afryki Zachodniej, które w latach 2014–2016 mało skutecznie walczyły z epidemią wirusa Ebola, Chiny (przedstawiane w polskich tygodnikach jako państwo charakteryzujące się wysokim stopniem inwigilacji społeczeństwa) były w stanie utrzymać rygor i zablokować wszelkie próby podjęcia buntu przez obywateli przeciw wprowadzanym ograniczeniom przeciwepidemicznym. W opinii cytowanego w artykule prof. Bogdana Góralczyka, państwo chińskie w teorii najlepiej spełniało wszystkie warunki, by móc powstrzymać epidemię, właśnie ze względu na możliwość szybkiego i skutecznego izolowania i kontrolowania ogromnej liczby mieszkańców²². Powyższy sposób przedstawienia obostrzeń przeciwepidemicznych polskim czytelnikom nie sprzyjał zrozumieniu przez nich ich istoty, definiowanej w sensie medycznym. Używane przez autorów badanych publikacji argumenty odwoływały się wyłącznie do opresyjności zastosowanych przez chińskie władze procedur wobec jednostki. Nie były one równoważone przez przekaz dotyczący korzyści zdrowotnych związanych z izolacją, kwarantanną i zamknięciem szkół i zakładów pracy, przerywających niekontrolowaną transmisję wirusa w skali populacji (a więc chroniących zagrożone epidemią jednostki także w sposób pośredni).

Można się zastanowić, czy do końca lutego 2020 r. autorzy polskich artykułów o epidemii COVID-19 nie zdawali sobie sprawy z tego, że choroba ta może zostać szybko zawleczona do Polski (co było już powszechnym przekonaniem polskich specjalistów w dziedzinie epidemiologii), i że także nasze władze staną przed koniecznością wprowadzenia w kraju obostrzeń przeciwepidemicznych, czy też brak alarmujących ostrzeżeń i wyjaśnienia konieczności wprowadzenia przymusowych zarządzeń przeciwepidemicznych wynikał z innych przyczyn. Czytelnicy analizowanych polskich tygodników opinii nie byli w publikacjach ze stycznia i lutego 2020 r. na taką możliwość przez dziennikarzy przygotowywani. Wręcz przeciwnie. W analizowanych artykułach dotyczących zarządzeń przeciwepidemicznych w Chinach dominował klimat opresji, mający kształtować nastawienie

²⁰ J. Pawlicki, *Diabeł w Roku Szczura*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 6, s. 52.

²¹ *Ibidem*, s. 53.

²² *Ibidem*.

polskich czytelników do obostrzeń przeciwepidemicznych jako działań skierowanych przeciwko społeczeństwu, a nie na jego korzyść, podbudowanych racjonalnie przez argumentację medyczną.

Symptomatyczne było przedstawianie przez dziennikarzy polskim czytelnikom kwestii podporządkowania się obywateli Chin wprowadzanym przez władze przymusowym zarządzeniom przeciwepidemicznym. Krzysztof Rybiński w tygodniku „Do Rzeczy” uznał, że była to reakcja wynikająca ze strachu przed silnym i opresyjnym państwem. Wprowadzone w Chinach zarządzenia przeciwepidemiczne porównał do metod zastosowanych w Polsce podczas stanu wojennego (1981–1983). Autor przewidywał, że także w Europie, w miarę rozwoju pandemii, może dojść do ograniczenia swobód obywatelskich, odwołania wydarzeń kulturalnych i sportowych, blokady konkretnych regionów, ograniczenia komunikacji między krajami i przywrócenia granic, co w konsekwencji mogło zaburzyć układ strefy Schengen. Zastanawiał się nad tym, jak głęboka będzie w przyszłości inwigilacja obywateli i jak zaawansowany będzie globalny system monitorowania ludności, przy wykorzystaniu zdobyczy technologicznych wytworzonych przez koncerny takie jak Google lub Facebook. Z jednej strony pozyskane dane (w jego opinii) będą mogły szybko powstrzymać epidemię na samym początku jej trwania, z drugiej strony może zaistnieć ryzyko powstania „WHTO – Światowej Organizacji Zdrowia i Technologii”, której celem będzie podporządkowanie postępu technologicznego „zasadom przetrwania człowieka”²³. Autor nie rozważał medycznych aspektów wprowadzanych zarządzeń w taki sposób, aby wytłumaczyć ich istotę czytelnikom jako działań ochronnych i przedstawić je w pozytywnym świetle. Nie rozważał też przyczyn podporządkowania się przez obywateli Chin wprowadzanym przez władze zarządzeniom przeciwepidemicznym w ten sposób, że wielu ludzi zostało do nich przekonanych i uznało je za racjonalne i zabezpieczające ich podstawowe interesy: zdrowie i życie. Jak miało się wkrótce okazać po przeniesieniu epidemii do Europy zamożniejsza i lepiej wykształcona część jej mieszkańców bez przymusu podporządkowywała się wprowadzanym przez władze zarządzeniom przeciwepidemicznym, w pełni rozumiejąc ich zasadność i istotę, nawet gdy uznała je za niekomfortowe i dotkliwe. Odmiennie reagowali na wprowadzane obostrzenia obywatele o niższym wykształceniu i dochodach, mieszkający w małych miasteczkach i na wsi. Ich świadomość na temat potrzeby wprowadzenia ograniczeń o charakterze sanitarno-epidemiologicznym wyrażała przede wszystkim niezrozumienie dla ich medycznego uzasadnienia. Ograniczenia te były przez nich przyjmowane nie jako ochrona, ale jako opresja. Dyskurs prasowy „Gazety Polskiej” i „Do Rzeczy” w pierwszych dwóch miesiącach trwania epidemii w Chinach nie stworzył pola debaty nad tą postawą i czytelnicy pozostali ze swymi obawami sami.

²³ K. Rybiński, *Człowiek kontra wirus*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr 6, s. 82.

W pierwszych tygodniach epidemii w Chinach polskie tygodniki opinii poruszały także jeszcze jeden obszar zagadnień. Było nim kwestionowanie faktycznej skuteczności działań przeciwepidemicznych podjętych przez chińskie władze, opartych na wprowadzeniu rygorystycznego reżimu sanitarnego. Czytelnikom polskim przedstawiano ową skuteczność jako wątpliwą, będącą wytworem chińskiej propagandy i efektem manipulacji informacyjnej opartej na zaniżaniu danych dotyczących realnego zasięgu epidemii oraz liczby jej ofiar. Ujęcie to nie występowało w analizowanych publikacjach jednostkowo, ale w całych cyklach publikacji, wydawanych np. przez „Gazetę Polską”. W kolejnych numerach tego tygodnika kwestia epidemii COVID-19 w Chinach była przedstawiana w kontekście chińskiej rządowej propagandy, opartej na dezinformacji i kreowaniu alternatywnej wizji rzeczywistości. Poddawano w wątpliwość oficjalne deklaracje chińskich władz, które już w marcu 2020 r. deklarowały osiągnięcie stabilizacji sytuacji epidemicznej w wyniku wprowadzenia szybkich i radykalnych obostrzeń²⁴. W ujęciu „Gazety Polskiej” była to deklaracja nieoparta na faktach. Dziennikarze podkreślali, że informacje o opanowaniu epidemii COVID-19 w Chinach należy uznać za element tamtejszej rządowej propagandy na rzecz skuteczności chińskiego systemu politycznego i chińskiej potęgi gospodarczej, realizowanej m.in. przez rzeczników chińskiego MSZ oraz chińskie placówki dyplomatyczne. „Gazeta Polska” przedstawiała polskim czytelnikom przeciwepidemiczne działania chińskich władz w zupełnie innym świetle. Uznała ją za nieskuteczne i podejmowane m.in. w celu odwrócenia uwagi społeczeństwa od odpowiedzialności państwa za początkowy brak reakcji na wybuch epidemii, który byłby adekwatny wobec rzeczywistego zagrożenia. Skutkiem tego stało się rozprzestrzenienie się epidemii nie tylko w Wuhan, lecz także na wielu innych obszarach Chin, a następnie w całym świecie.

„Gazeta Polska” zarazem po raz pierwszy wprowadziła do świadomości polskiego czytelnika informację o potencjalnie innym niż chiński Wuhan źródle epidemii. Przedstawiła jednak taką możliwość jako teorię spiskową i efekt akcji dezinformacyjnej podejmowanej przez chińskie organy państwowe. Wg nich wirus SARS-CoV-2 miał pojawić się początkowo w USA i zostać zawleczony do Chin²⁵. Dziennikarz „Gazety Polskiej” uznaje, że to twierdzenie miało przykryć wizerunek Chin jako państwa, które poniosło porażkę w walce z wirusem. Nie potrafiło bowiem ani go wykryć w odpowiednim czasie, ani zahamować jego rozpowszechniania, co doprowadziło do wybuchu pandemii. Aby to przykryć, KPCh zaczęła tworzyć narrację o wygraniu wojny z wirusem. Oferowała także możliwość wsparcia całego świata w skutecznej walce z patogenem. Stwarzało to

²⁴ https://www.pism.pl/publikacje/Kompedium_pandemii_reakcja_panstw_na_COVID19 (dostęp: 24.03.2021).

²⁵ H. Shen, *Wirus i chińska propaganda*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 13, s. 66.

możliwość przedstawienia chińskiego ustroju politycznego jako bardziej efektywnego w obronie swoich obywateli, niż liberalne demokracje.

Polski dyskurs prasowy z pierwszego okresu epidemii, niezależnie od opcji politycznej danego tygodnika opinii, zgodnie i krytycznie oceniał chiński model walki z epidemią. Czasopisma przedstawiły go jako charakterystyczny dla państwa zmilitaryzowanego oraz posiadającego pełną kontrolę nad obywatelami. Państwa zachodnie, opierające swój ustrój polityczny na zasadach demokracji i wolności społecznej, nie mogły ani nie były przygotowane na szybkie wprowadzenie podobnych rozwiązań jak w Chinach, ani ich społeczeństwa nie były w tym stopniu co chińskie gotowe do ich akceptacji, z czego doskonale zdawał sobie sprawę rząd chiński i starał się wykorzystać to propagandowo²⁶. Korzystając z tej okazji, Pekin zaczął oferować swoją pomoc, w ramach której udostępnione zostały światu maski, respiratory i odzież ochronna. Pomoc ta jednak nie była darmowa, wbrew chińskiemu przekazowi, który określał przekazany sprzęt medyczny jako „dary dla świata”. Polska prasa uwypuklała przekłamania w chińskim przekazie propagandowym, dotyczącym wdzięczności innych państw za okazaną przez Chiny pomoc. „Gazeta Polska” przedstawiła np. przekłamanie, którego autorką była Hua Chunying, rzecznik MSZ Chin. Napisała ona na Twitterze o Włochach, którzy dziękowali Chinom za okazaną pomoc, a także o odegraniu w związku z przyjęciem chińskiej pomocy rzeczowej chińskiego hymnu narodowego. Wpis ten opatrzony był załączonymi filmikami, które przedstawiały radość mieszkańców Włoch i ich wdzięczność wobec Państwu Środka za otrzymane dary. Według „Gazety” był to fake news, propagandowo wykorzystujący dramat Włoch, zdementowany przez krajowe media, gdyż podziękowania te były kierowane jedynie do personelu medycznego²⁷.

Propagandowe aspekty opanowania epidemii COVID-19 w Chinach przyciągnęły uwagę także dziennikarzy „Polityki”. Autor jednego z opublikowanych na ten temat artykułów odniósł się do opanowania epidemii w kontekście działań podejmowanych przez chiński rząd, dysponujący jedną z „największych machin propagandowych”. W momencie kryzysu ogólnoswiatowego, jakim stała się pandemia, zwalczenie epidemii COVID-19 mogło stać się szansą, dzięki której Chiny mogły poprawić swój wizerunek i wywrzeć wrażenie silnego gospodarzo, technologicznie i medycznie imperium²⁸. Należy także dodać, że wprowadzenie zastosowanych w Chinach środków przeciwepidemicznych wymagało poniesienia przez państwo bardzo wysokich nakładów finansowych, które okazały się możliwe do przeznaczenia na ten cel, ze względu na bardzo dobry stan chińskiej gospodarki i wysoką nadwyżkę budżetową. Autor artykułu z „Polityki” zwrócił uwagę

²⁶ Ibidem, s. 67.

²⁷ Ibidem.

²⁸ J. Winiecki, *Chińskie maski*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 13, s. 6.

na trzy filary chińskiej propagandy, jakie towarzyszyły czasom „pierwszej fali” pandemii, skierowanej nie tylko do obywateli własnego kraju, ale także (a może przede wszystkim) do świata zachodniego. Przekazał polskim czytelnikom obserwacje na ten temat, opublikowane w USA przez czasopismo „New York Times”. Pierwszy z nich, filar optymizmu, polegał na kreowaniu pozytywnego wizerunku epidemii. Realizowane to było m.in. poprzez cenzurowanie mediów społecznościowych, w których pojawiały się np. relacje ze szpitali, w których znajdowali się chorzy na COVID-19, karanie i wyciszenie osób informujących o zagrożeniu, np. Li Wenlianga. Z drugiej strony przekazywano wypowiedzi zagranicznych ekspertów, którzy pozytywnie wypowiadali się o chińskiej metodzie walki z pandemią. Drugi filar propagandy oparty był na ochronie wizerunku ChRL. Miało to związek z ukrywaniem nieudolnego sposobu początkowej walki z zagrożeniem, braku stosownej reakcji ze strony urzędników i ich obawami przed popełnieniem błędu związanego z fałszywym alarmem. Chaotyczne początkowo reakcje chińskich władz na wybuch epidemii zestawiane były w chińskiej propagandzie z sytuacją, która zapanowała później w innych krajach, np. we Włoszech, w których na początku epidemii skala dezorganizacji w działaniu publicznej służby zdrowia była znacznie większa, niż w chińskiej prowincji Hubei. Trzeci filar chińskiej propagandy dotyczył, wg czasopisma „New York Times” (którego opinię przytaczała „Polityka”), znoszenia odpowiedzialności za wybuch epidemii i przekonania świata, iż patogen SARS-CoV-2 nie powstał w Chinach. Sprzyjało to, zdaniem redakcji „New York Times”, kreowaniu teorii spiskowych, podsycanych m.in. przez oficjalnych urzędników państwowych, iż wirus został przywieziony do Chin przez amerykańskich żołnierzy biorących udział w sportowych zawodach klubów wojskowych w Wuhanie. Zestawienie obu krajów, między którymi utrzymywało się napięcie dyplomatyczne, pomagało w kreowaniu wizerunku Chin jako kraju, który sprawnie i skutecznie poradził sobie z epidemią, w przeciwieństwie do reszty świata²⁹.

Kwestia dotycząca określenia pochodzenia wirusa, który wywołał epidemię COVID-19, została poruszona również w „Gazecie Polskiej”. Miało to związek z (zyskującą popularność m.in. w Internecie) teorią spiskową, dotyczącą „wycieku” wirusa z laboratorium Instytutu Wirusologii w Wuhan. Na potwierdzenie tej tezy Jacek Liziniewicz przytoczył fakt, iż zespół naukowców tam pracujących bada koronawirusy, w tym i te wywołujące SARS. Przytoczona jednak została także wypowiedź Shi Zhengli, wirusolożki, która wykryła powiązanie koronawirusów z ich naturalnym rezerwuarem – nietoperzami. Odparła ona zarzuty dotyczące możliwego związku SARS-CoV-2 z laboratorium w Wuhan. Liziniewicz zwrócił także uwagę na pytania, które płynęły w tym czasie ze strony amerykańskich mediów, m.in. „The Washington Post” i „Fox News”. Dotyczyły one

²⁹ Ibidem, s. 5–6.

kwestii bezpieczeństwa pracy nad patogenami i ewentualnego ryzyka rozwoju nowej pandemii. Doniesienia prezentowane przez dziennikarzy wywołały dyskusję, także wśród polityków USA³⁰.

Doniesienia dotyczące pochodzenia wirusa SARS-CoV-2, jako pierwotnie wykrytego w Chinach, publikowane były również w „Do Rzeczy”. Marcin Wolski zastanawiając się nad wzmożonym rozprzestrzenianiem się koronawirusa w Chinach w lutym w 2020 r. wyrażał nadzieję, że nie dojdzie do rozwoju światowej pandemii. Nawiązując do ataku terrorystycznego, w wyniku którego doszło do zburzenia dwóch wież World Trade Center, sformułował tezę dotyczącą negatywnego wpływu rozwoju technologicznego współczesnej cywilizacji, porównując to do efektu globalizacji. Zadał retoryczne pytanie dotyczące możliwości uziemienia samolotów, zamknięcia granic i ogólnego zakazu podróżowania w celu wprowadzenia globalnej kwarantanny i powstrzymania rozprzestrzeniania się patogenu i zastanawiał się, czy przyczyna rozwoju epidemii w Chinach jest skutkiem decyzji „matki natury” o regulacji demografii na świecie z powodu przeludnienia, czy jest to jednak efekt manipulacji w badaniach nad wirusami w wojskowych laboratoriach³¹.

Podsumowując pierwszy etap kształtowania się standardu narracji prasowej dotyczącej epidemii COVID-19 możemy stwierdzić, że we wszystkich analizowanych czasopismach zauważyliśmy zastanawiające zbieżności zarówno w opisie faktów, jak i w ich ocenie. Niezależnie od opcji politycznej, z którą związany był każdy z tych periodyków, te same fakty i argumenty stosowane w ich ocenie pojawiały się w tym samym czasie. Artykuły były pisane jakby według tego samego „skryptu”. We wszystkich analizowanych tekstach występowało niedoszacowanie pozytywnej oceny wprowadzonych przez chińskie władze zarządzeń przeciwepidemicznych i niepodkreślanie ich związku ze standardem medycyny klinicznej. Czytelnikom nie wyjaśniono w dostateczny i zrozumiały także dla mniej wykształconych odbiorców sposób takich pojęć, jak patogen, wirus, transmisja wirusa w populacji, czy też zalecane przez epidemiologów i posiadające uzasadnione podstawy naukowe metody zahamowania niekontrolowanego szerzenia się choroby. Wręcz przeciwnie, wytwarzano u czytelników za pomocą nacechowanego emocjonalnie trybu narracji wrażenie, że zastosowany przez chińskie władze wariant ochrony populacji miał charakter wybitnie opresyjny. Artykuły upowszechniały przekonanie, że ten wariant, oparty na izolacji, kwarantannie i okresowym zamknięciu szkół i zakładów pracy jest tylko jednym z możliwych, w dodatku zastosowany w totalitarnym państwie, którego mieszkańcy, głównie ze strachu przed represjami, poddają się bez sprzeciwu daleko idącym

³⁰ J. Liziniewicz, *Ścieżki prowadzą do laboratorium...*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 18, s. 50.

³¹ M. Wolski, *W cieniu pandemii*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr 6, s. 57.

ograniczeniom w ich życiu prywatnym i zawodowym. Zastosowania chińskiej strategii ochrony przed rozprzestrzenieniem się epidemii w populacji nie uznano ani za strategię wzorcową, ani za możliwą do zastosowania w innych państwach świata, w których obowiązują liberalne reguły ustrojowe, a członkowie ich społeczeństw są przyzwyczajeni do szerokiego zakresu swobód obywatelskich i gospodarczych, których istnienie uznają za naturalne. Dyskurs dotyczący epidemii COVID-19, występujący w publikacjach polskich tygodników opinii w styczniu i w lutym 2020 r., był zasadniczo zbieżny z oficjalnym stanowiskiem rządu USA i amerykańskich mediów z tego okresu, których opinie były w artykułach autorów polskich powtarzane, zarówno z podaniem ich źródła (jak np. czasopisma „New York Times”, telewizja Sky News), jak i bez powoływania się na konkretny tytuł. Zbieżność tę polski czytelnik tygodników opinii mógł samodzielnie stwierdzić, śledząc inne kanały przekazu treści na temat COVID-19, zarówno polską telewizję publiczną, polskie telewizje prywatne, jak i światowy Internet.

W omawianym tutaj okresie w polskich tygodnikach opinii pojawiły się także pierwsze załączki nowego typu dyskursu dotyczącego epidemii COVID-19, którego cechą był pluralizm, nie tylko w sferze interpretacji, lecz także w sferze doboru faktów. U jego genezy leży brak spójności w opisie tej epidemii, która nie była objaśniana odbiorcom w sposób jednoznaczny i zrozumiały w kategoriach medycznych. Stworzyło to szybko pole dla wytworzenia się alternatywnego obiegu informacji, o irracjonalnym z punktu widzenia nauk medycznych charakterze, rozpowszechnianych głównie przez Internet, będących próbą przewyciężenia występującego w społeczeństwie lęku, wynikającego z braku podanej w sposób jednoznaczny i zrozumiały informacji. Pełni narastających obaw obywatele zaczęli z czasem skupiać się na internetowych forach, wyrażając wspólne obawy. Z czasem w ich obrębie zaczęły tworzyć się oparte na zbliżonej wizji epidemii „bańki interpretacyjne”. Uczestnicy tych forów wypracowywali własne metody wyjaśniania epidemii albo (częściej) przejmowali gotowe interpretacje stworzone za granicą. Ich szybko rosnąca popularność wynikała m.in. z tego, że przekazywane odbiorcom treści na temat COVID-19 były przedstawiane prostym i zrozumiałym językiem i opierały się na tych samych, powtarzanych argumentach. Były więc one łatwo zapamiętywane przez odbiorców i przyswajane jako wiarygodne. Zwolennicy alternatywnych interpretacji epidemii nie napotkali w polskich czasopismach opinii w pierwszym okresie rozpowszechniania choroby dostatecznie precyzyjnej i wyrażonej w przystępny sposób argumentacji, zdolnej stanowić skuteczną przeciwwagę dla rozpowszechnianych w Internecie informacji niezgodnych i jawnie sprzecznych z aktualnym standardem klinicznym.

Włochy jako „Wuhan Europy” – nowe argumenty i figury retoryczne w polskim przekazie prasowym dotyczącym epidemii COVID-19

Epidemia COVID-19, oficjalnie potwierdzona w Chinach w styczniu 2020 r., już w końcu tego miesiąca dotarła do Europy. Jej szybkie rozpowszechnienie się czasopisma wiązały z rozwiniętą turystyką zimową, która objęła alpejskie kraje europejskie. Szczególnie doświadczone zostały pod tym względem Włochy, gdzie szybko nastąpił wzrost zachorowań i zgonów, a epidemia wymknęła się spod kontroli. Wedle obowiązującej wówczas wiedzy, SARS-CoV-2 pojawił się we Włoszech 31 stycznia 2020 r. Wykryty został u dwóch chińskich turystów w Rzymie. Już miesiąc później obserwowano w tym kraju gwałtowny przebieg pandemii, z szybko rosnącą liczbą przypadków śmiertelnych³².

Epidemia w Lombardii stała się punktem zwrotnym dla reorientacji strategii informacyjnej polskich tygodników opinii na temat COVID-19. Zagrożenie epidemiczne nie było już odległe, ale „stało u bram”. Dziesiątki tysięcy polskich turystów spędzało swój zimowy urlop na nartach w Austrii, a także w Szwajcarii, Niemczech i w Czechach, skąd mogli przenieść epidemię do Polski. W polskiej strategii medialnej nie uwzględniano jednak wyłącznie tej drogi rozprzestrzeniania epidemii. Uznano bowiem, całkiem słusznie, że choroba nie musi być przeniesiona do Polski przez kogoś z turystów odpoczywających na nartach w Alpach, lecz przez kogoś z setek tysięcy Polaków, przemierzających się po Europie Zachodniej i Południowej w związku z wykonywaną pracą lub przez kogoś z równie licznej rzeszy polskich pracowników transgranicznych. Nie należeli oni wprawdzie do grup docelowych czytelników „Polityki” i „Newsweek Polska”, ale część z nich mogła czytywać „Gazetę Polską” albo „Do Rzeczy” (lub mogli to czynić ich znajomi albo członkowie rodziny). Należało więc informacje o możliwym zagrożeniu COVID-19 także w Polsce przekazać także do tej części polskiej prasowej publiczności. Przyjrzyjmy się teraz, w jaki sposób redakcje polskich tygodników opinii poradziły sobie z tym zadaniem.

Polskie tygodniki opinii w okresie wybuchu epidemii w Lombardii ustaliły pewien wspólny kanon informacyjny, w którym możemy wyróżnić następujące elementy składowe: 1) Epidemia zaczęła się w Chinach i stamtąd została zawleczona do innych części świata, w tym do Europy, przez chińskich turystów lub osoby przybywające z Chin; 2) W ten sposób powstały w Europie ogniska epidemii, których źródłem był przywleczony z Chin patogen; 3) Z czasem w ogniskach tych wytworzyła się transmisja wewnętrzna, w której nie uczestniczyły już osoby o chińskim pochodzeniu lub przybywające z Chin; 4) Z ognisk tych epidemia była rozprzestrzeniana wśród mieszkańców miejscowości, w których zlokalizowane

³² https://www.pism.pl/publikacje/Kompendium_pandemii_reakcja_panstw_na_COVID19 (dostęp: 28.03.2021).

były ogniska i przybywających do nich gości i turystów. W związku z takim sposobem definiowania zagrożenia epidemicznego, którego źródłem mógł być „każdy z nas”, konieczne było wprowadzenie do artykułów dotyczących COVID-19 nowego rodzaju ostrzeżeń. Miały one początkowo charakter narracyjny, przedstawiały zagrożenie związane z SARS-CoV-2 w formie opowieści, z których wnioski czytelnik powinien był wyprowadzić sobie sam. Charakterystyczna dla tego etapu była także zmiana perspektywy, ze zbiorowej na indywidualną, z ogólnopolskiej na lokalną. Zagrożenie związane z COVID-19 zaczęło być przybliżane polskim czytelnikom jako potencjalnie także „nasza sprawa”, z którą mogliśmy się zetknąć osobiście, a nie jako odległy problem dotyczący społeczeństwa Chin i jego reakcji na opresyjne zarządzenia epidemiczne wprowadzane przez władze.

Powyższa zmiana perspektywy umożliwiała wprowadzenie do polskiego obiegu czytelniczego kwestii przymusowych obostrzeń przeciwepidemicznych, które musiały zostać wprowadzone w Europie, w państwach o ustroju demokratycznym i mogły być wprowadzone także przez Polskę. W obliczu realnego zagrożenia epidemią, prasa zaczęła oswajać polskich czytelników z możliwością wprowadzenia takich obostrzeń. Najłatwiej było to zrobić na przykładach, odwołujących się do sytuacji, w których racjonalne i zgodne z wiedzą medyczną zarządzenia przeciwepidemiczne nie zostały dokładnie wdrożone w praktyce przez ludzi. Efektem zaniechania stawał się wybuch epidemii, której nie udało się już potem kontrolować. Prasa zastosowała także metody wzbudzania emocji, zarówno poprzez dramatyczne opisy przebiegu epidemii w Północnych Włoszech, tj. w Lombardii, jak i przez publikację zdjęć wzmacniających siłę medialnego przekazu. Polski dyskurs prasowy współgrał tu z przekazem prezentowanym w tym samym czasie przez polskie stacje telewizyjne, w których dramatyczne obrazy z Lombardii przedstawiane były codziennie. Zamierzano w ten sposób wywołać u odbiorców przekonanie, że wywołujący epidemię wirus jest naprawdę groźny, że występuje także w Europie i że nie musi być wywoływany przez patogen, którego siedliskiem są sprzedawane na chińskich targach żywe dzikie zwierzęta. Odbiorca miał się dowiedzieć, że epidemia wybuchła w dobrze rozwiniętym, demokratycznie rządzonej europejskim kraju, źródłem masowych zakażeń nie zawsze musieli być Chińczycy, ale mógł być nim praktycznie każdy, a także, że nawet bardzo dobrze rozwinięty system medycyny publicznej w Lombardii nie był w stanie sprawnie sobie z nią poradzić. Odbiorca powinien był więc zrozumieć skalę zagrożenia i przygotować się na nie potencjalnie także w Polsce. Powinien był także zmienić swój stosunek do zarządzeń sanitarno-epidemiologicznych, uznając je za racjonalne i przygotowując się psychicznie na ich wdrożenie.

Jednym z pierwszych przykładów zmian w narracji dotyczącej epidemii COVID-19 w polskich tygodnikach opinii, ilustrujących zastosowanie wyżej omówionych technik perswazji, był artykuł z „Gazety Polskiej”. Tekst przedstawił przypadek „pacjenta nr 1”, chorego 38-letniego mężczyzny, który wykazując objawy

zakażenia koronawirusem nie został przyjęty do szpitala, ponieważ nie potwierdził w protokole epidemiologicznym swojego wcześniejszego pobytu w Chinach. Czytelnicy zostali zapoznani w ten sposób z faktem wprowadzenia takich procedur, jak protokół epidemiczny, który pacjent musi wypełnić pragnąc się dostać do szpitala. W założeniu stworzenie tej procedury miało wzmocnić skuteczność pomocy lekarskiej udzielanej chorym w specjalnych szpitalach, do których przyjmowano wyłącznie osoby, u których stwierdzono możliwość zarażenia się COVID-19. Z powodu błędnej decyzji lekarzy, którzy nie przyjęli chorego do szpitala, „pacjent nr 1” pozostał poza placówką. Zaraził kontaktujące się z nim osoby, a sam powrócił do szpitala już w stanie ciężkim. Artykuł zwracał uwagę czytelników na konieczność zachowania ostrożności w kontaktach z każdą osobą wykazującą objawy podobne do przeziębienia, niezależnie od tego, czy przebywała ostatnio za granicą albo kontaktowała się obcokrajowcami. Przeciętny czytelnik „Gazety Polskiej” miał raczej znikome szanse spotkać w swoim najbliższym otoczeniu Chińczyka. Artykuł upowszechniał więc informację, że źródłem zakażenia może stać się praktycznie każdy kontakt z osobą wykazującą objawy choroby.

Innym elementem wiedzy o epidemii COVID-19 upowszechnianej wśród czytelników przez autora tego samego artykułu były informacje o tragicznym przebiegu epidemii we Włoszech i o dużej liczbie ofiar, która spowodowała w tym kraju wybuch paniki. Kreując katastroficzny obraz epidemii, autor podprowadził czytelnika do zaakceptowania tezy o konieczności wprowadzenia przez włoskie władze, kraju należącego do Unii Europejskiej, o ustroju niebudzącym wątpliwości jako demokratyczny, przymusowych zarządzeń przeciwepidemicznych. Nie pojawiła się już ich ocena jako rozwiązań kojarzonych z państwem totalitarnym, ale należących nie tylko do atrybutów, lecz także do obowiązków władzy państwowej, która powinna chronić zdrowie i życie swoich obywateli. Autor usprawiedliwił, uznając je za w pełni uzasadnione, rozporządzenia wprowadzone przez włoskie władze: podział kraju na strefy odpowiadające skali zagrożenia epidemicznego oraz zakaz przemieszczania się pomiędzy nimi. Zarządzenia te miały zapobiec niekontrolowanemu rozprzestrzenianiu się epidemii. Ich usprawiedliwieniem był bardzo szybki wzrost liczby potwierdzonych przypadków zachorowań i zgonów. Tomasz Łysiak zwracał uwagę czytelników na energiczne działania włoskich władz w walce z epidemią i wykorzystywanie czasu w wydajny sposób, gdyż podczas walki z szybko wzrastającą falą zachorowań liczyła się każda chwila³³. Autor przyswajał czytelnikom także inne elementy istotne dla powodzenia włoskiej państwowej strategii walki z epidemią COVID-19: konieczność samoobserwacji, a w przypadku zauważenia u siebie objawów choroby konieczność samoizolacji. Podkreślił, że poziom świadomości na temat obecności wirusa we Włoszech nie był adekwatny do sytuacji. Prowadziło to do takich zdarzeń, iż

³³ T. Łysiak, *Włoski Wuhan. Italia w obliczu epidemii*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 10, s. 12.

zgłaszający się pacjenci z ciężką niewydolnością oddechową nie zdawali sobie sprawy z tego, że przyczyną ich dolegliwości był wirus SARS-CoV-2, w związku z czym nie zachowywali zasad izolacji domowej podczas choroby, co prowadziło do zarażania coraz większej ilości osób³⁴. W artykule pojawiły się zarazem te same motywy dotyczące społecznej reakcji na epidemię, które wcześniej opisywano w Chinach: panika i wykupywanie towarów w sklepach. Autor podkreślił także pojawiające się we Włoszech zarzuty, iż rząd premiera Giuseppe Contiego ukrywał przed społeczeństwem prawdę na temat faktycznej sytuacji w państwie związanej z epidemią: faktyczną liczbę przypadków i zgonów, a także niesprawność publicznego systemu ochrony zdrowia³⁵. Łysiak podkreśla, że dyskusja na temat działań włoskiego rządu skierowanych przeciw epidemii stała się głównym tematem w mediach, a także tematem gwałtownych polemik między naukowcami³⁶. Opinie na temat skuteczności działań przeciwepidemicznych były bardzo podzielone.

Analiza artykułu z „Gazety Polskiej” wskazała elementy symptomatyczne dla struktury narracji dotyczącej epidemii COVID-19 utrzymującej się w tym periodyku w następnych kilku miesiącach. Z jednej strony gazeta popularyzowała wśród czytelników zarządzenia przeciwepidemiczne, wprowadzane przymusowo przez rząd włoski, a później przez rządy innych państw europejskich, nie oceniając ich już (jak wcześniej) w sposób tak jednoznacznie krytyczny, jak działań „totalitarnej chińskiej władzy”. Natomiast z drugiej linia publicystyki „Gazety Polskiej” dotyczącej tej epidemii stale podkreślała, że nie ma jednego modelu rozwiązania problemu epidemii COVID-19. Stale obecny był w jej artykułach wątek sporów między specjalistami, jak należy zapobiegać rozprzestrzenianiu się tej choroby i jak próbować ją leczyć. Uwypuklenie „braku zgody” wśród przedstawicieli medycyny klinicznej w kwestii COVID-19 stanowiło w narracji tego czasopisma podłoże dla uzasadniania odmiennych metod reagowania na epidemię przez rządy różnych państw świata. Skoro specjaliści różnili się w swych opiniach, nie było przesłanek, aby rządy krajowe reagowały na epidemię tymi samymi metodami. Z punktu widzenia późniejszego rozwoju epidemii w Polsce był to pogląd bardzo niebezpieczny. Podkreślenie tzw. pluralizmu medycznego wiązało się bowiem z podważeniem zaufania czytelników „Gazety Polskiej” do jednoznacznego charakteru ustaleń obowiązujących we współczesnym standardzie klinicznym. W wielu późniejszych artykułach głoszono tezę, że jedni specjaliści wypowiadali się na temat COVID-19 w taki, natomiast inni w odmienny sposób. Nie tłumaczono jednak czytelnikom, że czym innym są spory toczone przez profesjonalistów w ramach metodologicznych zakreślanych przez współ-

³⁴ Ibidem, s. 14.

³⁵ Ibidem, s. 15.

³⁶ Ibidem, s. 14–16.

czesny standard kliniczny, a czym innym spory między opierającymi się na metodologii klinicznej uczonymi z różnego rodzaju outsiderami działającymi poza ośrodkami oficjalnej nauki lub opierającymi swoje twierdzenia na standardzie paranaukowym. Tego rodzaju narracja nie stworzyła dostatecznych przesłanek do wytworzenia u czytelników „Gazety Polskiej” zrozumienia, czym jest współczesny standard kliniczny oraz budzenia zaufania do działających zgodnie z nim lekarzy. Stworzyła zarazem przesłanki do otwarcia „debaty terapeutycznej” na temat COVID-19, w której każdy ma takie samo prawo wypowiedzi, niezależnie od tego, jakie ma ku temu kompetencje.

Nowe elementy w strategii narracyjnej na temat epidemii COVID-19 pojawiały się w tym okresie także w liberalnym czasopiśmie „Newsweek Polska”. Ich przykładem może być artykuł Macieja Nowickiego zatytułowany *Jak na wojnie*. Podobnie jak autor artykułu z „Gazety Polskiej”, Nowicki oswajał czytelników „Newsweeka” z możliwością zakażenia się nową, nieznaną i potencjalnie śmiertelną chorobą, którego źródłem mógł być praktycznie każdy spotkany człowiek, niekoniecznie Chińczyk albo osoba przybywająca z Chin. Jedynym sposobem skutecznej walki z patogenem mogła być zmiana dotychczasowego stylu życia społeczeństwa, szczególnie w takich państwach jak Włochy, w których kwitnie życie rodzinne, a do normalnego stylu życia należą też liczne i bliskie kontakty społeczne. Nowicki wprowadzał do świadomości czytelników „Newsweeka” pojęcie ograniczenia kontaktów społecznych. Mimo powstającego przez to zachowania indywidualnego dyskomfortu, przedstawiał je jako mające istotne znaczenie w ochronie zdrowia i życia starszych oraz słabszych członków rodzin. Spotkanie ze starszymi rodzicami mogło bowiem nieść dla nich dramatyczne konsekwencje: zakażenie nieuleczalną chorobą i śmierć³⁷. Autor zwrócił uwagę również na to, iż w przeciwieństwie do chińskiej społeczności, która w natychmiastowy sposób podporządkowała się nakazom izolacji, społeczność włoska opornie przystosowywała się do nowych warunków. Podobną refleksję zaprezentował także Tomasz Łysiak, który porównał podejście obywateli obu krajów do scen z serialu *Czarnobyl* – według niego Chińczycy, przez ukrywanie zagrożenia i zbyt późno podjęte działania, zachowali się jak sowieccy dygnitarze po wybuchu reaktora w Czarnobylu, a Włosi natomiast, ufając początkowym doniesieniom o wirusie niewiele groźniejszym niż wirus grypy, przypominali mieszkańców Prypeci, którzy zaciekawieni oglądali katastrofę, ignorując spadający popiół³⁸. W obu wypadkach konsekwencją takiej postawy była śmierć wielu osób. Konkluzją artykułu Nowickiego opublikowanego na łamach „Newsweeka” była teza, mimo niezgodności wprowadzanych przez włoskie władze przymusowych zarządzeń przeciwepidemicznych z włoskim, nastawionym na bliskie kontakty społeczne, stylem życia i mimo

³⁷ M. Nowicki, *Jak na wojnie*, „Newsweek” 2020, R. 21, nr 12, s. 54.

³⁸ T. Łysiak, *Italia na froncie*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 12, s. 28.

początkowych silnych oporów przed podporządkowaniem się przez społeczeństwo tym zarządzeniom, ostatecznie jednak zostały one powszechnie wdrożone w tym kraju. Stało się tak jednak nie ze strachu Włochów przed totalitarną władzą, która w tym kraju nie występuje, ale w wyniku zrozumienia przez obywateli powagi sytuacji. Konfrontując się z wielką liczbą przekazywanych im w mediach informacji o ofiarach epidemii (słynne „ciężarówki z Lombardii” wywożące zwłoki zmarłych stale pojawiały się w europejskich telewizjach, nie tylko we włoskiej), a także sami doświadczając zachorowań i zgonów wśród osób bliskich, europejskie liberalne społeczeństwo okazało się zdolne zaakceptować wprowadzane przez władze przymusowe zarządzenia przeciwepidemiczne, mimo że uznawało je za niezgodne z jego stylem życia i dolegliwe. Lombardia jako „Włoski Wuhan”³⁹ i Włochy jako „europejskie laboratorium koronawirusa” – określenia te stały się istotnym punktem organizującym w omawianym okresie nie tylko polską, lecz także europejską narrację prasową. Miało to sprzyjać racjonalnemu podejściu do wprowadzanych przez państwa rygorystycznych zarządzeń sanitarno-epidemicznych, które ludność powinna była przyjąć jako działania ochronne przed zagrożeniem (które okazało się bardzo poważne), a nie represyjne.

Czytelników zaczęto oswajać w artykułach prasowych także z takimi elementami, jak brak dostatecznej wiedzy lekarzy dotyczącej wirusa i brak wypracowanych metod postępowania w trakcie nowej epidemii. W obliczu zagrożenia epidemicznego władze musiały bowiem podejmować decyzje o kierunkach walki z COVID-19 wyłącznie na podstawie bieżących doświadczeń. Nie wszystkie z nich okazywały się słuszne, a także skuteczne. Trzeba więc było je zmieniać. Problem ten przybliżył czytelnikom artykuł opublikowany w czasopiśmie „Newsweek Polska”. Maciej Nowicki przedstawiał w nim także zgubne skutki lekceważenia epidemii na początku jej trwania, nie tylko przez społeczeństwo, lecz także przez polityków. Wypowiedzi lekarzy na temat konieczności wprowadzenia zastrzeżonego stopnia reżimu sanitarnego powszechnie były przyjmowane we Włoszech z niedowierzaniem, nie tylko przez tak zwaną szeroką publiczność, lecz także przez przedstawicieli władz. Nie reagowali oni w sposób właściwy dla zagrożenia, obawiając się oskarżeń o „podejście faszystowskie”. Nowicki przybliżył też polskim czytelnikom aktualne stanowisko lekarzy na temat możliwości opanowania epidemii. Autor wskazał, iż deklarowanym przez lekarzy celem walki z epidemią nie było jej zatrzymanie, a jedynie jej zahamowanie i spowolnienie. Opanowania epidemii COVID-19 włoscy lekarze nie uznawali bowiem, w świetle dostępnej im wiedzy klinicznej, za możliwe. Brak było bowiem ku temu odpowiednich środków. Z tą myślą należało oswoić polskich czytelników liberalnego tygodnika „Newsweek Polska”, którzy powinni przygotować się na wdrożenie w swoim codziennym życiu przewidzianych na wypadek groźnych epidemii

³⁹ Idem, *Włoski Wuhan. Italia w obliczu epidemii...*, s. 12.

zarządzeń ochronnych. Nowicki oswajał czytelników także z innymi problemami. W swoim tekście wskazał, że epidemia COVID-19 zaatakowała Lombardię, która posiadała dobrze zorganizowany i sprawny system ochrony zdrowia, a mimo tego uczyniła go nieskutecznym. Lekarze byli zmuszeni do dokonywania dramatycznych wyborów, nie mogąc zapewnić respiratorów wszystkim chorym. W związku z epidemią uległy także ograniczeniu możliwości leczenia innych chorób niż COVID-19. Pacjenci z innymi chorobami byli przyjmowani do placówek ochrony zdrowia w dalszej kolejności. Wielu z nich nie doczekało pomocy. Sytuacja ta mogła w przyszłości wystąpić także w Polsce, o ile społeczeństwo nie podporządkuje się zaleceniom przeciwepidemicznym.

Artykuł z „Newsweeka” wprowadzał także do polskiego dyskursu epidemicznego kwestię strategii postępowania walczących z epidemią lekarzy. Strategia ta odpowiadała stosowanej w czasach wojny (metoda triażu), gdy do leczenia wybiera się tylko tych pacjentów, którzy mają największe szanse by przeżyć, nie mogąc udzielić tej pomocy wszystkim. Dokonywanie wyboru i decydowanie przez lekarzy włoskich o tym, który pacjent będzie miał szansę zostać poddany leczeniu zostało przedstawione polskim czytelnikom jako wielki osobisty dramat lekarzy. Podejmowanie takich decyzji nie przychodziło im łatwo i wiązało się z wielkimi kosztami psychicznymi⁴⁰. Taki sposób przedstawiania lekarzy walczących z epidemią COVID-19 miał ich „uczłowieczyć”, ukazać czytelnikom ich starania jako rzetelne i oparte na wiedzy, nawet wówczas, gdy wiele z nich było nieefektywnych. Lekarz patrzący na śmierć swoich pacjentów, której daremnie próbował zapobiec, przeżywający tę śmierć jako swoją porażkę w walce z niedostatecznie rozpoznanym i groźnym przeciwnikiem, stał się z czasem figurą retoryczną nie tylko włoskiego, lecz także polskiego liberalnego dyskursu prasowego i telewizyjnego. Polskie tygodniki opinii nurtu liberalnego popularyzowały tę figurę aż do końca pierwszej fali epidemii, podobnie jak telewizja, w której pojawili się lekarze o dużych zdolnościach medialnych, którzy mieli towarzyszyć codziennie odbiorcom tłumacząc im zaistniałą sytuację, wyjaśniając celowość działań władz, a także łagodząc lęki. Starali się w sposób przystępny wyjaśnić publiczności sprawy związane z epidemią COVID-19 interpretując ją zgodnie ze współczesnym standardem klinicznym. Stali się w Polsce rozpoznawalni i cieszyli się w trakcie pierwszej fali epidemii uznaniem i sympatią⁴¹. Ich przekaz nie został jednak przez wielu Polaków właściwie zrozumiany. Mimo prostego języka, w którym starano

⁴⁰ M. Nowicki, *Jak na wojnie...*, s. 55.

⁴¹ Sytuacja ta zmieniła się jednak w drugim roku epidemii w Polsce. Wielu lekarzy popularyzujących metody walki z epidemią COVID-19 zgodne ze standardem klinicznym stało się obiektem hejtu w Internecie i adresatami pogróżek zagrażających ich bezpieczeństwu osobistemu. Niektórzy otrzymali nawet ochronę policyjną, a inni wsparcie prawne Okręgowych Izb Lekarskich. Agresja wobec tych lekarzy świadczy o sile środowisk kształtujących swoją świadomość zdrowotną w oparciu o standard tzw. medycyny alternatywnej.

się przybliżyć widzom skomplikowane kwestie, okazały się one trudne do pojęcia, a tym samym dla wielu słuchaczy nie stały się dostatecznymi argumentami podbudowującymi ich osobisty sposób zarządzania epidemią.

Na omawianym etapie kształtowania się polskiego dyskursu prasowego na temat epidemii COVID-19 jako bardzo istotne zagadnienie pojawiła się kwestia przypisywania początku epidemii Chinom. Europejscy specjaliści coraz częściej zaczęli uznawać tę tezę za niezgodną z faktami. Przeciwno chińskiej genezie wirusa przemawiała jego bardzo szybka transmisja w Europie, i to na obszarach i w środowiskach, gdzie kontakty z przybyszami z Chin nie zdarzały się wcale. Informacje na ten temat przynosiły też analizowane polskie tygodniki opinii. Jedną z koncepcji tłumaczących fakt szybkiego rozprzestrzenienia się epidemii COVID-19 we Włoszech przedstawił artykuł w czasopiśmie „Newsweek Polska”. Jego autor przytoczył opinię włoskiego lekarza Roberta Burioniego, który stwierdził, że transmisja wirusa we Włoszech musiała mieć miejsce jeszcze przed oficjalnie zdiagnozowanymi przypadkami wystąpienia tej choroby (w tym u wspomnianego wcześniej „pacjenta nr 1” – Mattiego), tj. w końcu stycznia 2020 r. Mając tylko to jedno ognisko zakażenia, nie można byłoby z niego wyprowadzić tak dużej we Włoszech już w lutym 2020 r. liczby zachorowań. Alternatywą dla wielu ognisk zakażeń było wprowadzenie hipotezy tzw. „superroznościcieli”, tj. chorych, którzy mieli mieć możliwość zarażania do 30 osób w swoim otoczeniu, przy średniej charakterystycznej dla koronawirusów, wywodzącej się z wskaźnika R_0 , ograniczającej taką zdolność do dwóch osób⁴². W przypadku zaprzeczenia hipotezie „superroznościcieli” należało przyznać, że z transmisją poziomą koronawirusa mieliśmy do czynienia we Włoszech, a także w niektórych innych państwach Europy, przynajmniej kilka miesięcy wcześniej, niż to podają oficjalne dane.

Jeszcze inną koncepcją tłumaczącą fakt bardzo wysokiej liczby zgonów spowodowanych przez COVID-19 we Włoszech był fakt, iż społeczeństwo włoskie jest jednym z najstarszych na świecie, po japońskim, a wedle statystyk ofiarami patogenu były najczęściej osoby w wieku podeszłym, z dodatkowymi chorobami przewlekłymi. Tę hipotezę podano zarówno w „Polityce”, w której autorzy określili profil statystycznego zmarłego na COVID-19: „Głównie mężczyźni, przeważnie osłabieni innymi chorobami”⁴³, jak i w „Gazecie Polskiej”, gdzie Tomasz Łysiak porównał średni wiek chorych na COVID-19: w Chinach – 46 lat, we Włoszech – 63 lata. Dziennikarze „Polityki” zwrócili także uwagę na opinie wyrażane przez specjalistów (w tym cytowanego wyżej Roberto Bernabei), iż istniała różnica w raportowaniu przypadków śmiertelnych pomiędzy Włochami a innymi krajami, np. Niemcami, która przekładała się na dysproporcję między liczbą zakażeń a zgonami. W jego opinii Niemcy wprowadzili różnicowanie dotyczące obecności

⁴² M. Nowicki, *Italowirus*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 11, s. 20.

⁴³ M. Górski, Ł. Wójcik, *Zarażona Italia*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 11, s. 96.

chorób przewlekłych występujących przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, Włosi natomiast raportowali wszystkich, gdyż tylko 1 procent zmarłych na COVID-19 nie wykazywał obciążenia chorobami lub podeszłym wiekiem⁴⁴.

Wprowadzenie polskiego czytelnika w obszar bezpośredniego zagrożenia wystąpieniem epidemii koronawirusa odbyło się na omawianym tu etapie kształtowania się polskiego dyskursu prasowego z zachowaniem występujących już w styczniu i lutym elementów. Na łamach czasopisma „Polityka” M. Górski i Ł. Wójcik podnieśli kwestię wpływu pandemii koronawirusa na gospodarkę europejską. Spowolnienie gospodarcze nie było już jednak przez nich rozpatrywane jako skutek zahamowania eksportu z Chin do Europy, ale jako efekt innych czynników. Wprowadzenie przez rząd włoski rygorystycznych zarządzeń przeciwepidemicznych oraz dekretu dotyczącego stanu kwarantanny wywarło negatywny wpływ na giełdę w Mediolanie, która w wyniku tych decyzji straciła 11 procent⁴⁵. Nie zdawano sobie jednak jeszcze wówczas sprawy, że spadek ten okaże się jeszcze większy, a spowodowany epidemią kryzys gospodarczy potrwa nie kilka tygodni, ale ponad dwa lata, a może dłużej, i obejmie nie tylko Włochy i kraje alpejskie, ale cały kontynent.

Oceniając ten etap kształtowania się polskiej narracji prasowej na temat epidemii zauważyliśmy jej zbliżanie się do realiów, a zarazem postępującą medykalizację dyskursu o chorobie. Epidemia rozpatrywana była jako zagrożenie biologiczne, wywoływane przez niedostatecznie rozpoznany patogen, wobec którego medycyna nie wypracowała jeszcze skutecznych środków leczenia. Konieczne było więc wprowadzenie przez władze państwowe zarządzeń przeciwepidemicznych opartych na zasadach przymusu, a następnie konsekwentne ich egzekwowanie. Zarządzenia wprowadzane przez włoskie władze nie były już przedstawiane (jak te wcześniej wprowadzane w Chinach) jako łamiące prawa obywatelskie, a jedynie głęboko zakorzenione zwyczaje, od których należy na jakiś czas odstąpić, aby zachować zdrowie i życie, swoje i swych najbliższych.

Autorzy artykułów z polskich tygodników opinii zamierzali za pomocą zastosowanych przez siebie strategii narracyjnych przekazać polskim czytelnikom wiedzę o potencjalnym zagrożeniu epidemią, która mogła „już za chwilę” dotrzeć do Polski, a także o tym, że trzeba było i należało spróbować się przed nią jakoś ochronić, nawet wobec możliwej nieskuteczności tych działań. Brak takich działań i niepodporządkowanie się przez społeczeństwo zarządzeniom państwowym opartym na zasadzie przymusu przedstawiane były w tygodnikach jako wiodące do niekontrolowanego rozprzestrzeniania się epidemii, którego efektem była śmierć. Opisywanie jej grozy, w bliskiej odległości od polskich granic, miało przygotować czytelników na wystąpienie epidemii także w Polsce i oswoić ich

⁴⁴ T. Łysiak, *Włoski front*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 13, s. 64.

⁴⁵ M. Górski, Ł. Wójcik, *op. cit.*, s. 97.

z myślą o osobistym charakterze związanego z nią zagrożenia i odpowiedzialnością za zdrowie i życie, swoje i innych. Na razie jednak obrazy epidemii dotyczyły jedynie zagranicy. Związane z nią niebezpieczeństwo było przedstawiane jako jedynie potencjalne.

Rozwój zagrożenia epidemicznego w innych krajach europejskich podstawą dalszych zmian w standardzie informacji o SARS-CoV-2 w polskich tygodnikach opinii

W lutym 2020 r. epidemia COVID-19 zaczęła rozwijać się gwałtownie i szybko także w innych krajach zachodnioeuropejskich. Występowała w nich przede wszystkim na obszarach o zabudowie miejskiej i o wysokiej gęstości zaludnienia na kilometr kwadratowy. Szerzyła się z lokalnych ognisk, które nie miały wcześniej kontaktu z Chińczykami albo podróżnikami powracającymi z Chin, za to dały się uchwycić statystycznie ogniska tej choroby w alpejskich kurortach Austrii, Bawarii i Szwajcarii, skąd została przeniesiona do innych krajów. Epidemia wystąpiła też w luksusowych uzdrowiskach czeskich, położonych blisko niemieckiej granicy, do których przybywało wielu kuracjuszy z Niemiec. W samych Niemczech wystąpiło bardzo duże zróżnicowanie zapadalności na tę chorobę w poszczególnych landach. Najgorsza sytuacja epidemiczna była w zachodniej części kraju, od Morza Północnego aż po góry, znacznie mniej zachorowań wystąpiło za to w landach graniczących z Polską: Meklemburgii, Brandenburgii i Saksonii. Z powodu braku granic wewnątrzniemieckich, a także swobody w przekraczaniu granicy polsko-niemieckiej, w tym przez setki tysięcy polskich pracowników zatrudnionych w firmach położonych po drugiej stronie granicy, lekarze mieli już wówczas pewność, że epidemia w najbliższym czasie dotrze do Polski.

Ze względu na bardzo znaczne różnice w gęstości zaludnienia, związane zarówno z poziomem industrializacji i urbanizacji, jak i czynnikami o charakterze środowiskowym, poszczególne kraje europejskie zdecydowały się dostosować sposób zarządzania epidemią do lokalnych uwarunkowań. Z powodu bardzo wysokich kosztów wprowadzenia powszechnej kwarantanny, izolacji i okresowego zawieszenia działalności szkół i zakładów przemysłowych, nie zdecydowano się na wprowadzenie w całej Europie jednolitego scenariusza. Na inne rozwiązania mogły sobie pozwolić władze nisko zaludnionych Szwecji i Norwegii, a na inne musiały się zdecydować kraje gęsto zaludnione i wysoko zurbanizowane, w których od 50% do 90% ludności żyło w blisko względem siebie położonych miastach, które łączyła masowa publiczna komunikacja kolejowa. Sytuacja ta dotyczyła przede wszystkim Niemiec i Francji, które zdecydowały się na najdalej idące ograniczenia w ochronie zdrowia i życia populacji.

Wprowadzane we wszystkich krajach Europy rozwiązania przeciwepidemiczne były oparte na tym samym standardzie klinicznym. Były jednak zróżnicowane lokalnie pod względem swojej restrykcyjności. Było możliwe zachowywanie zróżnicowania poziomu obostrzeń przeciwepidemicznych (których koszty władze poszczególnych krajów zdolne były pokrywać w zróżnicowanym stopniu), a także aby zatrzymać transmisję wirusa z krajów o wysokim poziomie zachorowań do tych w znacznie mniejszym stopniu objętych epidemią (i tych, jak Polska, do których epidemia na razie nie dotarła) zdecydowano się na wprowadzenie kontroli granic międzypaństwowych i okresowe zawieszenie możliwości pracy transgranicznej. Zawieszono także funkcjonowanie pociągów dalekobieżnych i ograniczono komunikację lotniczą. Władze państw europejskich zorganizowały też i sfinansowały powrót do kraju swoich obywateli przebywających na innych kontynentach. Bilety były odpłatne, ale sprzedawano je w dostępnej dla wszystkich cenie zryczałtowanej.

Omawiane wyżej zdarzenia znalazły odbicie na łamach polskich tygodników opinii. Żadne z czasopism nie zdecydowało się na zatrudnienie specjalisty, który publikowałby w każdym tygodniu napisany w przystępny sposób artykuł przekazujący czytelnikom podstawy wiedzy dotyczącej epidemii. Na łamach tygodników opinii nie pojawiły się artykuły „instruktażowe”, w prosty i zrozumiały sposób informujące czytelników niedysponujących profesjonalnym przygotowaniem medycznym o istocie wprowadzanych przez władze państw europejskich działań przeciwepidemicznych. Czytelnikom nie tłumaczono przyczyn różnic w strategiach przeciwepidemicznych przyjmowanych przez władze poszczególnych państw, ale koncentrowano się na podkreślaniu ich istnienia. Różne modele reagowania władz państwowych na epidemię oceniano więc w związku z tym nie w odniesieniu do standardów medycznych, ale do tego, w jakim stopniu są „opresyjne” wobec obywateli. Nieobeznany z problematyką epidemiczną czytelnik mógł w związku z tym wyrobić sobie przekonanie, że model reakcji na epidemię przyjęty w Szwecji lub Wielkiej Brytanii, który cechował bardzo niski stopień opresyjności i niewiele wprowadzonych ograniczeń, jest „lepszy” od tych, które wprowadzono w Niemczech, Francji, Włoszech, Hiszpanii czy Portugalii, ponieważ jest mniej ograniczający i mniej dotkliwy dla mieszkańców. Czasopisma nie przedstawiły żadnych artykułów wyjaśniających dlaczego tak się dzieje, odwołujących się m.in. do gęstości zaludnienia, poziomu industrializacji, modelu funkcjonowania systemu medycyny publicznej, wysokości nakładów PKB na cele zdrowotne itp. W rezultacie czytelnicy polskich tygodników opinii mogli wyrobić sobie przekonanie nie tylko o tym, że w postrzeganiu COVID-19 występują bardzo istotne różnice między lekarzami działającymi w oparciu o standard kliniczny, między nimi a osobami funkcjonującymi na marginesie tego standardu oraz w standardzie „medycyny alternatywnej” (pluralizm medyczny), lecz także między politykami zarządzającymi przebiegiem epidemii w swoich krajach.

Prowadziło to do przekonania, że wszystkie twierdzenia na temat COVID-19 są niepewne, możliwe do podważenia, a wprowadzane zarządzenia sanitarno-epidemiczne mają ograniczony stopień racjonalności. W analizowanych czasopismach nie publikowano tekstów napisanych przez autorów profesjonalnie przygotowanych do prezentowania problematyki medycznej zgodnie ze współczesnym standardem klinicznym. Problematykę tę przedstawiali współpracujący z danym tytułem dziennikarze i publicyści, a także politycy. Ich sposób opisu epidemii był ściśle zakorzeniony w ich poglądach politycznych i społecznych, a zarazem wielu z nich nie było w stanie zrozumieć zasad metodologii klinicznej, nie mogli więc jej zaakceptować i przekonać do zaakceptowania jej przez swoich czytelników. W efekcie epidemia COVID-19 została przedstawiona czytelnikom tygodników w sposób nieprofesjonalny, za to nacechowany własnymi poglądami i uprzedzeniami ich autorów.

Redakcje polskich tygodników opinii przedstawiały kwestie epidemii w Europie zawsze przede wszystkim w kontekście socjalnym i politycznym. Koncentrowały się przede wszystkim na gospodarce oraz stratach związanych z wprowadzaniem obostrzeń przeciwepidemicznych, a także na reakcjach obywateli. Przykładem tego typu publicystyki może być artykuł Mariana Kołodziejczyka z czasopisma „Polityka”. Autor nie uzasadniał (przy pomocy argumentacji medycznej) różnic w rozwiązaniach przeciwepidemicznych wprowadzonych po obu stronach granicy polsko-niemieckiej, bardziej liberalnych w Niemczech, a bardziej restrykcyjnych w Polsce. Nie wyjaśnił będącej ich podstawą motywacji strony niemieckiej⁴⁶, oraz podstaw działań strony polskiej⁴⁷. Koncentrował się za to na trudnościach w funkcjonowaniu miast położonych po obu stronach granicy: Frankfurtu nad Odrą i Słubic oraz Zgorzelca i Görlitz. Zamknięcie granic państwowych było przedstawiane w artykule jako opresja i realne utrudnienie życia polskich pracowników transgranicznych i polskich właścicieli przedsiębiorstw żyjących z obsługiwanie klientów niemieckich, a nie jako potencjalnie efektywne działanie polskich władz państwowych na rzecz ochrony zdrowia i życia populacji⁴⁸.

Do zróżnicowanych reakcji władz poszczególnych państw Unii Europejskiej na rozwój zagrożenia epidemicznego w swoich krajach odniosła się także „Gazeta Polska”. Piszący na jej łamach publicyści koncentrowali swoją uwagę na takich czynnikach, jak przyszłe istnienie Unii Europejskiej, brak solidarności między

⁴⁶ Bez codziennej pracy kilkuset tysięcy polskich pracowników wiele niemieckich przedsiębiorstw położonych nawet do 100 km od granicy musiałyby zawiesić produkcję. Lobby przemysłowe wymusiło więc na władzach landów graniczących z Polską przyjęcie korzystnych dla niemieckich przedsiębiorców rozwiązań.

⁴⁷ Poziom zachorowań na COVID-19 w Niemczech był bardzo wysoki, wielokrotnie przekraczał wskaźniki występujące w Polsce. Podstawowa przesłanka dla okresowego wstrzymania ruchu granicznego była więc uzasadniona z punktu widzenia medycznego.

⁴⁸ M. Kołodziejczyk, *Dwumiastró żarazą podzielone*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 16, s. 26–27.

poszczególnymi krajami, brak współpracy międzynarodowej, kryzys europejskiego rolnictwa. Według Jana Krzysztofa Ardanowskiego rozwój pandemii COVID-19 obnażył niewydolność Unii Europejskiej, czego dowodem były spóźnione i nieadekwatne wobec panującej sytuacji decyzje. Według tego autora Unia miała wykazać, jak powolne i zbiurokratyzowane są jej decyzje, co w odniesieniu do dynamicznego rozwoju nowego zagrożenia nie było właściwe⁴⁹.

W artykule tym ujawnione zostały argumenty oraz schematy interpretacyjne, występujące na łamach „Gazety Polskiej” także w kolejnych artykułach poświęconych epidemii, ukazujących się w następnych miesiącach, w tym także takie, które już wcześniej występowały przy opisie epidemii rozwijającej się w Chinach. Reakcje władz państw europejskich są przedstawiane jako spóźnione, nieadekwatne wobec sytuacji, zbiurokratyzowane i nieskuteczne. Niepowodzenie działań przeciwepidemicznych (choroba bowiem w Europie burzliwie się rozwijała) było ukazywane czytelnikom jako skutek nieodpowiednich działań władz poszczególnych państw, a także niesprawności całej Unii Europejskiej (której mógł grozić w związku z tym rozpad), a nie jako efekt oddziaływania czynnika biologicznego (groźnego i niedostatecznie poznanego przez medycynę kliniczną wirusa), którego opanowanie było z obiektywnych względów bardzo trudne. Artykuły kierowały uwagę czytelników na realia o charakterze politycznym i ekonomicznym, a zastosowane przez ich autorów argumenty mogły wywołać u odbiorców reakcje lękowe. Skoro działania władz państw europejskich i całej Unii Europejskiej były oceniane jako nieadekwatne, niekompetentne, niesolidarne, zbiurokratyzowane i spóźnione, trudno było oczekiwać, że czytelnicy „Gazety Polskiej” będą traktowali podobne działania, wprowadzane w Polsce, jako skuteczną ochronę dla nich samych, a w związku z tym im zaufają. Kierując się uzasadnioną troską o swoje zdrowie i życie, mogli więc zacząć poszukiwać innych rozwiązań problemów związanych z epidemią niż te, które były przedstawiane w oficjalnym państwowym przekazie medialnym, zgodnym ze współczesnym standardem klinicznym, z czynnym udziałem lekarzy występujących w roli autorytetów. Ta perspektywa mogła im nie wystarczać dla uzyskania poczucia bezpieczeństwa.

Sytuację w Unii Europejskiej objętej epidemią opisywali również autorzy „Polityki”, podejmując te same co „Gazeta Polska” wątki, jednak opatrując je innym komentarzem. Łukasz Wójcik zwrócił uwagę na utratę zaufania między krajami UE w trakcie epidemii, co może w przyszłości skutkować jej kryzysem. Autor powołał się tu na redaktora naczelnego tygodnika „Die Zeit”, Josefa Joffe, w którego opinii kraje Unii potrafiły ze sobą współpracować w sytuacji dobrobytu i wspierać wzajemnie handel i gospodarkę, jednak w sytuacji kryzysu współpraca ta uległa zachwianiu. Okazało się, że władze poszczególnych państw skupiają się nie na

⁴⁹ J. Liziniewicz, *Unia Europejska jest niewydolna. Rozmowa z Janem Krzysztofem Ardanowskim*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 13, s. 17.

podtrzymaniu współpracy międzynarodowej, ale na ochronie własnych narodowych zasobów, zarówno kapitału, jak i ludzi⁵⁰. Dziennikarz porównał obecny kryzys epidemiczny do kryzysu migracyjnego, związanego ze wzmożonym napływem uchodźców i imigrantów ekonomicznych i stwierdził, że były to silne straty wizerunkowe dla UE i stanowią dla niej niebezpieczeństwo, czego przykładem były oddolne inicjatywy pojedynczych krajów na rzecz przeciwdziałania negatywnym skutkom pandemii⁵¹. Przedstawiana przez „Politykę” ocena zróżnicowanych strategii walki z epidemią COVID-19 w poszczególnych państwach opierała się na tych samych obserwacjach, które stały się podstawą artykułu „Gazety Polskiej”: poszczególne państwa rzeczywiście broniły w pierwszym rządzie własne interesy. Ochrona zdrowia i życia własnych obywateli, własnych przedsiębiorstw, banków i rynku przeważała nad „solidarnością europejską”. Łukasz Wójcik oceniał ten stan rzeczy tak samo negatywnie, jak Jan Krzysztof Ardanowski na łamach „Gazety Polskiej”. Nie wieszczył jednak rozpadu UE, ani nie budził u czytelników lęku spowodowanego podważaniem zaufania do działań państwa. Każde z państw UE rozwiązywało wprawdzie problem epidemii po swojemu, ale w oparciu o ten sam, wspólny standard kliniczny. Eksperti medyczni z różnych krajów mogli się jednak ze sobą porozumieć. Różnice występowały wśród ekonomistów, bankowców i liderów struktur zarządzających biznesem w poszczególnych państwach. Działania ratunkowe o charakterze ekonomicznym podejmowane były w każdym z nich w oparciu o posiadane środki i zasoby i ratowały przede wszystkim własny rynek. Mogło to być wprawdzie postrzegane jako „problem wizerunkowy” UE, co jednak nie oznaczało wstępu do jej rozkładu w wyniku epidemii. Nie stanowiło także wprowadzenia do utraty zaufania do standardu medycyny klinicznej jako takiej.

Trzeci z analizowanych tygodników opinii, „Do Rzeczy”, ocenił zróżnicowanie w strategiach przeciwepidemicznych realizowanych w różnych krajach UE jako poważny kryzys, określając go jako „trzeci z rządu egzamin obłany przez Unię Europejską w sytuacjach kryzysowych”⁵². Autor zastanawiał się nad brakiem jasno sformułowanych europejskich procedur i wytycznych, które byłyby stosowane w równym stopniu przez wszystkie kraje. Zwracał uwagę na nieudolność premiera Hiszpanii Sancheza, którego błędne decyzje mogły doprowadzić do dynamicznego wzrostu zachorowań. W przypadku takich krajów jak Francja i Niemcy, których władze (wprowadzając dość silne restrykcje) liczyły na odpowiedzialność obywateli, jak i w przypadku strategii (wprowadzającej bardzo umiarkowane restrykcje) realizowanej przez władze Wielkiej Brytanii, skutek był taki sam: znaczny wzrost zachorowań. Wg autora to władze Wielkiej Brytanii „doprowadziły”

⁵⁰ Ł. Wójcik, *Granice zaufania*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 11, s. 44–45.

⁵¹ Ibidem, s. 46.

⁵² O. Bault, *Unia obłata test z koronawirusa*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr specjalny, s. 74–76.

do zakażenia 60% obywateli w celu nabycia przez nich odporności populacyjnej i zmniejszenia tym samym rozprzestrzeniania się wirusa. Podsumowując sytuację gospodarczą w Europie oraz wahania koniunktury spowodowane osłabieniem europejskiego centrum gospodarczo-przemysłowego, jakim były Włochy, autor stwierdził, że kryzys epidemiczny może skutkować wzrostem ogólnego eurosceptycyzmu, nawet w tych państwach, które do tej pory traktowane były jako kraje pronijne⁵³. Warto zauważyć podobną, jak wcześniej w „Gazecie Polskiej”, figurę retoryczną: za szerzenie się epidemii COVID-19 odpowiedzialnością obarczane były władze poszczególnych państw, działające niesprawnie, niekompetentnie, nieudolnie i egoistycznie, a także Unia jako całość, która okazała swoją niewydolność w trakcie kryzysu, a nie groźny czynnik biologiczny (wirus), a opanowanie związanego z nim zagrożenia przed opracowaniem i wprowadzeniem szczepień ochronnych było niemożliwe. Tego rodzaju perspektywa nie pojawiła się jednak w publicystyce covidowej czasopisma „Do Rzeczy”.

Funkcjonowanie Unii Europejskiej w trakcie kryzysu epidemicznego i przyszłość UE po zakończeniu pandemii analizował także „Newsweek Polska”. Politolog Piotr Buras, odnosząc się do obserwowanych faktów, tj. zróżnicowania strategii przeciwepidemicznych w poszczególnych krajach Europy i ich skutków dla wspólnego rynku, uznał brak wcześniej zaplanowanej wspólnej strategii kryzysowej na wypadek pandemii jako istotny mankament jej funkcjonowania, nieprzekreślający jednak sensu istnienia UE jako takiej. W opinii Burasa, zasady funkcjonowania wspólnoty oparte były na wzajemnej współpracy krajów członkowskich i instytucji unijnych⁵⁴. Gdy po nagłym wybuchu epidemii w wielu krajach Europy zabrakło odgórnej koordynacji działań przeciwepidemicznych, doprowadziło to do chaosu na granicach, m.in. do zatrzymywania tranzytu do krajów bałtyckich, m.in. przez Polskę. Autor zwrócił jednak uwagę, że oficjalne traktaty nie są w stanie uregulować i określić każdego elementu życia w Europie. Należy więc opracować odpowiednie procedury na przyszłość, umożliwiające walkę z tak poważnym kryzysem, jakim stała się pandemia. Część takich procedur już istniała, np. dotyczących korekt budżetu w celu usprawnienia działania krajów członkowskich podczas pandemii. Dowodziło to, że opinie dotyczące porażki w działaniach UE wobec epidemii są przedwczesne. Wskazanie niedociągnięć w funkcjonowaniu UE na poszczególnych polach miało, zdaniem autora, znacznie konstruktywne. Powinno zmobilizować jej władze do „wykazania się” w obliczu kryzysu⁵⁵. Czasopismo przytoczyło wypowiedź prezesa polskiej partii rządzącej PiS, Jarosława Kaczyńskiego, który uznał państwo narodowe za głównego organizatora ochrony przeciwepidemicznej swoich obywateli. Piotr Buras

⁵³ Ibidem, s. 76.

⁵⁴ J. Pawlicki, *Jeszcze Unia nie zginęła*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 19, s. 43.

⁵⁵ Ibidem, s. 45.

stwierdził jednak, że konieczne jest także w tym celu wypracowanie wspólnej europejskiej strategii, którą trzeba będzie dopiero stworzyć.

W analizowanych polskich tygodnikach opinii ukazały się także artykuły oceniające szwedzką strategię wobec COVID-19, która była ewenementem w skali UE. Została zaproponowana przez głównego epidemiologa kraju, Andersa Tegnella. Państwo szwedzkie nie wprowadziło zgodnie z tą strategią żadnych przymusowych ograniczeń w formie oficjalnych aktów prawnych, a jedynie pewne konkretne zalecenia, do przestrzegania których zachęcano obywateli. Wprowadzono jedynie ograniczenia w organizowaniu wydarzeń publicznych związane z limitem osób mogących wziąć w nich udział (maksymalnie 50 osób) i zakaz odwiedzin w domach opieki. Dalsze ograniczenia były wprowadzane w miarę rozwoju sytuacji epidemicznej, jednakże w przeciwieństwie do krajów Europy stosujących lockdown, nie były one tak dotkliwe. Szwedzki model walki z COVID-19 opierał się na tym samym standardzie klinicznym, który był podstawą strategii przeciwepidemicznych opracowanych i wdrożonych w innych krajach europejskich. Inaczej jednak szacował ryzyko i jego skutki. Władze szwedzkie uznały, że najważniejszym celem, który pragną osiągnąć, jest zachowanie płynności gospodarki. W związku z tym nie wprowadzono żadnych ograniczeń w funkcjonowaniu przemysłu, hoteli, szkół, czy zbiorowego żywienia. Propagandowe uzasadnienie tej strategii przez szwedzkie władze odwoływało się do zdrowego rozsądku obywateli, którzy powinni samodzielnie zastosować się do przekazanych im instrukcji, jak i do wzajemnego zaufania między obywatelami a władzą, że zalecenia zawarte w instrukcjach zostaną przez obywateli zastosowane. Media zachęcały obywateli do wzajemnej pomocy i przedstawiały obrazy „normalnego życia” szwedzkich miast, przeciwstawiane widokowi pustych ulic ośrodków miejskich w Europie⁵⁶.

Szwedzki typ strategii epidemicznej, nazywany także „eksperymentem”, przyjęto w Europie z zainteresowaniem, z drugiej strony wyrażano obawę o skutki takiego podejścia. Spojrzenie to dominowało szczególnie w krajach sąsiadujących ze Szwecją – Danią i Norwegii, które zamknęły swoje granice z tym krajem. Strategii przyjętej przez Szwecję zarzucano także podłoże eugeniczne. Brak przymusowych obostrzeń sprzyjał zakażeniom wśród jednostek najsłabszych, zarówno pod względem biologicznym (osoby starsze, z chorobami współistniejącymi), jak i społecznym (osoby ubogie, imigranci). Dowodem na stosowanie takiego podejścia miał być też średni wiek osób umierających w Szwecji w wyniku COVID-19: 80 lat, a także ich sytuacja ekonomiczna. Dużą część ofiar stanowili pensjonariusze domów opieki i uchodźcy. Główny zarzut wobec szwedzkiej strategii przeciwepidemicznej dotyczył jednak metody osiągania odporności przeciw epidemii, tzw. odporności stadnej. Główny epidemiolog Szwecji zamierzał ją uzyskać dzięki przechorowaniu „naturalnej postaci choroby” przez jak największą liczbę obywa-

⁵⁶ T. Walat, *Tylko spokojnie*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 15, s. 54–55.

teli, którzy wytworzą w ten sposób przeciwciała. Godził się w sposób pośredni, że dokona się to poprzez eliminację słabszych i mniej odpornych jednostek, które choroby nie przeżyją⁵⁷. Strategia zaproponowana przez głównego epidemiologa Szwecji znajdowała się na granicy standardu medycyny klinicznej, a wielu lekarzy uważało, że znajduje się już poza nim. Przypominała bowiem działania rodziców odmawiających szczepień ochronnych dzieci na ospę wietrzną, odrę, różyczkę lub świnkę, którzy organizują specjalne spotkania, aby doprowadzić do rozprzestrzenienia się wśród nich „naturalnego zakażenia”. W przypadku tych chorób była to strategia dla dzieci bardzo ryzykowna, a tym bardziej ryzykowna była w zastosowaniu wobec nowego, słabo jeszcze poznanego patogenu wywołującego epidemię COVID-19. Jak miało się później okazać, zastrzeżenia te były słuszne. Dziś wiemy, że odporność uzyskana w wyniku „naturalnego zakażenia” wirusem SARS-CoV-2⁵⁸ jest krótka, a ponadto osoby, które przechorowały „naturalne zakażenie”, mogą wykazywać długotrwałe skutki uboczne, a wielu w wyniku zachorowania umiera. O potencjalnym wystąpieniu tych skutków Szwedzi nie zostali przez władze w dostateczny sposób poinformowani. Narażono ich na niebezpieczeństwo, którego nie byli świadomi. Upowszechniano natomiast informacje, że umierają na COVID-19 głównie osoby starsze i z chorobami współistniejącymi, podczas gdy młode są bezpieczne. Gdy dochodzi u nich do zakażenia, choroba ma łagodny przebieg. Wystarczy zamknąć się w domu na dwa tygodnie i spokojnie czekać na wyzdrowienie. Dla wielu młodych Szwedów były to poglądy przekonujące, tym bardziej, że nie dysponowali wiedzą naukową umożliwiającą ich krytyczną ocenę. Wierzyli w to, w co chcieli uwierzyć, zachowując wysoko sobie przez nich cenioną wolność osobistą i możliwość nieskrępowanego korzystania z uroków życia towarzyskiego. Oparcie szwedzkiej strategii przeciwepidemicznej na niesprawdzonej naukowej hipotezie, dotyczącej możliwości uzyskania „drogą naturalną” odporności stadnej⁵⁹, miało bardzo poważne skutki. Pierwszym z nich

⁵⁷ Ibidem, s. 55.

⁵⁸ Wykazały to badania przeprowadzone przez prof. Jeffreya Townsenda z Uniwersytetu w Yale (USA). Silna odpowiedź immunologiczna i związana z nią ochrona po naturalnym przechorowaniu COVID-19 ustaje po ok. 3 miesiącach. Aby uzyskać trwałą odporność konieczne jest poddanie się szczepieniom ochronnym. U osób niezaszczepionych, zgodnie z wynikami badań prof. Townsenda, możliwe jest ponowne zakażenie się wirusem SARS-CoV-2 niedługo po zakończeniu pierwszej infekcji. Badania prof. Townsenda relacjonuje polskiemu czytelnikowi tygodnik „Angora” 2021, R. 32, nr 42, s. 6.

⁵⁹ Główny epidemiolog Szwecji rekomendował tę strategię jako skuteczną, ignorując ostrzeżenia europejskich klinicystów ostrzegających, że w świetle aktualnej wiedzy naukowej jest to strategia nie oparta na dowodach naukowych (Evidence Based Medicine). Zgodnie z tym standardem lekarz nie może wprowadzać do terapii ani zalecać jako metody profilaktycznej żadnej metody leczenia ani procedury, która nie została pozytywnie zweryfikowana w badaniach opartych na precyzyjnych podstawach metodologicznych. Anders Tegnell zignorował jednak te ostrzeżenia, co wywołało przewidywane przez klinicystów skutki.

była bardzo wysoka, najwyższa w Europie w proporcji do liczby mieszkańców, liczba ofiar śmiertelnych. Dodać do tego należy nie dającą się oszacować liczbę osób, u których rozwinęły się powikłania po przebyciu choroby, niektóre o charakterze poważnym.

Skutki wprowadzenia w 2020 r. szwedzkiej „eksperymentalnej” strategii przeciwepidemicznej odbiły się także w europejskiej przestrzeni społecznej. Spopularyzowanie tej strategii w Internecie, jak również w oficjalnych mediach, które przytaczały obrazy pustych ulic europejskich miast zestawiając je z pełnymi młodych Szwedów ulicami i innymi miejscami publicznymi w tym kraju, przyczyniło się u wielu (szczególnie młodszych) odbiorców do sproblematyzowania sensu wprowadzania przez państwa UE przymusowych obostrzeń. Skoro Szwecja ich nie wprowadziła, a nie widać na zdjęciach, aby Szwedom miało coś poważnego zagrażać, to być może epidemia nie jest tak groźna, jak się ją przedstawia, a może jej nie ma w ogóle? Warto tu dodać, że ani Internet, ani telewizje nie rozpowszechniały obrazów ze szwedzkich szpitali komunalnych oraz domów opieki, w których przypadków śmierci było więcej niż w Lombardii. Szwecja nie stała się więc ikoną „ciężarówek ze Sztokholmu”, masowo wywożących zwłoki zmarłych na COVID-19. Wywożono je po cichu, a zakaz wstępu do domów opieki i szpitali uniemożliwił przedostanie się wiedzy o panującej w nich sytuacji do wiadomości publicznej. Miało to nastąpić znacznie później. W połowie 2020 r. w medialnym obrazie epidemii COVID-19 współistniały dwa biegunowo sprzeczne ze sobą obrazy. Jeden z nich, włoski, charakteryzowały puste ulice, obrazy śmierci z Lombardii i samotna modlitwa papieża Franciszka na placu św. Piotra w Watykanie. Drugi – szwedzki, ukazywał ulice pełne radosnych młodych ludzi, korzystających w miejscach publicznych z długich wiosennych dni. Nietrudno zgadnąć, który stał się bardziej przekonujący dla młodych odbiorców.

Szwedzka strategia zarządzania epidemią była odczytywana przez jej zwolenników jako wypływająca z rudymenarnych zasad ideologii liberalnej⁶⁰: 1) każdy człowiek odpowiada za siebie; 2) każdy stosuje się do takich zaleceń, które uznaje za stosowne; 3) nikt, także państwo, nie ma prawa ograniczać wolności jednostki, jeżeli ona na to się nie godzi; 4) nie ma jednoznacznych podstaw medycznych dla wprowadzania przez władze państwowe zasad ograniczania epidemii opartych na przymusie, izolacji i kwarantannie i zasadzie solidarności – odpowiedzialności jednych osób za drugie. Interpretacja ta wykracza poza tradycyjną definicję liberalizmu, zgodnie z którą granice osobistej wolności jednostki są wyznaczane przez możliwość naruszenia takiej wolności u innych jednostek. Zasada ta jest współcześnie podstawą porządku prawnego we wszystkich krajach UE, w których

⁶⁰ Przez cały okres epidemii przypomina je polskiemu czytelnikowi na łamach tygodnika „Angora” Janusz Korwin-Mikke. Pełną argumentację zainteresowani mogą odnaleźć w archiwalnych wydaniach internetowych tego czasopisma, zarówno z 2020, jak i z 2021 r.

obowiązują kodeksy karne i inne zbiory przepisów, nakładające na ich obywateli określone zakazy i nakazy, niezależnie od tego, czy godzą się ich przestrzegać, czy nie. Podstawą prawa stanowionego jest w nich bowiem koncepcja umowy społecznej, zgodnie z którą prawo stoi na straży interesów wszystkich jednostek, chroniąc wszystkie w tym samym stopniu, i wprowadzając dla wszystkich te same ograniczenia. Koncepcja ta nie jest równoznaczna z całkowitą swobodą postępowania jednostek we wszystkich obszarach życia społecznego. Zwolennicy szwedzkiej strategii zarządzania epidemią interpretowali jednak prawa jednostki o wiele szerzej, co miało stanowić podstawę nie tylko dla ich poglądów (których nikt nie miał prawa jednostkom narzucać), lecz także dla ich zachowań (na które nikt nie miał prawa przymusowo wpływać). Ten system przekonań został określony w języku niemieckim *Queerdenken* i stał się podstawą czynnego sprzeciwu jego zwolenników wobec zarządzeń przeciwepidemicznych zastosowanych w 2020 r. w Europie.

Sprzeciw ten przejawiał się w dwóch płaszczyznach. Pierwszą było ostentacyjne łamanie obostrzeń przeciwepidemicznych przez młodych mieszkańców wielu krajów Europy, którzy organizowali w parkach, dyskotekach i różnych miejscach publicznych tzw. koronaparty, na których nie zachowywali dystansu społecznego. Zamierzali w ten sposób zarazić się wirusem „w sposób naturalny”, aby wytworzyć u siebie i swoich znajomych odporność na COVID-19. Przykład i uzasadnienie dla tego zachowania czerpali ze Szwecji, w której uznano je (ich zdaniem) za bezpieczne.

Wystąpiła także inna, oparta na zupełnie odmiennej podstawie interpretacja szwedzkiej strategii przeciwepidemicznej. Opierała się na stwierdzeniu, że obrazy płynące wiosną 2020 r. ze Szwecji dowodzą, że faktycznie nie ma żadnego niebezpieczeństwa. Dowodem na to miały być tłumy na ulicach szwedzkich ulic oraz brak w tym kraju jakichkolwiek przymusowych obostrzeń przeciwepidemicznych. A mimo tego epidemia w skali masowej w tym kraju nie występuje. Nie okazała się groźna dla osób młodych i zdrowych. Dotknęła tylko osoby schorowane i starsze, które i tak musiałyby niedługo na coś umrzeć. Wprowadzane przez władze obostrzenia należy więc uznać za zamach na wolności obywatelskie, w związku z tym należy się im czynnie przeciwstawić. Wyznające tego rodzaju poglądy grupy młodzieży organizowały manifestacje polityczne, wdawały się w walki z policją i dążyły do upowszechnienia tej postawy w Internecie.

Kolejnym skutkiem „szwedzkiego eksperymentu” było upowszechnienie się wśród młodego pokolenia w Europie krytycznej opinii wobec aktualnego standardu medycyny klinicznej, a w 2021 r. postawy antyszczepionkowej. Skoro zagrożenie związane z wirusem SARS-CoV-2 nie było poważne, albo nie było go wcale, to należało się zastanowić, jakie były „prawdziwe cele” władz państwowych, które wprowadziły przymusowe strategie przeciwepidemiczne oparte na izolacji i kwarantannie. Tak postawione pytania nie tylko personalizowały problem

odpowiedzialności władz państwowych za epidemię, W jednym ujęciu władze państwowe miały być „winne” rozprzestrzenianiu się epidemii, ponieważ nie potrafiły skutecznie sobie z nią poradzić (co podnosili w artykułach publicyści „Gazety Polskiej” i „Do Rzeczy”), a w drugim były „winne” wprowadzaniu obostrzeń wynikających ze sztucznie wykreowanego, realnie nieistniejącego niebezpieczeństwa epidemicznego, łamiących wolności obywatelskie i podważających podstawy wolnej gospodarki (ten rodzaj argumentów spotykano częściej w Internecie⁶¹).

Poruszane powyżej kwestie zostały odnotowane w polskich tygodnikach opinii. Najbardziej liberalne z analizowanych w tym artykule czasopism – „Newsweek Polska” odniosło się do szwedzkiej strategii przeciwepidemicznej koncentrując się na związanych z nią kwestiach społecznych. Maciej Zaremba Bielawski, pisarz i publicysta mieszkający w Szwecji od 1969 r.⁶², stwierdził w wywiadzie udzielonym Jackowi Pawlickiemu, że strategia ta spotkała się z aprobatą społeczeństwa, które uznało, że władze potraktowały ich jak „ludzi dorosłych”. Wg Bielawskiego w sytuacji pandemii szwedzkie państwo opiekuńcze zdało egzamin, gdyż zapewniło wszystkim obywatelom dwutygodniowe płatne zwolnienia z pracy w przypadku zachorowania na COVID-19, bez konieczności uzyskania zwolnienia lekarskiego. Autor uważał także, że bezpieczeństwo szwedzkiej populacji zostało zapewnione przez bardzo wysoki poziom tamtejszej służby zdrowia. Zarządzanie epidemią Szwedzi powierzyli Urzędowi Zdrowia Publicznego i lokalnym samorządom⁶³, co Bielawski uważał za właściwe dla szwedzkiego modelu medycyny publicznej. Tomasz Walat w artykule opublikowanym w „Polityce” także odwołał się do tego argumentu. W tym kraju dominuje bowiem dualistyczny system administracyjny⁶⁴, a w kompetencjach samorządu znajdują się istotne dla obywateli kwestie zdrowotne. Oba artykuły w niedostatecznym stopniu odwołały się jednak do argumentów, które miały na pewno dla szwedzkich władz istotne znaczenie. Szwecja zajmuje bardzo rozległe terytorium, które jest w niewielkim stopniu zurbanizowane, ma bardzo niską na niektórych obszarach gęstość zaludnienia (niewiele więcej niż 1 osoba na kilometr kwadratowy), nie jest także tzw. krajem turystycznym, do którego od kwietnia do października (jak w krajach położonych nad Morzem Śródziemnym) napływają miliony obcokrajowców. Szwedzkich rozwiązań przeciwepidemicznych nie można było z podanych wyżej względów przenieść do krajów o wysokiej gęstości zaludnienia, wysokim stopniu urbanizacji i masowym międzynarodowym ruchu turystycznym. Polskim czytelnikom tej kwestii jednak dokładnie nie wyjaśniono.

⁶¹ W polskim dyskursie prasowym popularyzował ten pogląd na łamach „Angory” Janusz Korwin-Mikke, bagatelizujący zagrożenie ze strony wirusa.

⁶² J. Pawlicki, *Obywatelu, zadbaj o siebie sam*, „Newsweek Polska” 2020, R. X, nr 16, s. 58.

⁶³ *Ibidem*, s. 58.

⁶⁴ T. Walat, *op. cit.*, s. 55.

Temat szwedzkiej strategii przeciwepidemicznej podjęła także „Gazeta Polska”. Maciej Kożuszek tłumacząc jej wprowadzenie odwołał się właśnie do powyżej wskazanych czynników, takich jak jedno z najrzadszych w Europie zaludnienie. W kraju jest także niewiele miast, a międzynarodowy ruch turystyczny, poza najpopularniejszymi – np. Sztokholmem, jest bardzo niewielki⁶⁵. Artykuł przedstawia także czytelnikom szwedzki model zarządzania epidemią. Jej przebieg nie jest kontrolowany centralnie, ale lokalnie. Kontrola nie jest sprawowana przez władze państwowe, ale przez niezależny urząd. Autor przytacza także opinie głównego epidemiologa Szwecji, Andreasa Tegnella, który rekomendował powolne ograniczanie swobód międzyludzkich i jego koncepcje uzyskania zabezpieczenia za pośrednictwem uzyskania w wyniku naturalnych zachorowań tzw. „odporności stadnej” albo jej kombinację ze szczepieniami, kiedy zostaną opracowane i wprowadzone⁶⁶.

W artykułach w polskich tygodnikach opinii poświęconych szwedzkiej strategii przeciwepidemicznej nie wykazano dla niej nadmiernego entuzjazmu, nawet wtedy, gdy odnotowywano, że była z aprobatą przyjęta przez Szwedów. We wszystkich przytoczono wysuwane wobec niej argumenty krytyczne. Polski czytelnik miał więc okazję się z nimi zapoznać. Aby przekaz ten był jednak odpowiednio skuteczny, publikacje na temat szwedzkiej strategii przeciwepidemicznej należało ponowić i tłumaczyć polskiemu czytelnikowi związane z nią zagrożenia w bardziej przystępny sposób, odwołując się przy tym do argumentacji odwołującej się do standardu klinicznego, a nie do specyfiki szwedzkiej administracji i czynników o charakterze ustrojowym. Być może zapobiegłoby to wytworzeniu się (głównie wśród młodszych czytelników tych czasopism) bezkrytycznej akceptacji szwedzkiej strategii przeciwepidemicznej, opartej na przesłankach „wolnościowych”, a nie na dobrze ugruntowanych przesłankach medycznych. Zabieg ten wart był przeprowadzenia. Po roku wprowadzenia szwedzkiej strategii przeciwepidemicznej kraj ten należy do tych państw świata, w których odnotowano najwyższy odsetek śmiertelnych ofiar epidemii SARS-CoV-2 w stosunku do liczby ludności. Odsetek ten był przy tym wielokrotnie większy niż w innych krajach skandynawskich, położonych w tym samym rejonie geograficznym i równie rzadko zaludnionych (np. w Norwegii), zarządzających epidemią COVID-19 w inny sposób, centralistyczny i zgodny ze współczesnym standardem klinicznym, w którym nie ma uzasadnienia dla koncepcji uzyskiwania odporności zbiorowej poprzez stworzenie dogodnych warunków dla nieograniczonej transmisji patogenu w populacji. W 2021 r. władze Szwecji oficjalnie przeprosiły swoich obywateli za strategię przyjętą w trakcie I fali epidemii.

⁶⁵ M. Kożuszek, *Szwedzka trzecia droga*, „Gazeta Polska” 2020, R. 24, nr 16, s. 61–62.

⁶⁶ Ibidem, s. 62.

Obraz prasowy I fali epidemii COVID-19 w krajach Europy Wschodniej – Ukraina, Białoruś, Rosja

Pandemia COVID-19 dotknęła także nienależące do wspólnoty Unii Europejskiej kraje Europy Wschodniej. Podejmowane tam działania przeciwepidemiczne nie były regulowane wspólnym prawem europejskim ani z nim skoordynowane. Były jednak istotne dla krajów Europy Zachodniej i Środkowej, ze względu na wymianę handlową i możliwość rozprzestrzeniania się epidemii.

W „Gazecie Polskiej” Antoni Rybczyński zwrócił uwagę na słabość państwa ukraińskiego wobec pandemii, a argumenty zawarte w jego artykule były zgodne ze stanem faktycznym. Epidemia dotknęła Ukrainę w czasie powolnej reformy państwowego systemu ochrony zdrowia, która została rozpoczęta w 2017 r. Państwo borykało się z poważnymi brakami personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, specjalistycznego sprzętu (w tym respiratorów) i niedostatkiem środków finansowych. Już przed wybuchem epidemii COVID-19 sytuacja epidemiczna na Ukrainie była zła. Odnotowywano zwiększoną zachorowalność na odrę i gruźlicę, przewyższającą wielokrotnie statystyki zachodnioeuropejskie. Pierwszy przypadek koronawirusa potwierdzono oficjalnie na Ukrainie 3 marca 2020 r., a oficjalny plan działań związanych z walką z tą chorobą został przyjęty przez ukraińskie władze dopiero po tygodniu. Spóźniona reakcja i brak ogólnych planów zapobiegania epidemii obnażyły, wg Antoniego Rybczyńskiego, słabość administracji kierowanej przez prezydenta Wołodymyra Zełenskigo⁶⁷. Na samym początku władze popełniły szereg błędów, m.in. zamknięcie metra w Kijowie (co wiązało się ze zwiększoną liczbą osób podróżujących w tłoku innymi środkami transportu). Błędem też było, wg dziennikarza, późne zamknięcie granic Ukrainy, ze względu na emigrantów zarobkowych oraz niska liczba wykonywanych testów, w tym brak obowiązkowego badania osób przyjeżdżających z Polski, Włoch i innych krajów. Spowodowało to nieadekwatny do realiów obraz sytuacji epidemicznej, która była niedoszacowana. W efekcie doszło do masowego wzrostu zachorowań i zgonów, szerzących się z nierozpoznanych ognisk. Państwo ukraińskie nie było w stanie zapewnić szpitalom potrzebnych środków ochrony osobistej oraz specjalistycznego sprzętu. Odpowiedzialnością za zaistniałą sytuację obarczono ministra zdrowia, Ilię Jemieca, który został zdymisjonowany przez parlament. Wobec nieudolności zarządzania epidemią na szczeblu centralnym (np. w zakresie centralnych zamówień), działania przeciwepidemiczne podjęły jednostki o charakterze lokalnym, m.in. samorządy, osoby prywatne oraz organizacje pomocy humanitarnej. Dodatkowym aspektem, który w opinii autora wskazywał na słabość władz Ukrainy, była niekonsekwencja polityki Zełenskigo, który

⁶⁷ A. Rybczyński, *Słabość państwa, powrót oligarchów*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 16, s. 65.

w kampanii wyborczej w 2019 r. zaskarbił sobie zaufanie społeczeństwa planem deoligarchizacji państwa. Nieudolność na szczeblu centralnym, dotycząca m.in. spraw zamówień sprzętu i środków ochrony osobistej, doprowadziła do decyzji prezydenta o poproszeniu oligarchów o pomoc. W dniu 16 marca 2020 r. zorganizował spotkanie z grupą biznesmenów, podczas którego poprosił o pożyczkę w wysokości 12–13 mld hrywien. Każdemu z oligarchów przyporządkowany został konkretny teren, na którym odbywało się finansowanie działań podejmowanych w walce z koronawirusem. Jak słusznie zauważył autor, pomoc ta jednak nie wiązała się jedynie z filantropią. Powstało pytanie, w jaki sposób będzie realizowana współpraca państwa z biznesmenami i prominentami, czy prezydent będzie dalej dążył do deoligarchizacji Ukrainy, a tym samym, spełni obietnicę wyborczą⁶⁸, a także, jaka będzie skala kryzysu gospodarczego po ustąpieniu pandemii.

Alaksandr Łukaszenka, w przeciwieństwie do przywódców innych krajów europejskich, zupełnie inaczej analizował zagrożenie dla Białorusi, związane z rozwojem pandemii podczas okresu odpowiadającego I fali. Nazywając podejmowane działania przez inne kraje „paniką”, sam nie zastosował się do wytycznych WHO – nie wydał decyzji dotyczącej wprowadzenia ograniczeń w funkcjonowaniu obywateli lub zamknięcia granic, nie zezwolił także na wstrzymanie rozgrywek sportowych. Reprezentował podejście odwrotne, czego przykładem był jego osobisty udział w meczu hokejowym 30 marca 2020 r., w trakcie którego stwierdził, że „hokej jest najlepszym lekarstwem przeciwwirusowym”⁶⁹. Taki sposób działania prezydenta Białorusi podyktowany był w dużej mierze chęcią zachowania pozorów normalności i stabilizacji, co było niezbędne w trakcie odbywającej się wiosną 2020 r. na Białorusi kampanii przed wyborami prezydenckimi⁷⁰. Antoni Rybczyński wskazywał, że lekceważenie zagrożenia i kreowanie wrażenia o sukcesie władz białoruskich w walce z epidemią i zahamowaniu jej rozwoju miało pomóc Łukaszence w wykreowaniu własnego wizerunku jako silnego przywódcy, w pełni panującego nad sytuacją. Autor artykułu stwierdził jednak, że próby ukrycia faktycznej skali zagrożenia epidemicznego na Białorusi nie spotkały się z aprobatą obywateli kraju. O tym, jakie jest ryzyko rozwoju pandemii i jakie działania były podejmowane w innych krajach, Białorusini dowiadali się za pomocą niezależnych mediów. W związku z tym także i w tym kraju dochodziło do masowego wykupu środków spożywczych o długim okresie przydatności i gromadzenia zapasów. W reakcji na działania obywateli, władze wprowadziły zakaz eksportu m.in. kaszy gryczanej i podnoszenia cen towarów i usług. Prezydent Łukaszenka podjął także decyzję o mobilizacji aparatu bezpieczeństwa.

⁶⁸ Ibidem, s. 66.

⁶⁹ <https://www.polskieradio24.pl/75/921/Artykul/2483649,Lukaszenka-na-turnieju-hokeja-Nie-ma-tu-zadnych-wirusow-widzi-pani-by-lataly> (dostęp: 24.04.2021).

⁷⁰ A. Rybczyński, *Bačka, traktor i koronawirus*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 15, s. 76.

Autor wskazał na doniesienia dotyczące dyscyplinowania pracowników białoruskiego systemu ochrony zdrowia przez odpowiednie służby. Autor artykułu starał się zrozumieć przyczyny podejmowanych decyzji przez prezydenta Białorusi i bagatelizowanie problemu pandemii COVID-19. Z jednej strony spowodowane było to faktem, iż tuszowanie prawdziwej sytuacji epidemicznej i brak wystarczającego testowania obywateli miały służyć wizerunkowi w kampanii prezydenckiej. Drugim powodem, według Antoniego Rybczyńskiego, była zła sytuacja gospodarcza Białorusi, która w czasie trwania I fali pandemii borykała się z recesją. W związku z tym wprowadzenie radykalnych i kosztownych środków ograniczających funkcjonowanie kraju mogło wiązać się z jeszcze bardziej dramatycznym pogłębieniem już istniejącego kryzysu gospodarczego. Zadłużenie kraju i osłabienie sytuacji ekonomicznej mogłoby skutkować upadłością państwa i prawdopodobnym przejściem terenu przez Federację Rosyjską. Łukaszenka zdecydował się zatem na nakierowanie polityki państwowej na ochronę gospodarki, a nie sytuacji zdrowotnej obywateli, czego przykładem były pakiety pomocowe dla przedsiębiorców i rozmowy prowadzone z Europejskim Bankiem Odbudowy i Rozwoju i Bankiem Światowym⁷¹.

Sposoby kontrolowania epidemii na Ukrainie i Białorusi zostały ocenione przez dziennikarza „Gazety Polskiej” krytycznie, ale z innych względów. Na Ukrainie brak było możliwości zorganizowania sprawnego systemu ochrony przeciwepidemicznej, mimo że władze taką potrzebę dostrzegły i podjęły próbę jego opracowania, z udziałem oligarchów dysponujących odpowiednimi środkami finansowymi, których państwu brakowało. Na Białorusi nie podjęto żadnych działań przeciwepidemicznych, ponieważ zanegowano samo istnienie zagrożenia epidemicznego. W obu krajach spowodowało to łatwe do przewidzenia skutki: niekontrolowany rozwój epidemii i bardzo dużą liczbę ofiar. Należy dodać, że brak centralnych planów ochrony przeciwepidemicznej na Ukrainie i Białorusi, o których wspomina dziennikarz „Gazety Polskiej”, nie do końca jest zgodny z prawdą. Plany takie z pewnością istniały, choćby dla potrzeb wojska, ale nie uwzględniały zawleczenia do tych krajów epidemii akurat od strony Unii Europejskiej, w której panują wysokie standardy sanitarne i działa sprawny system kontroli przeciwepidemicznej. W 2020 r. system ten w krajach UE uległ chwilowemu zachwianiu, na co ani Ukraina, ani Białoruś nie były przygotowane.

Problem pandemii COVID-19 dotknął także Rosję, co stało się pewnego rodzaju testem dla mocarstwa, którym od lat kieruje Władimir Putin. Analizą sytuacji epidemicznej tego kraju w kolejnych numerach „Gazety Polskiej” zajmował się również Antoni Rybczyński. Wskazał on na wieloletnią współpracę Federacji Rosyjskiej z Chińską Republiką Ludową, bardzo ścisłą w niektórych sektorach gospodarczych. W związku z tym wybuch epidemii w Chinach mógł być dla niej

⁷¹ Ibidem.

poważnym testem. Dnia 31 stycznia 2020 r. Rosja ze względów bezpieczeństwa zdecydowała się na zamknięcie granic z Chinami. W opinii autora nie wpłynęło to dobrze na stosunki międzynarodowe i atmosferę między tymi państwami⁷². Dziennikarz zwrócił także uwagę, że mimo wstrzymania naziemnego ruchu na granicy rosyjsko-chińskiej, wciąż były możliwe loty do Rosji z krajów zachodnioeuropejskich, w których zaczęto wykrywać już pojedyncze przypadki zachorowań. Autor zastanawiał się także nad kondycją ekonomiczną Kremla, m.in. nad tym, czy rozwój pandemii wpłynie negatywnie na rynek rosyjski, między innymi z powodu wahań cen ropy naftowej.

W kwietniu 2020 r. Antoni Rybczyński podjął natomiast kwestię rozprzestrzeniania się patogenu w koloniach karnych znajdujących się na terenie Federacji Rosyjskiej. Wskazywał na problem przepełnienia w ośrodkach zamkniętych, w których znajdowali się skazańcy, a także problem nieodpowiednich warunków ich funkcjonowania – słaby dostęp do opieki medycznej, stałe kontakty z innymi współwięźniami, brak izolatek, a także osłabienie układu odpornościowego. Dziennikarz wskazał, że połowa skazanych boryka się z HIV, zapaleniem wątroby i gruźlicą, co przy braku podstawowych środków ochrony osobistej, takich jak mydło, a także przy ograniczonym dostępie do potrzebnych leków stawiało ich w problematycznej sytuacji. Połączenie tych wszystkich problemów mogło doprowadzić do sytuacji niekontrolowanego wzrostu poziomu zachorowań i zgonów w ośrodkach zamkniętych, który w równym stopniu mógł dotknąć skazanych, jak i pracowników systemu penitencjarnego, a zatem stać się źródłem szerokiej fali zachorowań na obszarze całej Rosji. Z tego powodu, ze strony Centrum Memoriał zajmującego się programem *Wsparcie dla więźniów politycznych i prześladowanych aktywistów obywatelskich*, jak i Moskiewskiej Grupy Helsińskiej kierowane były prośby o udzielenie amnestii skazanym. Prośby te nie spotkały się jednak z akceptacją ze strony władzy. W ramach działań profilaktycznych premier Michaił Miszustin zdecydował o zaopatrzeniu Federalnej Służby Więziennej w podstawowe środki ochrony osobistej, testy służące do diagnostyki w kierunku koronawirusa i niezbędny sprzęt medyczny, jednakże autor wskazał, że były to informacje nacechowane propagandowo, gdyż doniesienia dochodzące z więzień wskazywały na zupełnie inną sytuację, potwierdzając rozprzestrzenianie się choroby⁷³.

W kolejnym artykule, dotyczącym sytuacji epidemicznej w Rosji, opublikowanym w maju 2020 r., Antoni Rybczyński zwrócił uwagę na problem dezinformacji i przekłamań dotyczących rzeczywistości w tym kraju. Wspomniał o pojawiających się doniesieniach medialnych dotyczących prób samobójczych pracowników ochrony zdrowia, którzy w czasie I fali pandemii krytykowali złe

⁷² A. Rybczyński, *Rosja w czasach zarazy*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 12, s. 66.

⁷³ Idem, *Koronawirus w łagrze*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 18, s. 71–72.

przygotowanie państwa do epidemii i nieefektywność w stosunku do zagrożenia. Głównym problemem, na którym skupił się autor artykułu, były jednak dane dotyczące liczby zgonów na COVID-19, podawane oficjalnie przez władze Rosji. Mimo że odnotowywano wówczas w tym kraju bardzo wysokie wartości potwierdzonych przypadków zachorowań, wskaźniki zgonów były niskie. Podjęcie tego tematu przez redakcje „The New York Times” i „The Financial Times” spotkało się z krytyką ze strony MSZ Federacji Rosyjskiej, które oceniło te doniesienia jako fake newsy. Rybczyński stwierdzał, że rzeczywisty poziom śmiertelności można szacować na podstawie porównania liczby zgonów w danym okręgu lub w całym kraju do poprzednich lat. Wedle tej strategii, „The Moscow Times” wyliczyło, że śmiertelność w Rosji była wyższa o 20 proc. w stosunku do poprzednich 10 lat⁷⁴. Wzrost ten mógł, zdaniem autora, wskazywać faktyczną liczbę zgonów w Rosji związanych z COVID-19. Rybczyński analizował także ekonomiczne skutki epidemii COVID-19 dla obywateli Rosji. W wielu rejonach kraju panowała bieda. Jedna czwarta Rosjan borykała się z możliwością zwolnienia z pracy, a tym samym – utratą jedyne go źródła dochodu⁷⁵.

Podobną ocenę sytuacji epidemicznej w Rosji sformułował Mariusz Kowalczyk w artykule zamieszczonym w „Newsweek Polska”. Zwrócił on uwagę na propagandowy wydźwięk programów informacyjnych w państwowej telewizji rosyjskiej. W jego opinii władze Federacji Rosyjskiej jako metody walki z koronawirusem stosowały trzy wcześniej wypróbowane już sposoby: uruchomienie maszyny propagandowej, która kreowała wizerunek zachodnich krajów o systemach demokratycznych jako tych, które nie poradziły sobie z pandemią, w przeciwieństwie do władz rosyjskich. Opiekę nad Rosjanami w opinii mediów sprawował wódz, który jako jedyny był w stanie uchronić ich przed śmiertelnym zagrożeniem. Oprócz manipulacji i propagandy, dodatkowymi metodami, które miały pomóc w walce z pandemią COVID-19 były represje wobec nieposłusznych obywateli oraz wytyczne wydawane „armii usłużnych urzędników”⁷⁶. Jednym z argumentów wykorzystywanych w machinie propagandowej Rosji było przywrócenie kontroli granicznej w krajach należących do strefy Schengen, co Rosja potraktowała jako koniec systemu liberalnej demokracji oraz wspólnoty europejskiej. Wystąpiła sytuacja analogiczna, jak w przypadku retoryki podejmowanej przez Chińską Republikę Ludową, gdyż ponownie wykorzystano dramat Włoch w celu wykreowania wizerunku Federacji Rosyjskiej jako jedynej, która prowadziła działania pomocowe wobec tego kraju. W artykule autor podjął również tematy dotyczące tajemniczych prób samobójczych pracowników systemu ochrony zdrowia oraz niewiarygodnych oficjalnych statystyk zgonów, które w opinii cytowanego

⁷⁴ Idem, *Nieśmiertelni Rosjanie*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 21, s. 67–68.

⁷⁵ Ibidem, s. 68.

⁷⁶ M. Kowalczyk, *Car już nie taki dobry*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 22, s. 54.

Leonida Wołkowa, współpracownika Aleksieja Nawalnego, były oparte na manipulacji, w związku z czym świat nie powinien był ich traktować poważnie⁷⁷. Mariusz Kowalczyk zwrócił uwagę również na niezadowolenie Rosjan z powodu działań podejmowanych przez władzę, w tym tzw. „niepracujących tygodni”, które sprawiały, że obywatele pozbawieni oszczędności tracili środki do życia. Niezadowolenie społeczeństwa znalazło odzwierciedlenie w oficjalnych sondażach, według których w kwietniu 2020 r. Władimir Putin cieszył się poparciem 59% Rosjan, co stanowiło najniższy poziom od 20 lat. Sytuacja związana z kryzysem wywołanym pandemią COVID-19 zyskała zatem w opinii autora artykułu potencjał do wywołania w przyszłości protestów społecznych⁷⁸.

Ocena strategii przeciwepidemicznej wprowadzonej przez władze Rosji, wyrażana zarówno w „Gazecie Polskiej”, jak i w „Newsweeku Polska”, była podobna do tej, która występowała podczas pierwszych tygodni epidemii COVID-19 w Chinach. W artykułach brak jest szerszych informacji o podstawach klinicznych zastosowanej w Rosji strategii, o jej wdrożeniu w życie zgodnie z tymi podstawami i szybkim skierowaniu na ten cel znacznych środków, które Rosja mogła na to przeznaczyć. Podważana była wiarygodność napływających z Rosji informacji dotyczących statystyki zachorowań i zgonów, a oficjalne informacje o pozytywnym wydźwięku traktowane były jako przekazy propagandowe. W komentarzach dotyczących sytuacji epidemicznej w Rosji za wiarygodne źródła informacji uznawało się natomiast w polskich przekazach prasowych rosyjskie ośrodki opozycyjne wobec władzy oraz czasopisma amerykańskie.

Strategie przeciwepidemiczne we wszystkich sąsiadujących z Polską państwach Europy Wschodniej zostały więc polskiemu czytelnikowi zaprezentowane jako realnie nieskuteczne. Białoruska – z powodu negocjowania realności zagrożenia i niepodejmowania przez władze żadnych działań ochronnych, ukraińska – z powodu nieskuteczności wprowadzanej w życie strategii przeciwepidemicznej, a rosyjska – z powodu zastrzeżeń do wiarygodności przekazywanych przez oficjalne rosyjskie instytucje państwowe danych. Jeżeli zestawimy ten obraz ze sposobem przedstawiania sytuacji epidemicznej w Chinach, obszar położony na wschód od granic Unii Europejskiej jawi się na podobieństwo Sienkiewiczowskich „dzikich pól”, na których albo brak jest jakichkolwiek działań zabezpieczających przed zagrożeniem epidemicznym, albo były one faktycznie nieskuteczne, mimo zapewnień władz Chin i Rosji, że względnie dobrze radzą sobie z tą sytuacją. Ustanowiony w tych publikacjach standard nie uległ zmianie w następnych dwóch latach trwania epidemii COVID-19. Objął także ocenę wartości wyprodukowanych i wprowadzonych do masowego użytku szczepionek. Polskiemu czytelnikowi są one przedstawiane jako niesprawdzone pod względem skuteczności i wymagające

⁷⁷ Ibidem, s. 55.

⁷⁸ Ibidem, s. 56.

dalszych badań, a więc potencjalnie niebezpieczne, mimo że chińską szczepionkę Sinovac przyjęło już ponad miliard obywateli tego kraju, a epidemia w skali całego państwa została zahamowana już od ponad roku. Podobnie jest z oceną rosyjskiej szczepionki Sputnik. Obie nie zostały dotąd dopuszczone do stosowania na obszarze Unii Europejskiej, mimo że niektóre kraje Europy zdecydowały się na ich zakup we własnym zakresie.

Można mieć wątpliwości, czy polityka informacyjna polskich tygodników opinii, dotycząca strategii rozwiązywania problemu epidemii COVID-19, miała pozytywny skutek dla wzrostu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Polski. Upowszechnianie postawy dystansu do danych publikowanych przez oficjalne instytucje powołane do ich zbierania i negowanie ich zgodności z faktami mogło mieć wpływ nie tylko na stosunek polskich czytelników do informacji o epidemii, podawanych przez władze Chin, Rosji czy Ukrainy, lecz także upowszechnianych przez władze naszego własnego kraju. Mogło to stać się podstawą do uznania przez część polskiego społeczeństwa za bardziej wiarygodne innych informacji, pozyskanych głównie z Internetu, w których epidemia była interpretowana w sposób niezgodny ze standardem klinicznym, inspirując zgodne z tym postępowanie: np. odmowę przyjęcia szczepień, uznawanych za zagrożenie dla zdrowia i życia, a nie za środek ochronny.

Polski obraz prasowy epidemii COVID-19 w USA w trakcie I fali

Pierwszy potwierdzony przypadek zachorowania na COVID-19 odnotowano w Stanach Zjednoczonych już 21 stycznia 2020 r. Stan zagrożenia zdrowia publicznego został wprowadzony przez władze tego kraju dziesięć dni później. Wprowadzono przymusową 14-dniową kwarantannę dla podróżnych posiadających obywatelstwo amerykańskie, powracających z chińskiej prowincji Hubei. Wprowadzono także całkowity zakaz wjazdu do USA dla cudzoziemców, którzy w ciągu dwóch tygodni przebywali na terenie Chin.

Sytuację epidemiczną w USA relacjonowały czytelnikom polskie tygodniki opinii, czyniąc to jednak z dość dużym opóźnieniem wobec przebiegu zdarzeń. W numerze 15 „Gazety Polskiej” ukazał się na ten temat artykuł Mateusza Piotrowskiego. Autor ocenił początkowe działania amerykańskich władz federalnych i stanowych, podjęte po oficjalnym stwierdzeniu pierwszych przypadków COVID-19 w drugiej połowie stycznia 2020 r., jako nieadekwatne w stosunku do zagrożenia. Restrykcje przeciwepidemiczne zostały wprowadzone zbyt późno, w wyniku czego doszło w USA do gwałtownego rozprzestrzeniania się epidemii. Za przyczynę tego stanu rzeczy autor uznawał lekceważące podejście do epidemii i bagatelizowanie związanego z nią zagrożenia przez najważniejszych amery-

kańskich polityków, w tym ówczesnego prezydenta USA Donalda Trumpa. Ich postawa wpływała na nastroje społeczne i przyczyniała się do nieprzestrzegania przez wielu obywateli USA wprowadzanych przez władze zaleceń i ograniczeń. Autor podkreślił, że władze amerykańskie podjęły jednak w związku z wybuchem epidemii działania pomocowe ukierunkowane na wsparcie amerykańskiej gospodarki. Odpowiednie regulacje zostały przyjęte z poparciem obu izb Kongresu USA⁷⁹, które w większości innych spraw zajmowały sprzeczne ze sobą stanowisko. Zdaniem Macieja Kożuszka, gwałtowny wzrost liczby zakażeń i niekontrolowany przebieg epidemii COVID-19 w USA (gdzie od lutego 2020 r. odnotowywano najszybszy przyrost potwierdzonych dziennych zachorowań na tę chorobę na świecie) wykazał, że amerykański system administracyjny i zdrowotny jest niesprawny⁸⁰. Główna odpowiedzialność za system zarządzania zagrożeniem epidemicznym spoczywała w USA na federalnej agencji CDC, która w obliczu realnie występującego zagrożenia okazała się nieudolna. Brak było wcześniej przygotowanych procedur, które należało dopiero opracować, z czym wiązało się opóźnienie ich praktycznego zastosowania. Wystąpiły też problemy ze znalezieniem odpowiedniej liczby pracowników, których można by wykorzystać do zarządzania epidemią⁸¹. Dziennikarz podjął także aspekt odpowiedzialności prezydenta USA Donalda Trumpa za upowszechnienie się w społeczeństwie amerykańskim

⁷⁹ https://www.pism.pl/publikacje/Kompedium_pandemii_reakcja_panstw_na_COVID19 (dostęp: 30.04.2021).

⁸⁰ M. Kożuszek, *Stany Zjednoczone pandemii*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 15, s. 70.

⁸¹ Sytuacja USA przypominała pod względem organizacyjnym tę, która obowiązywała do lat 80. XIX w. w państwach Europy Zachodniej. Nadzór epidemiologiczny wówczas był sprawowany przez dość szczupłą pod względem kadrowym grupę pracowników (lekarzy urzędowych), których liczbę zwiększano – zatrudniając dodatkowych lekarzy na zasadzie kontraktów – dopiero po wybuchu i oficjalnym potwierdzeniu epidemii. Po wprowadzeniu w medycynie klinicznej standardu bakteriologii, tj. od lat 80. XIX w., gdy zagrożenie ze strony patogenów uznano za stałe i możliwe do szybkiego przekształcenia się w epidemię, w rozwiniętych krajach Europy Zachodniej (Niemcy, Francja, Austro-Węgry) zaczęto tworzyć stałą strukturę nadzoru sanitarno-epidemiologicznego, nadzorowanego przez specjalnie stworzone instytuty prowadzące na bieżąco badania i analizy: Instytut Pasteura (i jego filie) we Francji, Instytut Kocha (i jego filie) w Niemczech. Po I wojnie światowej system ten obowiązywał już we wszystkich krajach europejskich. W Polsce rolę nadzorującą jego funkcjonowanie od 1918 r. sprawował Państwowy Zakład Higieny w Warszawie, któremu podlegały lokalne filie. System ochrony przeciwepidemicznej ma w Europie od 1918 r. charakter scentralizowany, podlega bezpośredniej kontroli władzy państwowej, a także ściśle współpracuje (dla realizacji celów ochrony przeciwepidemicznej populacji) z władzami wojskowymi. Posiada wypracowane procedury, które w przypadku wystąpienia nagłych zagrożeń można od razu wdrożyć w życie. Przykładem jego sprawnego zastosowania w warunkach polskich jest epidemia czarnej ospy we Wrocławiu z 1963 r. Epidemia ta została opanowana w ciągu dwóch miesięcy, w wyniku zastosowania istniejących procedur przeciwepidemicznych i przeprowadzenia przymusowych masowych szczepień, którymi objęto ponad 8 milionów osób. Por.: Z. Hora, *Variola Vera*, Wrocław 1982; J.B. Kos, *Epitafium dla ospy*, Wrocław 1991; M. Sobków, *Ospa we Wrocławiu*, Wrocław 2000.

lekceważącego stosunku do epidemii. Wypowiadający się chętnie na Twitterze w wielu aktualnych sprawach polityk 28 lutego 2020 r. stwierdził: „To po prostu zniknie. Pewnego dnia, to jest jak cud, to po prostu zniknie”⁸². Nawiązał także do innych wypowiedzi Trumpa na ten temat. Dziennikarz zgadzał się, że słowa te były wypowiedziane w sposób lekkomyślny. Jednakże przy ocenie obecnej sytuacji epidemicznej w USA zalecał, aby wziąć pod uwagę także błędy popełniane przez ekspertów i pracowników poprzedniej administracji USA, gdy kraj ten był rządzony przez polityków związanych z obozem Demokratów. To oni, zdaniem dziennikarza, także odpowiadają za początkowo nieumiejętną walkę prowadzoną w USA z epidemią COVID-19. Według Kożuszka prezydent Trump miał jednak zdolność uczenia się na własnych błędach, czego wyrazem miała być jego późniejsza powściągliwość w ferowaniu wyroków na temat skuteczności działań służb medycznych i zagrożeń związanych z rozwojem pandemii⁸³. Dziennikarz zwrócił również uwagę na specyfikę amerykańskiego systemu administracyjnego, czyli siłę stanowych władz lokalnych, które mogą wydawać odrębne decyzje, niekoniecznie zbieżne z tymi podjętymi przez władze centralne⁸⁴. Umożliwia to wprowadzanie w poszczególnych stanach USA przez ich gubernatorów zarządzeń przeciwepidemicznych nie wprowadzanych przez władze centralne⁸⁵.

⁸² M. Kożuszek, *op. cit.*, s. 71.

⁸³ Nie jest to w świetle późniejszych faktów stwierdzenie zgodne z prawdą. Prezydent sam nie przestrzegał wprowadzonych w USA zasad profilaktyki epidemii. Nie nosił np. maseczki i czynił to w sposób demonstracyjny, popularyzując tę postawę wśród swoich zwolenników. W rezultacie sam zachorował na COVID-19, ale choroba przebiegła dla niego szczęśliwie i szybko wrócił do swoich obowiązków. W trakcie organizowanych w drugiej połowie 2020 r. masowych wieców przedwyborczych (w tym roku przypadły w USA wybory prezydenckie) uczestniczący w nich zwolennicy prezydenta i ogólnie partii Republikanów nie nosili maseczek, nie przestrzegali dystansu społecznego. W związanej z tą partią publicystyce prasowej zagrożenie epidemiczne było marginalizowane („to choroba taka jak grypa”) lub negowane („ta epidemia nie istnieje”). Prezydent nie wspierał naczelnego epidemiologa kraju, prof. Fauciego, i wielokrotnie krytykował jego opinie jako „nadmierne”. Powtarzał także slogan „lekarstwo nie może być groźniejsze od choroby”. Znajomość tych faktów ma znaczenie dla interpretacji polskiego przekazu prasowego dotyczącego nie tylko przebiegu epidemii COVID-19 w USA, lecz także na całym świecie. W artykułach publikowanych w polskich tygodnikach opinii w trakcie I fali epidemii dziennikarze uwzględniali (do czasu) głównie stanowisko zajmowane przez przedstawicieli administracji rządowej USA. Dopiero wraz z rozlaniem się epidemii COVID-19 w tym kraju, a także z ogłoszeniem stanu epidemii w Europie, zaczęli w większym stopniu uwzględniać stanowisko władz swoich własnych krajów.

⁸⁴ M. Kożuszek, *op. cit.*, s. 72.

⁸⁵ System ten funkcjonował aż do końca 2020 r. w ten sposób, że gubernatorzy stanów rządzonych przez Demokratów wprowadzali na ich terenie zarządzenia przeciwepidemiczne podobne do wprowadzanych przez rządy państw europejskich. W tym samym czasie w stanach rządzonych przez Republikanów zarządzeń takich nie wprowadzano lub też decydowano się na ich wprowadzenie ze znacznym opóźnieniem, gdy epidemia już przybrała masowy charakter i wymknęła się spod kontroli. W 2021, po objęciu władzy prezydenta USA przez Joe Bidena z partii

Analizę przyczyn bardzo trudnej sytuacji epidemicznej w USA, gdzie epidemia COVID-19 w pierwszych miesiącach 2020 r. wymknęła się spod kontroli, osiągając bardzo wysoki poziom zachorowań i zgonów, podjął także „Newsweek Polska”. Piotr Milewski uznał za główną przyczynę tego stanu rzeczy niezbyt późne (jak dziennikarz „Gazety Polskiej”) rozpoczęcie efektywnej walki z epidemią, ale brak możliwości jej właściwego przeprowadzenia, związany ze strukturą amerykańskiego systemu ochrony zdrowia. Jest to system wolnorynkowy i zdecentralizowany, a jego funkcjonowanie opiera się przede wszystkim na jednym podstawowym kryterium: zysku. Dziennikarz wyraził opinię, że w USA nie istnieje pojęcie „służby zdrowia” w europejskim sensie tego słowa znaczeniu. Medycyna amerykańska nie jest bowiem „służbą”, ale biznesem, w którym głównym celem nie jest wyleczenie pacjenta, tylko maksymalizacja zysku szpitali, instytucji prowadzących prywatne ubezpieczenia zdrowotne i zatrudnionych w nich lekarzy⁸⁶. W związku z takim zdefiniowaniem celu działań osób i instytucji zajmujących się leczeniem, bez posiadania prywatnego ubezpieczenia medycznego pacjent jest zobligowany do wydania dużej ilości pieniędzy na sam pobyt w szpitalu. Przeprowadzenie leczenia szpitalnego w szeroko dostępnym w Europie zakresie jest dla większości obywateli USA zbyt kosztowne, a więc niemożliwe. Nie posiadają bowiem na to dostatecznych środków. Podjęte przez wywodzącego się partii Demokratów prezydenta Baracka Obamę próby zmiany tej sytuacji, poprzez wprowadzenie państwowego funduszu zdrowia, tzw. „Obamacare”⁸⁷ (na wzór

Demokratów, wystąpiła odmienna sytuacja. Gubernatorzy stanów rządzonych przez Republikanów zawieszają na swoim terenie obowiązywanie zarządzeń wydawanych przez władze centralne USA. Skutkiem tego jest brak obostrzeń przeciwepidemicznych w tych stanach lub ich bardzo ograniczony charakter. Obowiązują np. tylko pracowników administracji państwowej, której pracodawcą jest rząd USA, a nie obowiązują urzędników stanowych, pracowników przedsiębiorstw prywatnych, szkół prywatnych, sklepów itp. Tworzy to sytuację sprzyjającą umasowieniu epidemii w USA i przekształcenie się jej na niektórych obszarach w chorobę endemiczną. Powstają bowiem stale nowe ogniska choroby, trwa transmisja pozioma, a duża część ludności neguje powagę zagrożenia epidemicznego lub w ogóle zaprzecza jego istnieniu. Zarządzenia przeciwepidemiczne amerykańskich władz centralnych są natomiast w 2021 r. realizowane w stanach rządzonych przez Demokratów. Przy otwartych granicach, a także czynnym sprzeciwie części mieszkańców, którzy odmawiają podporządkowania się tym zarządzeniom, nawet pod groźbą utraty pracy w instytucjach publicznych, efektywna ochrona przeciwepidemiczna także mieszkańców tych stanów jest jednak ograniczona. Kwestie te przybliży polskiemu czytelnikowi tygodnik „Angora”, powołując się na amerykańskie media: CNN, CBS, NYP, Fox, „USA Today” i „Denver Post”. Zainteresowani mogą dotrzeć do szczegółów dotyczących współczesnej sytuacji epidemicznej w USA korzystając z internetowych serwisów tych agencji i czasopism.

⁸⁶ P. Milewski, *Ameryka jest chora*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 14, s. 44.

⁸⁷ G. Wiktorowski, *Kulturowe uwarunkowania negatywnego stanowiska środowisk konserwatywnych do reformy służby zdrowia prezydenta Baracka Obamy (The Patient Protection and Affordable Act, tzw. Obama Care oraz The Health Care and Education Reconciliation Act of 2010)*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Bogactwo i bieda. Krytyczno-porównawcza analiza dyskursów*. Orbis exterior – orbis interior, t. 6, Wrocław 2014, s. 151–187.

obowiązujących w Europie) były blokowane przez prezydenta Trumpa i Republikanów w Kongresie. W USA brak także takich świadczeń socjalnych, jak płatne zwolnienia lekarskie lub zasiłki opiekuńcze. W tej sytuacji zachorowanie na ciężką chorobę stanowi duże obciążenie dla budżetu domowego⁸⁸. Ludzie nie podejmują bowiem leczenia u lekarzy i nie zgłaszają się do szpitali, ale próbują się leczyć sami lekami dostępnymi bez recepty i parafarmaceutykami⁸⁹. Według „Newsweeka” jest to jednym z powodów dramatycznego wzrostu liczby potwierdzonych przypadków zachorowań na COVID-19 w USA, a także dramatycznych wskaźników zgonów. Należy także dodać inny czynnik, nierozwijany szerzej w 2020 r. na łamach polskiej prasy. W USA ok. 30% mieszkańców stanowią tzw. ewangelikalni chrześcijanie, których świadomość zdrowotna ukształtowana jest przez światopogląd religijny w specyficzny sposób. Wielu z nich, także o wysokim poziomie zamożności, leczy się wyłącznie środkami naturalnymi i korzysta z praktyki uzdrowień. Odnoszą się z nieufnością do współczesnego standardu klinicznego, a próby przymusowego wprowadzania przez władze państwowe lub stanowe opartych na tym standardzie zasad zarządzania epidemią uznają za naruszenie nie tylko praw obywatelskich, lecz przede wszystkim wolności religijnej⁹⁰,

⁸⁸ P. Milewski, *op. cit.*, s. 47.

⁸⁹ USA stanowi największy na świecie rynek dla tego rodzaju produktów. Ok. 40% mieszkańców tego kraju nie posiada ubezpieczenia zdrowotnego. Nie korzysta więc z profesjonalnej pomocy lekarskiej, która jest dla ich niedostępna ze względów finansowych. Należący do tej grupy pacjenci opierają więc swoje leczenie na autodiagnozie, na pomocy udzielanej przez uzdrowicieli praktykujących w standardzie alternatywnym albo związanym z jedną z amerykańskich konfesji reformowanych. Korzystają też z poradnictwa udzielanego za pośrednictwem Internetu.

⁹⁰ O charakterystycznym dla wyznawców amerykańskich wyznań ewangelikalnych stosunku do zdrowia i choroby por.: G. Wiktorowski, *Egzorcyzm jako sakralna terapia antydemoniczna. Relacja lekarz-pacjent na przykładzie stosunku egzorcysty do opętanego w radykalnych nurtach pentekostalizmu „Trzeciej Fali”*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Leczyć, uzdrawiać, pomagać. Studia z Dziejów Kultury Medycznej*, t. 11, Wrocław 2007, s. 337–377; idem, *W imieniu moim demony wyganiać będą...* – egzorcyzm (uwolnienie) jako rodzaj „terapii behawioralnej” w pentekostalizmie „Trzeciej Fali” (*Third Wave*) w USA i Kanadzie, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsal (red.), *Medycyna i religia*, t. 1, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2017, s. 259–287; idem, *Demonologiczne aspekty modelu uzdrowienia autorstwa Johna Wimbera, założyciela Vineyard Fellowship*, [w:] A. Małecka, J. Dębicki (red.), *Obraz choroby w dyskursie kulturowym*, Kraków 2019, s. 245–258; idem, *„Na chorych ręce kłaść będą...”*. *Konceptualizacja zdrowia i choroby w pentekostalizmie. Implikacje teologiczno-praktyczne w perspektywie antropologii medycyny*, „Theologia Wratislaviensis” 2013, t. 8, [tu:] *Teologiczne perspektywy zdrowia i choroby*, s. 61–75; idem, *Choroby przewlekłe i ich profilaktyka w nauczaniu konfesyjnym Adwentystów Dnia Siódmego (Seventh-Day Adventists) w Stanach Zjednoczonych*, „Medycyna Nowożytna. Studia nad Kulturą Medyczną” 2016, t. 22, z. 1, s. 29–51; idem, *Dietetyka Sylwestwa Grahama jako przykład standardu medycyny oraz reform dietetycznych w USA w 1. połowie XIX wieku*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Rośliny jako podstawa racjonalnej diety oraz źródło leków*. *Lek roślinny*, t. 5, Wrocław 2016, s. 109–128; idem, *Prorokini zdrowej diety. Propozycje dietetyczne współtwórczyni adwentyzmu Ellen G. White na tle reform zdrowotnych w Stanach Zjednoczonych w drugiej połowie XIX w.*, [w:] B. Płonka-Syroka,

którą potwierdza amerykańska konstytucja. Ma to poważny wpływ na strategię zarządzania epidemią COVID-19 w USA, gdyż władze centralne i stanowe muszą liczyć się z poglądami ok. 100 mln osób, zamieszkujących nie tylko w południowych stanach tzw. „pasa biblijnego”, lecz także w stanach zarządzanych przez Demokratów.

Omówione tu artykuły wpisują się w cały szereg publikacji dotyczących wpływu czynników związanych z modelem organizacji państwa, takich jak istnienie lub brak systemu medycyny publicznej, na niekontrolowany przebieg epidemii COVID-19 oraz związku sprawnego działania takich systemów z postępami w opanowaniu epidemii. Działania oparte na przymusowej kwarantannie, izolacji i okresowym zamknięciu szkół, uczelni i zakładów pracy, wprowadziły podczas I fali epidemii liczne kraje świata (np. Australia, Nowa Zelandia, Japonia, Singapur, Tajlandia, Wietnam, Zjednoczone Emiraty Arabskie, Turcja, Izrael i in.), co doprowadziło do zahamowania rozwoju epidemii, dzięki przerwaniu transmisji poziomej patogenu. Nie odnotowano też w nich setek tysięcy przypadków zgonów, mimo że zdarzały się ich dziesiątki. Epidemia miała jednak charakter kontrolowany i nie objęła całego terytorium tych państw. Równolegle, w krajach, w których system opieki medycznej nie istniał, działał w bardzo ograniczonym zakresie lub był wyłącznie prywatny, nastawiony wyłącznie na osiąganie zysku i nie nakierowany na ochronę zdrowia populacji, epidemia rozwijała się w tempie kuli śniegowej. Działo się tak nie tylko w USA, lecz także w takich krajach jak Indie oraz Brazylia, w których opieka medyczna działa wg tego samego modelu. Artykuły poświęcone tej problematyce ukazywały się w 2020 r. w czasopismach „Polityka” i „Newsweek Polska”⁹¹. Przedstawiały nie tylko tragiczną sytuację w krajach Afryki i Azji, lecz także w państwach zamożnych, dysponujących wysokim poziomem zasobów, a nawet aspirujących do grona światowych mocarstw (takich jak Indie czy Brazylia). Epidemia nie została w nich opanowana, a nawet choćby zahamowana. W 2021 r. nadal przebiega w nich w niekontrolowany sposób. Odnotowywane są bardzo wysokie wskaźniki zachorowań i zgonów. Władze Indii i Brazylii nie zmieniają jednak przyjętej na początku epidemii strategii,

A. Syroka (red.), *Zalecenia i regulacje dotyczące odżywiania w historii Europy (XIII–XXI w.) i w wybranych kulturach pozaeuropejskich*. Historia diety i kultury odżywiania, t. 3, Wrocław 2020, s. 447–471. Pisma „Ojców założycieli” amerykańskich wyznań ewangelikalnych powstały przed wprowadzeniem do medycyny klinicznej standardu bakteriologii. Zawarte w tych pismach poglądy dotyczące ludzkiej cielesności i etiologii procesu chorobowego są zakorzenione albo w starożytnym standardzie patologii humoralnej, albo w koncepcjach etiologicznych wyprowadzanych z niemieckiej medycyny niematerialistycznej z lat 1797–1848 (por. B. Płonka-Syroka, *Niemiecka medycyna romantyczna*, Warszawa 2007). Metody profilaktyki i terapii, którą wyznania te propagują także współcześnie, nawiązują do tych koncepcji etiologicznych. Utrudnia do wdrożenia wśród ortodoksyjnych wyznawców amerykańskich kościołów ewangelikalnych metod profilaktyki, opartych na współczesnym standardzie Evidence Based Medicine.

⁹¹ Można je odnaleźć w internetowych wydaniach tych czasopism z 2020 r.

której istotą jest dopuszczenie do niekontrolowanego rozwoju zakażeń, z pośrednim wyrażeniem zgody na wysoką liczbę zgonów. Nawet gdyby podjęły taką decyzję, nie są w stanie tego przeprowadzić. Na większości terytorium tych krajów nie ma bowiem żadnych placówek medycyny publicznej, które można by wykorzystać do leczenia i profilaktyki COVID-19⁹². Władze państwowe, ze względu na olbrzymią liczbę ludności (Indie) i bardzo duże, ale słabo zaludnione terytorium (Brazylia), nie są w stanie w krótkim czasie utworzyć w masowej skali finansowanych ze środków publicznych placówek podstawowej opieki zdrowotnej i szpitali oraz zapewnić im odpowiedniego wyposażenia i personelu. Jest to bowiem ze względów finansowych i organizacyjnych niemożliwe. Realizowany w nich model zarządzania epidemią nie ma więc na celu ochrony zasobów ludzkich, ale gospodarki. Ma także charakter ograniczony do ochrony interesów członków elity finansowej i społecznej⁹³. Szczepienia ochronne organizowane przez państwo są dostępne dla niewielkiej grupy ludności, głównie w miastach. Sytuację tę „przykrywa” oficjalna propaganda, bagatelizując zagrożenie epidemiczne.

Inaczej przedstawia się w 2021 r. sytuacja w USA. Po objęciu władzy przez Joe Bidena z partii Demokratów, zostały wprowadzone przez amerykański rząd centralny liczne zarządzenia przeciwepidemiczne. Objęły one m.in. nakaz noszenia maseczek ochronnych we wszystkich instytucjach państwowych, a także przymusowe szczepienia wojska i pracowników szpitali publicznych, lekarzy, pielęgniarek i opiekunów domowych osób chorych. W stanach rządzonych przez Demokratów zarządzenia te są realizowane w trybie przymusowym, np. w stanie Nowy York, ale w zarządzanych przez Republikanów są w miarę możliwości prawnych blokowane przez władze stanowe⁹⁴. Ze względu na niespójność przekazu płynącego w USA od władzy do społeczeństwa w sprawie zarządzeń przeciwepidemicznych, a także z powodu własnych, głęboko zakorzenionych przekonań religijnych, tylko

⁹² Około 75% mieszkańców Indii mieszka na obszarach całkowicie pozbawionych infrastruktury medycznej. Nie mają dostępu do profesjonalnej pomocy lekarskiej.

⁹³ Analogiczna sytuacja występowała w starożytności, średniowieczu i czasach wczesnonowoczesnych w Europie i zaczęła ulegać zmianie dopiero w 2 połowie XVIII w. w wyniku reform przeprowadzanych przez państwa absolutystyczne: Austrię i Prusy. Koncepcja objęcia wszystkich mieszkańców państwa opieką medyczną i profilaktyczną udzielaną w tym samym standardzie klinicznym, połączona z ograniczeniem działalności paramedycznej (np. ludowych uzdrowicieli) została jednak wypracowana dopiero w latach 80. XIX w., wraz z wprowadzeniem do medycyny klinicznej standardu bakteriologii. Członkowie władz i społecznych elit uznali wówczas, że zagrożenie bakteriologiczne jest niebezpieczne także dla nich. Pierwszym krajem, który wprowadził system powszechnej opieki medycznej były Niemcy (1883). Por.: B. Płonka-Syroka, *Europejski standard medycyny akademickiej XVIII–XX w. jako podstawa zmian w modelu medycyny publicznej oraz informowania o lekach i chorobach*, [w:] eadem, *Problemy etyczne w farmacji*, Wrocław 2020, s. 86–94.

⁹⁴ *Szczepionka, czyli na ostrzu noża*, „Angora” 2021, R. 32, nr 32, s. 75; *Szczepionka albo śmierć*, ibidem, s. 75.

część odbiorców postrzega przymusowe zarządzenia antycovidowe jako ochronne. Pozostali uznają je za działania opresyjne, naruszające ich wolność osobistą i światopogląd religijny, z którego wyprowadzają postawę antyszczepionkową⁹⁵. Po ponad roku od wybuchu epidemii COVID-19 w USA sytuacji epidemicznej w tym kraju nadal nie udało się ustabilizować. Odnotowuje się tu wciąż najwyższą dzienną liczbę zachorowań na COVID-19 wśród wszystkich krajów na świecie.

Niezależnie od trafności argumentów wykorzystywanych przez publicystów polskich tygodników opinii dla wyjaśnienia niekontrolowanego rozprzestrzeniania się epidemii COVID-19 w USA, łączących niepowodzenie amerykańskiej akcji epidemicznej ze strukturą opieki medycznej w tym kraju warto podkreślić, że przedstawiona tu sytuacja mogła mieć wpływ na narrację polskich artykułów dotyczących organizacji akcji przeciwepidemicznej w Chinach w pierwszych miesiącach epidemii. Rząd chiński, oficjalnie potwierdzając pierwsze zachorowanie na COVID-19 z początkiem stycznia 2020 r., już w marcu zadeklarował, że w wyniku zastosowanych środków epidemia została opanowana. W USA pierwsze oficjalne przypadki tej choroby ogłoszono zaledwie trzy tygodnie później. Nie podjęto jednak przeciw epidemii działań odpowiadających skali zagrożenia i w rezultacie epidemia wymknęła się w USA spod kontroli. Być może stało się to przesłanką do podważania przez amerykańskie media chińskich oficjalnych przekazów prasowych jako niewiarygodnych i zafałszowanych, zarówno w zakresie liczby ofiar, jak i zgonów. Opinie amerykańskich mediów były następnie przekazywane w Polsce na łamach wszystkich czterech analizowanych tygodników opinii. Ponieważ były to pierwsze informacje i oceny przekazywane polskim czytelnikom na temat pandemii COVID-19 w ogóle, u wielu z nich mogły ukształtować specyficzną perspektywę postrzegania tej choroby, która okazała się następnie bardzo trwała i nie poddająca się modyfikacjom. Dodawane były do niej tylko nowe elementy, płynące z aktualnego kontekstu, ale sam rdzeń postrzegania sytuacji pozostaje stały, podobnie jak jej ocena.

Dopiero po ok. dwóch miesiącach od wybuchu epidemii COVID-19 polska narracja prasowa uwolniła się od prostego przejmowania dotyczących jej interpretacji z zagranicy, głównie z mediów amerykańskich. W polskich czasopismach

⁹⁵ Przykładem sprzeciwu wobec szczepień przeciw COVID-19 jest sytuacja, która wystąpiła w październiku 2021 w Nowym Yorku. Gubernator stanu oraz prezydent miasta (wywodzący się z partii Demokratów) wprowadzili obowiązek szczepień dla wszystkich pracowników placówek i służb publicznych, w tym szpitali i domów opieki. Kilka tysięcy osób odmówiło przyjęcia szczepionek, powołując się na swoje przekonania religijne i odwołali się od decyzji władz Nowego Yorku do sądu. Sąd oddalił jednak ich zażalenie na naruszenie przez władze prawa do wolności religii przez wprowadzenie nakazu poddania się szczepieniom. Rezultatem jest zwolnienie z pracy osób niezaszczepionych, zatrudnionych w publicznym sektorze opieki medycznej (lekarzy, pielęgniarek, opiekunek, salowych itp.), a także strażaków i pracowników służb ratunkowych. Wykonywanie pracy w kontakcie z innymi osobami (w tym leczenie i opieka nad chorymi) przez osoby niezaszczepione zostało uznane za zagrożenie dla zdrowia publicznego.

pojawić zaczęły się przede wszystkim nowe fakty i dane porównujące sytuację epidemiczną w różnych krajach świata, z których polscy czytelnicy mogli wyprowadzić własne wnioski. Pierwszy etap relacjonowania epidemii w Chinach przez polskie media prasowe mógł jednak wywrzeć wpływ na interpretację faktów związanych z epidemią także w następnych etapach jej rozwoju. Spotykając się w polskich mediach (zarówno tygodnikach opinii, jak i w TVP i TVN) z podważaniem wiarygodności oficjalnych chińskich danych dotyczących epidemii, niektórzy odbiorcy mogli podtrzymać taką perspektywę także i później, uznając wszystkie komunikaty przekazywane na ten temat przez wszystkie władze za niewiarygodne. Gdy oficjalnych przekazów nie uznawali za wiarygodne, zwrócili się do nieoficjalnych. Szybko znaleźli je w Internecie. Prosty sposób przekazu i powtarzalność występujących w poszczególnych „bańkach informacyjnych” argumentów sprawiały, że zostały przez licznych uczestników internetowych forów dyskusyjnych uznane za wiarygodne. I przekonujące. Miało to wywrzeć wpływ na osobiste strategie zarządzania ryzykiem wybierane przez dużą grupę Polaków w kolejnych miesiącach epidemii.

Ocena roli Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i jej dyrektora Tedrosa Adhanoma Ghebreyesusa w polskim dyskursie prasowym w pierwszym okresie epidemii

Światowa Organizacja Zdrowia już w 2019 r. wydała ostrzeżenie o możliwości wybuchu obejmującej stopniowo cały świat pandemii. Zatrudnieni w niej specjaliści musieli mieć ku temu jakieś podstawy i pierwsze dane⁹⁶. Ostrzeżenie zostało przekazane w światowych mediach, także polskich, ale bez podania szczegółów. Na fali wzmożonej propagandy ekologicznej, która występowała w tych samych mediach przez cały 2019 r., utonęło w powodzi innych, podobnie groźnie brzmiących informacji (globalne ocieplenie, nadmierny przyrost ludności, kurczenie się zasobów wody pitnej, zanieczyszczenie środowiska odpadami przemysłowymi i plastikiem itp.). Ostrzeżenie przed nowym patogenem zostało przez światową publiczność przyjęte bez większego echa. Z pewnością jednak zostało odnotowane przez osoby zatrudnione w krajowych instytucjach nadzoru epidemicznego w tych państwach świata, w których tego rodzaju instytucje istnieją (w Europie

⁹⁶ Tygodnik „Angora” doniósł w jednozdaniowym komunikacie, że w 2019 r. w Afganistanie odnotowano ok. 100 tys. przypadków choroby podobnej do grypy. Wystąpiła tam także epidemia polio, której objawy mają początkowo bardzo podobny przebieg. Stałe monitorowanie sytuacji epidemicznej w świecie stwarza podstawy do postrzegania zagrożeń związanych z pojawianiem się w różnych krajach świata lokalnych epidemii, wywoływanych przez różne rodzaje patogenów. Ostrzeżenie przed wybuchem pandemii wydane przez WHO już w 2019 r. musiało się opierać na jednym z wyników tego rodzaju monitorowania.

już od ponad stu lat). Być może już wtedy instytucje te zaczęły komunikować się ze sobą i wspólnie rozważać związane z potencjalną pandemią kwestie. Nie stało się to jednak faktem medialnym, gdyż z pojawiających się w świecie potencjalnych zagrożeń epidemicznych tylko niektóre ostatecznie przyjmują postać masowego zagrożenia i epidemia faktycznie wybucha. Ponieważ jej wybuch jest przez specjalistów monitorowany, w jakiś sposób przewidywany, udaje się wprowadzić kontrolę już nad jej pierwszym ogniskiem lub ogniskami. Sytuacja tego rodzaju wystąpiła już kilkakrotnie w XXI w. Epidemie udawało się zlokalizować i nie przybierały one postaci fali masowych zachorowań. Po oficjalnym ogłoszeniu przez chińskie władze pierwszych przypadków COVID-19 w mieście Wuhan, WHO powołała się na swoje wcześniejsze komunikaty i ostrzegła, że wkrótce nowy wirus SARS-CoV-2 może stać się przyczyną pandemii na całym świecie. Ostrzeżenie to wydano jednak – zdaniem amerykańskich komentatorów – za późno. Takie oceny zostały następnie przedrukowane w Polsce.

W polskich tygodnikach opinii w pierwszych dwóch miesiącach od oficjalnego ogłoszenia pierwszych przypadków COVID-19 narrację dotyczącą działań Światowej Organizacji Zdrowia i jej dyrektora Tedrosa Adhanoma Ghebreyesusa zdominowały zapożyczone z amerykańskich mediów oceny krytyczne. Można to łączyć z przedstawionym na początku tego rozdziału sposobem relacjonowania epidemii w Chinach, który występował w tym okresie w analizowanych w tym opracowaniu czasopismach. Argumenty krytyczne pod adresem WHO i jej dyrektora przedstawiane polskim czytelnikom czerpano od polityków i urzędników tych państw, w których sposób organizacji opieki zdrowotnej daleko odbiegał od chińskiego, nie równoważąc ich w sposób dostateczny opiniami np. polskich epidemiologów i klinicystów. W rezultacie polski czytelnik tygodników opinii miał okazję zapoznać się z powtarzającymi się krytycznymi opiniami na temat działań WHO i jej dyrektora, których wiarygodność dodatkowo wzmacniały informacje, że krytykę tę wyraża także urzędujący prezydent USA, Donald Trump, nie mając dostatecznego dostępu do ocen o wymowie przeciwnej.

Polskie tygodniki opinii powoływały się na oceny polityków i urzędników z USA i np. z Indii nie opatrując ich komentarzem, tłumaczącym możliwe przyczyny tej krytyki odwołujące się właśnie do tych różnic w modelach opieki medycznej. Dla amerykańskich i indyjskich autorów krytyki WHO i jej przewodniczącego, wywodzących się z krajów, w których leczenie ma charakter odpłatny, a dostęp do niego ma jedynie niewielka część mieszkańców, zastosowane przez chińskie władze metody zarządzania epidemią miały charakter „totalitarny”, a ich pozytywna ocena przez WHO musiała mieć w związku z tym charakter stronniczy. Przykłady kilku tekstów utrzymanych w wyżej zarysowanym standardzie interpretacyjnym zostaną przytoczone poniżej. Nie będziemy jednak szerzej przedstawiać ich treści, z którą czytelnik niniejszego opracowania może się samodzielnie zapoznać sięgając do archiwalnych numerów tygodników z 2020 r.

Skoncentrujemy uwagę jedynie na najważniejszych elementach tej krytyki, które mogły mieć wpływ na polską opinię publiczną i kształtować jej stosunek do później wprowadzanych przez polskie władze państwowe zarządzeń profilaktycznych.

Jędrzej Winiecki w artykule opublikowanym w „Polityce” przedstawił argumenty Samira Sarana, prezesa indyjskiego think tanku ORF, który uznał, że pozytywne opinie WHO i jej dyrektora na temat zastosowanej przez chińskie władze strategii przeciwepidemiczej wykazują „uzależnienie WHO od Chin”. Jako dowód stronnictwa i złych intencji WHO Saran wskazywał na niewysłanie przez tę organizację szybkiej misji badawczej do chińskiego Wuhan, która mogłaby przeprowadzić badania dotyczące źródeł epidemii COVID-19. Saran twierdził, że patogen ten wywodzi się z targu zwierząt znajdującego się w pobliżu laboratorium mikrobiologicznego w tym mieście⁹⁷. Krytykował także – jako stronnictwo – wyrażaną przez WHO pochwałę tempa i zakresu wprowadzanych w Chinach restrykcji, termin ogłoszenia epidemii przez chińskie władze, a także inne aspekty chińskich działań przeciwepidemicznych, w tym postawę wobec epidemii zajmowaną przez prezydenta Chin⁹⁸. W podobnym tonie wypowiedział się na łamach „Gazety Polskiej” Grzegorz Wierchołowski, który określił dyrektora WHO Tedrosa Adhanoma Ghebreyesusa „wspólnikiem chińskiego koronawirusa”⁹⁹. Uznał jego działalność i opinie za ukształtowane pod wpływem ideologii lewicowej, co uznał za dyskredytujące. O niewiarygodności Adhanoma jako dyrektora WHO miało przekonywać m.in. to, że był w latach 2005–2012 ministrem zdrowia w stworzonym przez partię lewicową rządzie Etiopii, który doprowadził do legalizacji aborcji w tym kraju. O braku bezstronności dyrektora WHO w ocenie chińskiej strategii antycovidowej miały też świadczyć dobre relacje Adhanoma Ghebreyesusa z prezydentami Chin i Rosji¹⁰⁰. Publikacji w „Gazecie Polskiej” utrzymanych w podobnym duchu ukazało się w pierwszym półroczu pandemii więcej.

Profesor Cezary Włodarczyk, dyrektor Instytutu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego, usiłował wytłumaczyć czytelnikom „Polityki” zarzuty o zbyt słabe zaangażowanie WHO w początkowym okresie epidemii, a także jej krytykę, że w obliczu epidemii organizacja ta „zawiodła”. Prof. Włodarczyk wskazał, że WHO nie posiada władzy, na podstawie której może wydawać dyrektywy poszczególnym państwom. Może jedynie formułować opinie dotyczące możliwości zagrożenia, co uczyniła. Może także oceniać efektywność zastosowanych przez poszczególne państwa rozwiązań, co może służyć jako rekomendacja do

⁹⁷ Ciekawe, że jeszcze przed tymi badaniami Saran wiedział, skąd pochodzi ten patogen. Opublikowane w 2021 r. wyniki badań nie potwierdziły tej hipotezy.

⁹⁸ J. Winiecki, *WHO is dr Tedros?*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 16, s. 42.

⁹⁹ G. Wierchołowski, *Wspólnik chińskiego koronawirusa*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 15, s. 62.

¹⁰⁰ *Ibidem*, s. 64.

ich zastosowania także w innych krajach. Prof. Włodarczyk wskazał, że wydając ostrzeżenia o możliwości wybuchu epidemii WHO musi rozważnie ogłaszać swe opinie. Nieprzestrzeganie tej zasady może spowodować, że niektóre państwa podejmą wydatki, które okażą się nieuzasadnione. Tak było m.in. po wybuchu epidemii tzw. grypy meksykańskiej, która spowodowała zakup milionów dawek szczepionki przez takie kraje jak Francja i Włochy, co okazało się wydatkiem niepotrzebnym. Podsumowując rozważania na temat roli WHO w zarządzaniu pandemią COVID-19 prof. Włodarczyk podkreślił, że pandemia koronawirusa zweryfikowała brak konkretnej współpracy międzynarodowej i wzajemnej koordynacji działań w dziedzinie zarządzania ryzykiem epidemii. Wykazała także, że WHO jest obecnie bardzo osłabioną strukturą i jako taka wymaga reformy¹⁰¹.

Przytoczone tu przykłady polskich dyskusji prasowych na temat roli WHO w zarządzaniu ryzykiem epidemii, a także oceny kierunku jej działalności, wywarły duży – jak miało się okazać – wpływ na polską opinię publiczną w następnych miesiącach trwania epidemii COVID-19. Takie tygodniki, jak „Gazeta Polska” i „Do Rzeczy” stale odnosiły się do WHO i jej dyrektora krytycznie, podkreślając lewicowy charakter jego poglądów i jego dobre relacje osobiste z prezydentami Chin i Rosji. Miało to wpływać na pozytywne oceny strategii przeciwepidemicznych zastosowanych w tych krajach i decydować o tym, że mają być to opinie stronnice. Jak miało się później okazać, ważnym argumentem, przekonującym niektórych odbiorców do „niewiarygodności” dyrektora WHO było to, że jako minister zdrowia lewicowego rządu Etiopii doprowadził do zalegalizowania aborcji. Argument ten mógł wydawać się od epidemii COVID-19 bardzo odległy, dopóki przeciwnicy szczepień ochronnych nie zaczęli się powoływać na używanie do produkcji szczepionek linii komórkowych pobieranych z ludzkich płodów poddanych aborcji. WHO i jej dyrektor, promujący szczepienia ochronne, zostali w ten sposób „rozpoznani” i „skojarzeni” jako zwolennicy metody krytycznie ocenianej moralnie, która to ocena została przeniesiona na szczepionki. Na nic zdała się opinia papieża Franciszka, podkreślająca moralną dopuszczalność szczepionek wyprodukowanych z wykorzystaniem pobranych w latach 70. XX w. linii komórkowych¹⁰², a także pochwała postawy moralnej osób decydujących się na przyjęcie szczepionki nie tylko dla ochrony własnej, lecz także dla dobra i bezpieczeństwa innych. U części polskich odbiorców rodzimego dyskursu prasowego wytworzyło się już bowiem skojarzenie WHO i jej dyrektora z lewicowością, aborcją i popieraniem imperialnej polityki Chin i Rosji, co stało się podstawą dla

¹⁰¹ J. Winiecki, *op. cit.*, s. 43.

¹⁰² Tego rodzaju materiał biologiczny jest wykorzystywany także do produkcji innych szczepionek. Nie pochodzi on jednak z aborcji, ale z tkanek płodów, które w latach 70. XX w. uległy naturalnemu poronieniu. Posłużyły one do wytworzenia kultur tkankowych, wykorzystywanych w różnych celach medycznych i eksperymentalnych. Wiedza na ten temat nie była jednak wcześniej szerzej rozpowszechniana w mediach, ani nie przebiła się do masowej świadomości.

dyskredytacji wiarygodności tej instytucji i jej dyrektora jako źródła opinii na temat COVID-19.

Odbiorcy ci zaczęli więc poszukiwać informacji dotyczących COVID-19 w innych miejscach, niż oficjalne komunikaty WHO i znajdowali je na internetowych forach dyskusyjnych, w których oficjalny przekaz upowszechniany także przez WHO był silnie krytykowany. Zastanawiać może kariera samego Tedrosa Adhama Ghebreyesusa w polskim Internecie, w którym jego postać stała się trwale rozpoznawalna. Występował on jednak na internetowych forach nie w roli osoby cieszącej się medycznym autorytetem, zdolnej do wydawania wiarygodnych ocen, mogących być podstawą indywidualnej strategii zarządzania epidemią, ale jako obiekt krytyki i personalnych ataków, osoba pod względem naukowym i moralnym niewiarygodna, podobnie jak organizacja, którą kieruje. Nie przyczyniło się to do spopularyzowania wśród członków internetowych grup dyskusyjnych postrzegania COVID-19 wg nowoczesnych kryteriów klinicznych, a wręcz przeciwnie. Mogło stać się poważną barierą utrudniającą ich zrozumienie i zaakceptowanie.

W 2021 r. nowy prezydent USA, Joe Biden, zmienił krytyczną ocenę WHO wyrażaną przez swojego poprzednika. Przywrócił współpracę z WHO i wznowił opłacanie składek wnoszonych do budżetu tej instytucji. Miało to już jednak znikome znaczenie dla niektórych polskich uczestników debaty publicznej. Ukształtowana w 2020 r. opinia o „niewiarygodności” WHO i jej dyrektora uległa wśród części z nich utrwaleniu i do dziś inspirowa ich osobisty sposób zarządzania epidemią.

Ogólnoswiatowe działania na rzecz wytworzenia szczepionki

Ostatnim elementem, istotnym dla kształtowania się standardu polskiego dyskursu prasowego dotyczącego epidemii COVID-19 nie tylko w okresie I fali, lecz w całym pierwszym roku epidemii, jest problem szczepień ochronnych. We współczesnym standardzie klinicznym są one jedyną skuteczną – obok izolacji i kwarantanny – metodą ograniczania zasięgu epidemii. W polskich tygodnikach opinii problem ten także był rozważany. Przyjrzyjmy się obecnie na wybranych przykładach, w jaki sposób.

Dorota Romanowska w „Newsweek Polska” zwróciła uwagę na rozpoczęcie badań klinicznych z udziałem zdrowych ochotników. Pierwszą osobą, która przyjęła szczepionkę amerykańskiej firmy Moderna, była 43-letnia kobieta, matka dwójki dzieci. Głównym tematem podjętym przez autorkę był opis działania wakcyn, które były brane pod uwagę w rozpoczynających się badaniach klinicznych. Zwróciła uwagę na nowoczesną technologię, dzięki której powstała wakcyna firmy Moderna, a także firmy CureVac. W porównaniu do szczepionek, które do tej pory były wykorzystywane w medycynie, nowość stanowił brak konieczności

obecności wirusa, wystarczył jedynie kwas nukleinowy mRNA umieszczony w nanocząsteczce lipidowej, który w organizmie ludzkim zostaje wykorzystany do syntezy odpowiedniego białka, które stanie się celem dla układu odpornościowego¹⁰³. Autorka zwróciła uwagę na procedury dotyczące prowadzonych badań klinicznych związanych ze sprawdzaniem bezpieczeństwa i skuteczności szczepionki i podkreśliła fakt, że szczepionka firmy Moderna przed wprowadzeniem fazy badań klinicznych z udziałem ludzi nie była testowana na zwierzętach, a zgoda na taką decyzję została wydana przez FDA. Wynikało to z faktu, iż badania nad technologią szczepionek mRNA trwały już od wielu lat i dzięki temu udało się wykazać, że po podaniu wakcyny zawierającej kwas nukleinowy organizm zwierzęcy jest w stanie wytworzyć przeciwciała. W momencie rozpoczęcia badań w marcu 2020 r. nie było jednak wiadomo, jak długo będą się wytwarzały przeciwciała, jaki poziom będzie wystarczający do zapobiegnięcia COVID-19 i jak długo będzie się utrzymywał. Powstawało także pytanie, czy koronawirus SARS-CoV-2 będzie miał tendencję do mutacji i jaki wpływ będą one miały na skuteczność powstających szczepionek¹⁰⁴.

O pewnego rodzaju „wyścigu zbrojeń” w celu otrzymania szczepionki przeciw COVID-19 pisali także autorzy „Gazety Polskiej”. Rozmówcą Grzegorza Wszółka był prof. Marcin Drąg z Politechniki Wrocławskiej, który przeprowadzał badania nad koronawirusami wraz z profesorem Rolfem Higenfeldem. W przypadku pandemii COVID-19 wślawił się dokonania dotyczącymi identyfikacji enzymu proteolitycznego znajdującego się w wirusie SARS-CoV-2. Prof. Drąg podzielił się wynikami tych badań z naukowcami z całego świata, co pozwoliło usprawnić działania prowadzące do przygotowywania jeszcze bardziej dokładnych testów diagnostycznych i określenia punktów uchwytu dla projektowanych leków, które mogłyby znaleźć zastosowanie w leczeniu COVID-19. W jego opinii, świat naukowców dysponował odpowiednimi instrumentami i pomysłowością oraz ambicją, by stworzyć w jak najszybszym czasie najbardziej bezpieczny i skuteczny lek na nową chorobę. Zwrócił uwagę na to, że prace nad koronawirusami trwały już od momentu wybuchu pierwszej epidemii SARS, która przez to, że nie doszło do dynamicznego rozprzestrzenienia się patogenu na świecie, wygasła bez konieczności wprowadzania szczepionki lub odpowiedniego leku. Z tego powodu środowiska naukowe dysponowały pewnymi metodami, które mogły przyspieszyć prace nad powstaniem odpowiedniego preparatu¹⁰⁵.

W kolejnych miesiącach w polskich tygodnikach opinii ukazało się wiele artykułów dotyczących badań prowadzących do wyprodukowania szczepionek.

¹⁰³ D. Romanowska, *Szczepionką w koronawirusa*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 13, s. 72.

¹⁰⁴ Ibidem, s. 73.

¹⁰⁵ G. Wszółek, *Świat nauki i lekarze poradzą sobie w walce z koronawirusem*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 13, s. 8–11.

Przyglądano się tym badaniom na ogół z nadzieją. Ponieważ jednak do jesieni 2020 r. nie uzyskano jeszcze w Europie Zachodniej i w USA końcowych rezultatów, nie rozpisywano się na ten temat szerzej.

Temat szczepionek przeciwCOVIDowych został wprowadzony do polskiego dyskursu prasowego w specyficzny sposób. Jak widać na przykładach dwóch przytoczonych powyżej tekstów koncentrowano uwagę czytelników na niezrozumiałych dla wielu z nich szczegółach, co mogło doprowadzić do tego, że odbierali oni te informacje w taki sposób, jak to czynią czytelnicy ulotek dołączonych do opakowań leków. Na ogół znajduje się w nich zaledwie kilka zdań dotyczących skutków leczniczych danego produktu, i niezwykle obszerne omówienie skutków ubocznych. Dla niektórych pacjentów staje się to barierą do rozpoczęcia terapii lub jej szybkiego przerwania, bowiem lek budzi tak wielkie obawy i dyskomfort psychiczny chorego, że terapia z wykorzystaniem tego leku staje się niemożliwa. Zagadnienia te są szeroko opisane w specjalistycznym piśmiennictwie, poświęconym relacjom lekarz-pacjent. Zapanowanie nad objawami lękowymi pacjenta dotyczącymi leku jest możliwe tylko w sytuacji, gdy chory darzy lekarza zaufaniem. Podobna sytuacja występuje w przypadku procedur profilaktycznych, które pacjenci mają wprowadzić w życie dobrowolnie. Uczynią to tylko wtedy, gdy uznają, że zachęcające ich do tego osoby i instytucje są dla nich osobiście wiarygodne. Czy polskie tygodniki opinii w 2020 r. przyczyniły się do wzrostu zaufania do szczepionek? Odpowiedź pozostaje kwestią dyskusyjną.

Wspólnym elementem narracji wszystkich polskich tygodników opinii dotyczących problematyki szczepionek stała się w 2020 r. kwestia procedur rejestracyjnych, mających potwierdzić nie tylko ich efektywność, lecz także bezpieczeństwo stosowania. Czytelników szeroko informowano, że badania nad szczepionkami prowadzone są pod nadzorem europejskich instytucji kontrolnych, które mają prawo dopuszczenia danej szczepionki do użytku albo odmowy takiej rejestracji. Położenie nacisku na bezpieczeństwo szczepionek i długotrwałość procedury ich rejestrowania u niektórych odbiorców mogło obudzić „czerwony alarm”. Czy te procedury nie są bowiem tak żmudne, długotrwałe i skomplikowane, bo szczepionki przeciwCOVIDowe są z jakichś względów szczególnie niebezpieczne, znacznie bardziej niż inne? Wprowadzenie do polskiego dyskursu prasowego kwestii procedur rejestracyjnych było bowiem ewenementem w sposobie przedstawiania w polskiej prasie wcześniej wprowadzanych na krajowy rynek leków. Gdy pojawiały się o nich informacje, np. o nowych lekach przeciw nowotworom czy białaczce, uwagę czytelników koncentrowano nie na przedłużających się procedurach rejestracyjnych czy kontrolnych, ale na nadziejach związanych z możliwością zastosowania nowych metod terapii. W taki sam sposób popularyzowano wiadomości o nowych metodach terapii, np. o dializach. Dlaczego tym razem było inaczej?

Można przypuszczać, że stało się tak z powodu pojawienia się na rynku w 2020 r. pierwszych dwóch szczepionek przeciwko COVID-19: rosyjskiej (Sputnik) oraz chińskiej (Sinovac). Nie zostały one wyprodukowane przez firmy zachodnie, amerykańskie lub europejskie, które w ich produkcji okazały się spóźnione, ale przez ich wschodnich konkurentów. Zarówno Rosja, jak i Chiny należą do światowych potentatów w produkcji leków, półproduktów używanych do ich wytwarzania (z których liczne eksportują), a także szczepionek. Nie zawsze są to leki najnowocześniejsze, ale są produktami o potwierdzonej skuteczności, zatwierdzonymi zgodnie z rygorystycznymi procedurami klinicznymi i o potwierdzonym bezpieczeństwie stosowania. Ze względu na wielkość populacji tych krajów, produkowane są głównie na rynek wewnętrzny, którego potrzeby w większości zaspokajają. Nie odnotowano, jak dotąd, poważnych przykładów wprowadzenia na rynek chiński lub rosyjski, albo eksportu przez te kraje leków budzących zastrzeżenia proceduralne. Ze względu na masową skalę wytwarzania, są to leki o dość prostej strukturze i łatwe w masowej produkcji, a w związku z tym tanie. Ich cena wynika także ze sposobu funkcjonowania przemysłu farmaceutycznego w tych krajach, opartego na dotacjach państwowych, pozwalających na prowadzenie badań, które mają zapewnione stałe źródła finansowania. W firmach prywatnych, których działalność opiera się na rachunku kosztów, na cenę leków składają się także koszty wieloletnich badań, finansowane z zysku osiąganego po wprowadzeniu leku do sprzedaży. W wyniku tego produkowane w zachodnich firmach farmaceutycznych innowacyjne leki i szczepionki są znacznie droższe. Może to, w niesprzyjających warunkach konkurencyjnych, stać się istotną barierą w ich sprzedaży. Do 2020 r. nie odnotowano w światowych mediach szczególnie krytycznych opinii dotyczących produktów i półproduktów farmaceutycznych wytwarzanych w Rosji i w Chinach, ponieważ kierowane były one przede wszystkim na rynek wewnętrzny tych krajów, a pod względem innowacyjności ustępowały na ogół produktom największych zachodnich firm farmaceutycznych (tzw. BIG PHARMA). Gdy jesienią Unia Europejska określiła volumen środków, które jest gotowa przeznaczyć na zakup szczepionek, a także gdy światowy zasięg epidemii stworzył podstawy dla określenia potencjalnego popytu określonego na kilkanaście miliardów dawek¹⁰⁶ czynnik konkurencji na rynku szczepionek przeciwko COVID-19 mógł stać się poważnym faktorem zwiększenia lub zmniejszenia tego popytu na produkty określonych producentów. Czynnikiem istotnym w tej rywalizacji mogła stać się zarówno szybka dostępność danej szczepionki (lub jej brak), możliwość szybkiego zwiększenia produkcji (lub blokujące ją ograniczenia technologiczne), a także cena.

¹⁰⁶ Szczepionki planowano podawać w dwóch dawkach, tylko niektóre w jednej. Liczba dawek, które producenci mogli próbować sprzedać, przekraczała więc liczbę ludności świata.

W światowej przestrzeni medialnej oraz w Internecie zaczęła się więc rywalizacja, której jednym z aspektów było kształtowanie za pomocą metod marketingowych postawy odbiorców wobec produktu. Starano się spopularyzować pozytywny wizerunek produktu własnego, przeciwstawiając jego wybrane cechy produktom konkurencyjnym. Potencjalnym odbiorcom szczepionek przeciwko COVID-19 wyprodukowanym w Rosji i Chinach zaczęto w różnych formach podsuwać interpretacje podważające ich bezpieczeństwo i skuteczność. Mogło to wpłynąć na późniejsze decyzje zakupowe władz państwowych, które natrafiały na opór społeczeństwa przed zastosowaniem konkretnego produktu¹⁰⁷. Tego rodzaju zabiegi znalazły odbicie nie tylko w polskojęzycznym Internecie, w grupach dyskusyjnych i in., lecz także w polskiej telewizji publicznej i prywatnych i źródłach prasowych. Polski odbiorca otrzymywał w ten sposób spójny przekaz kształtujący jego poglądy na temat szczepionek Sputnik i Sinovac. Odwoływano się w nim stale do tych samych elementów: 1) Są to szczepionki oparte na „starej” technologii – w przeciwieństwie do tych, nad którymi są jeszcze prowadzone badania firm amerykańskich i zachodnioeuropejskich. Będą to szczepionki oparte na technologii „nowej”. 2) Są to szczepionki zawierające dezaktywowane elementy wirusa, co może być dla osób szczepionych niebezpieczne, jeżeli skutki szczepionek nie zostaną dostatecznie przebadane i wyeliminowane – w przeciwieństwie do szczepionek amerykańskich i zachodnioeuropejskich, które albo wcale nie będą zawierały elementów wirusa, albo będą w pełni kontrolowały te elementy, dzięki dokładnemu przebadaniu zastosowanych preparatów. 3) Są to szczepionki wprowadzone „pospiesznie”, bez odpowiednich długotrwałych badań – w przeciwieństwie do amerykańskich i zachodnioeuropejskich, które zostaną wprowadzone do użycia dopiero wtedy, gdy badania takie się zakończą. 4) Są to jedyne szczepionki w Rosji i w Chinach, produkowane w przedsiębiorstwach państwowych, nieuwzględniających reguł konkurencji rynkowej – w przeciwieństwie do sytuacji w krajach demokratycznych, w których w produkcji szczepionek uczestniczą firmy prywatne, konkurujące ze sobą, a na rynek zostaną ostatecznie wprowadzone najlepsze produkty, których pozycja utrwali się w wyniku konkurencji¹⁰⁸. Przedstawione tu elementy wykazują wyraźne zakorzenienie w zachodnioeuro-

¹⁰⁷ Strategia wpływania na decyzje zakupowe władz państwowych za pośrednictwem wpływania na opinię publiczną w tych krajach od dawna jest stosowana przez wielkie firmy farmaceutyczne, szczególnie w przypadku produktów adresowanych do dużych grup pacjentów, np. chorych na cukrzycę. W działaniach tego rodzaju stosuje się tzw. marketing szeptany, a także wykorzystuje fora internetowe, skupiając w nich grupy chorych na jedno schorzenie będących konsumentami jednego produktu (np. glukometrów). Produkujące ten produkt firmy usiłują różnymi metodami perswazji ukształtować obraz swojego wytworu jako wiarygodnego, natomiast wytwarzanego przez konkurencję nie. Temat ten jest szeroko opisany w piśmiennictwie specjalistycznym, do którego odsyłamy osoby zainteresowane.

¹⁰⁸ Wszystkie te argumenty można odnaleźć w polskich czasopismach opinii w 2020 r.

pejskiej i amerykańskiej strategii reklamowej. Zawierają afirmację dla innowacyjności i wiarę w potęgę zachodniej technologii. W tego rodzaju przekazie produkt innowacyjny, nowy, wprowadzony do użytku po długich i bardzo wnikliwych procedurach miał zostać przez odbiorców odebrany pozytywnie. Jako lepszy niż konkurencyjny, bardziej skuteczny i bezpieczny. Można mieć wątpliwości, czy w świadomości społecznej Polaków rzeczywiście tak się stało. Skierowany do nich przekaz został przez wielu odbiorców odebrany niezgodnie z intencjami nadawców.

Jakie były długoterminowe skutki tego rodzaju strategii informacyjnej dla powodzenia akcji szczepień populacyjnych przeciw COVID-19 prowadzonej od początku 2021 r.? Bardzo poważne. Pomimo tego, że większość Polaków jest zaszczepiona w dzieciństwie przeciw podstawowym zagrażającym polskiej populacji patogenom, większość szczepi przeciw tym samym chorobom swoje dzieci, a wielu bez oporów szczepi siebie i dzieci także przeciw chorobom tropikalnym przed wyjazdem na egzotyczne wakacje, sposób przedstawiania w 2020 r. szczepionek Sputnik oraz Sinovac w polskim dyskursie prasowym doprowadził do tego, że nie tylko one, ale w ogóle wszystkie szczepionki przeciw COVID-19 zostały uznane przez polskie społeczeństwo za produkty z jakich względów „specyficzne” i „niebezpieczne”. Zaczęły budzić większe obawy niż nadzieje, a ich przyjęcie zaczęło być traktowane raczej jako zagrożenie, niż ochrona. Jeżeli zestawimy podawane w 2020 r. przez prasę argumenty krytyczne przeciw rosyjskiej i chińskiej szczepionce, których strukturę ukazano wyżej, bez trudu możemy je odnaleźć w 2021 r. w wypowiedziach ludzi, którzy nie zamierzają się szczepić także przy użyciu szczepionek zachodniej produkcji. Te z nich, które zawierają żywe patogeny, postrzegane są jako tak samo groźne dla zdrowia i życia, jak szczepionki wyprodukowane w Rosji i Chinach, a te, które takich patogenów nie zawierają i są przedstawiane przez ich producentów jako „bardzo nowoczesne” są przyjmowane z nieufnością. Pojęcie „bardzo nowoczesne” jest bowiem rozumiane przez dużą część Polaków jako „eksperymentalne”. A nikt nie chce stać się obiektem medycznych eksperymentów. Niech wcześniej działanie takich szczepionek wypróbują na sobie inni.

Do podanych wyżej obaw, których źródłem mogą być polskie publikacje prasowe z 2020 r., a także TVP i TVN, należy dodać Internet. Wszystkie te trzy kanały przekazu jednoznacznie krytycznie odniosły się do masowych szczepień wprowadzonych w 2020 r. w Rosji i w Chinach. Mogło to nasunąć polskim odbiorcom obawy dotyczące „prawdziwych intencji” władz Chin i Rosji, namawiających swoich obywateli do przyjmowania niesprawdzonych, niebezpiecznych, obarczonych niedostatecznie zbadanymi skutkami ubocznymi produktów. Postawa ta mogła się przenieść na stosunek do działań także polskiej władzy. Cześć odbiorców mogła potraktować masowe szczepienia ochronne nie jako działania ochronne na rzecz ich zdrowia i życia, ale skierowane przeciw ich zdrowiu i życiu,

wynikające z nie do końca poznanych motywów. Internetowe fora odpowiedziały na to pytanie zalewem teorii spiskowych¹⁰⁹. Dla mniej wyrobionych intelektualnie odbiorców inspiracją dla teorii o „nieistnieniu epidemii” stał się brak w nowoczesnych szczepionkach elementów żywego patogenu. Jeżeli w szczepionce się go nie stosuje, to znaczy że choroba nie istnieje, a w trakcie szczepień realizuje się jakieś inne cele (np. wszczepia czipy). Inni odbiorcy z wiadomości o obecności w szczepionkach „genów” wyprowadzali przekonanie, że szczepionka zmieni ich własny profil genetyczny. Warto przypomnieć, że podobne argumenty wysuwali w XIX stuleciu przeciwnicy szczepień przeciw czarnej ospie, do których wytwarzania stosowano surowicę pobraną od krów, która miała nadawać ludziom cechy zwierzęce.

Oceniając rolę polskich tygodników opinii w ukształtowaniu się w naszym kraju ogólnych ram dyskursu antyszczepionkowego należy uznać, że przynajmniej u niektórych odbiorców mogły się one przyczynić do ukształtowania się postawy niechętniej szczepieniom. Jak wiadomo z badań antropologów kultury i medioznawców, ludzie odbierający adresowane do nich przekazy medialne odbierają z nich nie to, co jest im przekazywane, ale to, co są w stanie z tego przekazu pojąć i przyswoić. Tak przyswojona wiedza staje się następnie podstawą praktycznego zachowania ludzi, stanowiąc jego motywację. Sposób wprowadzania do świadomości polskich czytelników informacji dotyczących szczepionek przeciwko COVID-19 może być przykładem strategii informacyjnej o bardzo poważnych konsekwencjach dla zdrowia publicznego w naszym kraju. Dobór zastosowanych w polskich czasopismach i innych mediach argumentów, podważających bezpieczeństwo i efektywność szczepionki chińskiej i rosyjskiej, stał się u części czytelników podstawą rozszerzającej interpretacji tych argumentów na wszystkie szczepionki przeciwko COVID-19, niezależnie od tego, kto miałby być ich producentem.

Przekaz krytycznie oceniający szczepionki Sinovac i Sputnik okazał się bardzo skuteczny. Zupełnie zahamował zainteresowanie polskiej publiczności szybkim wprowadzeniem tych szczepionek na rynek w naszym kraju. Jesienią 2020 r., gdy pojawiła się w Polsce II fala pandemii, w polskiej opinii publicznej nie ujawniły się masowe oczekiwania konsumentów, aby zakupić już dostępne na rynku szczepionki. Polacy nie wywierali nacisku na władze w tym zakresie, ani na ulicach miast (gdzie trwały wówczas masowe demonstracje związane z innymi problemami, niż epidemia), ani w formie petycji wysyłanych do władz, ani w Internecie.

¹⁰⁹ Zarówno COVID-19, jak i szczepionki przeciw tej chorobie były już latem 2020 r. przedstawiane jako: 1) sposób na wyeliminowanie ze społeczeństwa starszych osób, postrzeganych jako zbędne; 2) sposób zmniejszenia światowej populacji poprzez wywołanie masowej bezpłodności; 3) sposób wyeliminowania ludzi należących do niektórych ras, aby „zrobili miejsce innym” – w domyśle inicjatorom epidemii i organizatorom akcji masowych szczepień ochronnych.

Medialny obraz szczepionek przeciwCOVIDowych wschodniej produkcji – „wprowadzonych przedwcześnie”, „nie wiadomo, czy skutecznych”, „obarczonych skutkami ubocznymi” (w tym mogącymi prowadzić do śmierci), płynący w 2020 r. zgodnie ze wszystkich polskich mediów – został tak rozpowszechniony i tak się utrwalił, że wpłynął na osobiste decyzje szczepionkowe wielu Polaków podejmowane od początku 2021 r. Odmówili oni przyjmowania szczepień, ze względu na budzone przez nie obawy. Postawa ta objęła około 50% polskiej populacji, w tym przede wszystkim młodzież. Jest to zjawisko symptomatyczne o tyle, że jest to grupa wyżej wykształcona niż cała polska populacja. Zarazem jednak to młodzież przede wszystkim korzysta z Internetu i jest bardzo podatna na opinie rozpowszechniane na forach dyskusyjnych, na stronach domorosłych ekspertów medycznych czy na blogach. Dla bardzo wielu Polaków źródłem obawy przed przyjmowaniem szczepionek były internetowe fora, na których debatowano na temat szkodliwości i niebezpieczeństwa związanego z przyjmowaniem szczepionek wschodnich¹¹⁰.

Jako wniosek z niniejszej sytuacji należy postawić postulat, aby w przypadku kolejnych masowych akcji profilaktycznych w obszarze zdrowia publicznego uważniej ważyć słowa i argumenty, nie zdawać się na przypadkowych komentatorów rządowych strategii zdrowotnych o nie zawsze przejrzystych intencjach¹¹¹ i nie zawsze dostatecznie wysokim poziomie kompetencji intelektualnych i językowych. Każda nowość o istotnym znaczeniu dla zdrowia publicznego powinna być bowiem wprowadzana do przekazu publicznego – zarówno pod względem

¹¹⁰ Obawy młodych respondentów dotyczyły bardzo wielu kwestii. Najważniejszą nie okazało się jednak bezpieczeństwo (skutki uboczne, odczyn poszczepienny itp.), ale negatywny wpływ szczepień przeciwCOVIDowych na płodność. Argument ten, nieoparty na faktach, okazał się wyjątkowo nośny w młodym pokoleniu, w którym wiele par nie może doczekać się dzieci. Temat ten zasługuje na osobne opracowanie.

¹¹¹ W trakcie epidemii COVID-19 zdarzały się za granicą przypadki organizowania akcji dyskredytujących ważne osoby zaangażowane we wdrażanie regulacji przeciwepidemicznych. Tak stało się np. w przypadku gubernatora Nowego Yorku, Mario Cuomo, prowadzącego w 2020 r. walkę z epidemią w tym mieście. W 2021 r., po objęciu stanowiska prezydenta USA przez Joe Bidena, Cuomo przystąpił do realizowania programu przymusowych obostrzeń przeciwepidemicznych wdrażanego przez rząd centralny, w tym obowiązkowych szczepień ochronnych pracowników instytucji państwowych, pracowników publicznych szpitali, przytułków i in. oraz obowiązku noszenia maseczek ochronnych. Pozornie bez związku z tym zaangażowaniem, został wówczas oskarżony o niemoralne prowadzenie się (molestowanie seksualne swoich podwładnych), co miało zdyskredytować wiarygodność podejmowanych działań. Mimo dużych zasług w walce z epidemią, Cuomo musiał podać się do dymisji. Demokraci, w których rękach pozostaje urząd gubernatora Nowego Yorku, obsadzili na nim kobietę, aby uniknąć podobnych oskarżeń, w których obyczajowe zarzuty mogą dotyczyć nawet zdarzeń z lat 60. i 70. XX w. Nowa gubernator, pani Kathy Hochul, realizuje program sformułowany wcześniej przez Cuomo. Jest on torpedowany przez przeciwników przymusowych zarządzeń przeciwepidemicznych. Por. „Angora” 2021, R. 32, nr 42, s. 75.

tematycznym, jak i językowym – w sposób staranny i bardzo przemyślany. Nie powinno się pozostawiać tej sprawy dziennikarzom, ale zaangażować do jej przeprowadzenia obdarzonych zdolnościami perswazyjnymi lekarzy. W przekazie polskich telewizji, zarówno publicznej, jak i prywatnych, pojawili się tego typu eksperci. Po prawie dwóch latach trwania epidemii ich osoby oraz poglądy są dla odbiorców rozpoznawalne. W polskich tygodnikach opinii jednak postaci tego formatu zabrakło. Zamiast tego publikowane w nich artykuły odznaczały się w obszarze argumentacji nie tylko brakiem zaufania do kompetencji medycznych autorytetów, lecz często także jawnym ich podważaniem. Dla wielu czytelników stanowiło to dostateczną zachętę do sprzeciwu względem wprowadzanych przez władze wszystkich szczebli zarządzeń przeciwepidemicznych, a także motywacją do wyjaśniania samej epidemii w kategoriach paranauki. W 2020 r. nikt nie potrafił lub nie chciał wytłumaczyć publiczności, jakie mogą być tego konsekwencje. Dziś już to wiemy: ponad 100 tysięcy zgonów, z których wielu można było uniknąć, gdyby ludzie uwierzyli w to, co mówią do nich lekarze. I zechcieli dla własnego dobra ich posłuchać.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych powyżej analiz można wyprowadzić pewne ogólne wnioski, dotyczące kształtowania się standardu polskiej narracji prasowej dotyczącej epidemii COVID-19 w pierwszym roku jej trwania.

We wszystkich analizowanych tygodnikach opinii medyczne aspekty epidemii zostały „przykryte” przez wątki społeczne i polityczne. Epidemia nie była przedstawiana czytelnikom jako poważny problem medyczny wywołany przez przyczynę biologiczną, do którego efektywnego rozwiązania należy wdrożyć w życie strategię przedstawioną przez specjalistów, ale jako zdarzenie egzystencjalne, które nagle na ludzi „spada”, dezorganizując ich życie zawodowe i osobiste.

W polskiej narracji prasowej dotyczącej przebiegu epidemii w świecie, niezależnie od orientacji politycznej danego tygodnika, dominowały argumenty powielane z zagranicznych, głównie amerykańskich przekazów medialnych. Wiele z nich przejmowano w sposób bezkrytyczny lub pozbawiony wnikliwej, bezstronnej oceny. W rezultacie takiej strategii informacyjnej polski czytelnik zainteresowany przebiegiem epidemii COVID-19 na świecie mógł dość dobrze zapoznać się z amerykańską optyką na temat tego problemu. Nie miał natomiast okazji zapoznania się w sposób zrozumiały z optyką odwołującą się do europejskiego standardu klinicznego i standardu publicznej opieki medycznej istniejącego na naszym kontynencie. Stwarzało to wielu czytelnikom duże trudności w samodzielnej ocenie przedstawianych przez poszczególne czasopisma faktów dotyczących rozwoju epidemii i efektywności różnych metod jej zwalczania.

Narrację dotyczącą epidemii występującą we wszystkich analizowanych w tym opracowaniu czasopismach zdominowało przedstawianie działań przeciwepidemicznych wprowadzanych w Europie przymusowo przez władze jako działań opresyjnych, a nie ochronnych. Tematyka poświęconych obostrzeniom przeciwepidemicznym artykułów różnicowała je wg stopnia opresyjności dla obywateli (najmniej opresyjny był tzw. „eksperyment szwedzki”), a nie ze względu na możliwość jak największe ograniczenie strat w ludzkiej populacji.

Wiele z artykułów poświęconych epidemii miało charakter „spersonalizowanych opowieści”, czyniąc ich bohaterami pojedyncze postacie, przedstawiane w sfabularyzowany i emocjonalnie nacechowany sposób. Brak było natomiast rzetelnych opracowań o charakterze popularno-naukowym, opatrzonych w wykresy, tabele i mapy. Przynajmniej w czasopismach kierowanych do lepiej wykształconych odbiorców, takich jak „Polityka” czy „Newsweek Polska”, można by tekstów na takim poziomie oczekiwać. Tym bardziej, że zdarzają się one w tych samych czasopismach – wcale nie sporadycznie – przy omawianiu światowej problematyki gospodarczej.

Wspólną cechą obrazu medialnego epidemii, wyłaniającego się z analizy dyskursu medialnego analizowanych czterech tygodników opinii, jest dualistyczna i spolaryzowana wizja świata. Obejmuje ona nie tylko interpretacje, lecz także fakty, które mają być tych interpretacji podstawą. Wszystkie badane czasopisma zaakceptowały i wprowadziły w życie standard podważania wiarygodności przekazów i interpretacji wydawanych przez instytucje „nienależące do naszego świata”. Podważano w ten sposób przekazy dotyczące faktów (np. liczby zachorowań i zgonów) wyrażane przez oficjalne instytucje medyczne i ich władze (Światowa Organizacja Zdrowia, jej prezydent) i oficjalne instytucje państwowe i ich władze (Chiny, Rosja, ich prezydenci). Negowano wiarygodność oficjalnych danych statystycznych dotyczących przyczyn zgonów na COVID-19, podkreślając, że w różnych krajach są one zbierane i raportowane za pomocą odmiennej metodologii. Negowano skuteczność wyprodukowanych w Rosji i Chinach szczepionek, pomimo tego, że oficjalne instytucje medyczne w tych krajach dopuściły je do obrotu i – jak miało się to okazać po ponad roku ich stosowania – produkty te okazały się skuteczne i bezpieczne. Rezultatem takiej strategii informowania o COVID-19 na świecie okazało się wytworzenie u dużej części polskich odbiorców braku zaufania do wszystkich przekazów dotyczących epidemii płynących z mediów. U części z odbiorców doprowadziło to do zanegowania samego faktu istnienia epidemii, u innych – do tłumaczenia przyczyn epidemii w kategoriach odmiennych niż biologiczne, plasujących się w kręgu paranauki i narracji „spiskowych”.

W polskich tygodnikach opinii widać jednak również cechy konstruktywne w kształtowaniu świadomości polskich czytelników dotyczącej epidemii COVID-19. Niestety były one jednak przedstawiane nie wprost (w tym z dodaniem tabel, map i profesjonalnych analiz), ale w formie sfabularyzowanej, z zastosowaniem

figur retorycznych mających wzbudzać u czytelnika emocje, a nie dostarczać mu dobrze sformułowanych i łatwych do powtórzenia innym argumentów na rzecz określonych sposobów zarządzania ryzykiem podczas epidemii w indywidualnej, osobistej perspektywie. W żadnym z czasopism nie znajdziemy wprawdzie otwartej pochwały „eksperymentalnej strategii przeciwepidemicznej”, zastosowanej przez władze Szwecji, albo negacjonizmu w postrzeganiu epidemii przez władze Białorusi, a z opisów sytuacji epidemicznej w Brazylii czy w Indiach wyrobiony intelektualnie czytelnik „Polityki” może wyprowadzić własne, oparte na podstawach klinicznych wnioski. Co jednak się dzieje, jeżeli brak mu tego rodzaju „wyrobienia”? Czy redakcje polskich tygodników opinii – w obliczu najpoważniejszego zagrożenia zdrowia publicznego w Polsce od zakończenia II wojny światowej – nie powinny były wprowadzić bardziej efektywnej strategii informacyjnej, z której wniosków czytelnik nie musiał wyprowadzać sobie sam, ani też ich się domyślać, ponieważ trudno jest przewidzieć, w jaki sposób to zrobi i jak to wpłynie na jego praktyczne postępowanie?

Monografia pt. *Exercise as a buffer against difficulties with emotion regulation...*, wydana w 2018 r.¹¹², której treść przybliży polskim czytelnikom Klaudia Przyłucka w czasopiśmie „Charaktery. Magazyn Psychologiczny”¹¹³ wprowadza pojęcie dysregulacji emocjonalnej jako złożonego zbioru procesów, które utrudniają ludziom konstruktywne działanie, a tym samym osiągnięcie zakładanych przez nich celów. Dysregulacja emocjonalna polega na: 1) braku świadomości, zrozumienia i akceptacji emocji; 2) braku strategii adaptacyjnych regulujących emocje, ich intensywność i/lub czas trwania; 3) niechęci do doświadczania emocjonalnego niepokoju podczas dążenia do pożądanego celu; 4) niezdolności do angażowania się w zachowania ukierunkowane na cel podczas doświadczania cierpienia. Osoby znajdujące się w tym stanie wykazują charakterystyczne typy reagowania na sytuacje, które uznają za groźne i przerastające możliwości ich rozwiązania. Reagują więc unikając tych sytuacji, nadmiernie je przeżywają w sposób jakby „zatrzymany w czasie”, nie potrafiąc samodzielnie się z nich wyzwolić i „pójść do przodu”, przybierają sztywną postawę interpretacyjną wobec dostrzeganych faktów w obawie, że każda zmiana ich nastawienia zwiększy ich lęk i poczucie zagrożenia. Najważniejszym jednak typem reakcji na silne zagrożenie, dającej się scharakteryzować jako należąca do obszaru dysregulacji, jest niezdolność do angażowania się w zachowania ukierunkowane na cel podczas doświadczania cierpienia. Po ogłoszeniu przez polski rząd w połowie marca 2020 r. stanu epidemii, niewątpliwie mieliśmy w naszym kraju do czynienia z sytuacją,

¹¹² E.E. Bernstein, R.J. Mc Nally, *Exercise as a buffer against difficulties with emotion regulation: A pathway to emotional wellbeing*, *Behavior Research and Therapy* (2018).

¹¹³ K. Przyłucka (opr.), *Kiedy emocje obezwładniają...*, „Charaktery. Magazyn Psychologiczny” 2021, nr 10 (297), s. 8.

która może być przez społeczeństwo uznana za groźną i przerastającą możliwość jej rozwiązania. Analizowane w tym rozdziale przekazy prasowe w znikomym stopniu mogły jednak przyczynić się do ukształtowania wśród czytelników postawy, w której zachowaliby oni zdolność do konstruktywnego działania w sytuacji zagrożenia. Wiele artykułów wzmacniało nawet mechanizmy psychologiczne mogące prowadzić do dysregulacji.

Nie zatrudniając na czas epidemii autorów profesjonalnie przygotowanych do popularyzowania podstaw standardu klinicznego (na przykład wykładowców historii medycyny i farmacji, propedeutyki medycyny itp.) i powierzając pisanie tekstów autorom niepotrafiącym wywiązać się z tego zadania, polskie tygodniki opinii nie mobilizowały swoich czytelników do opracowywania maksymalnie efektywnych osobistych strategii zarządzania epidemią, lecz wręcz przeciwnie, wiele z tych przekazów wzmacniało mechanizmy dysregulacji emocjonalnej. Polska publicystyka prasowa poświęcona epidemii nie stała się dostatecznym wsparciem dla edukacyjnej działalności lekarzy reprezentujących polskie oficjalne instytucje akademickie, występującym w różnego rodzaju mediach. W swoim przekazie na temat epidemii, operującym metodologią i językiem klinicznym, lekarze ci przez większość społeczeństwa pozostali niezrozumiani, nawet gdy duża część publiczności chciała ich zrozumieć. Treści kliniczne, które wydają się lekarzom proste do zrozumienia, są oczywiście dla ich kolegów-klinicystów, a po pewnym treningu intelektualnym stają się także również dla studentów, dla przeciętnego odbiorcy, nawet tego z wyższym wykształceniem, okazały się zbyt trudne do przyswojenia. Epidemia nie została w związku z tym przez dużą część polskiego społeczeństwa we właściwy sposób zrozumiana i zinterpretowana, a związku z tym osobiste strategie zarządzania epidemią miały w tej grupie charakter dysregulacyjny. Począwszy od negowania zagrożenia (mechanizm zaprzeczania), przez zamykanie się w opartych na irracjonalnych podstawach „bańkach interpretacyjnych”, aż po agresję, kierowaną przeciw wszystkim o innych niż oni sami poglądach. Żadna z tych strategii nie mogła doprowadzić do efektywnego zmierzenia się z problemem epidemii, ale wybierający je ludzie nie mieli tego świadomości. Lekarze pozostali ze swym przekazem dotyczącym epidemii sami, docierając wyłącznie do tych odbiorców, którzy byli w stanie go zrozumieć. Pozostali „okopali się” na pozycjach od negacjonistycznych po paranaukowe, opartych na przekonaniu, że ich prywatne zdrowie i strategie wiodące do jego zachowania należą do obszaru, w którym każdy ma prawo dyskutować i w równy sposób wyrazić własne zdanie, uznając że mają do tego pełne kompetencje. Skutkiem tego sposobu konceptualizowania epidemii było pojawienie się drugiej, trzeciej i czwartej fali COVID-19 w Polsce, przy zaledwie połowie zaszczepionych, mimo szerokiej dostępności szczepionek, podawanych obywatelom bezpłatnie. Brak profesjonalizmu w przedstawianiu problematyki epidemii COVID-19 w świecie, jako poważnego problemu biologicznego wymagającego wprowadzenia nadzwyczajnych

środków w celu jego rozwiązania, spowodował ponadto, że polski przekaz prasowy nie stał się istotnym kontrapunktem dla negacjonistycznych, eskapistycznych czy podbudowanych agresją indywidualnych reakcji na tę chorobę. Nie stał się także realną barierą dla szerokiej recepcji w świadomości społecznej treści paranaukowych, upowszechnianych przez ich zwolenników.

Formation of information strategy on COVID-19 in Polish opinion weeklies during the first year of the pandemic

The article presents the formation of the information strategy on COVID-19 in four Polish large-circulation weekly opinion magazines: “Polityka”, “Newsweek”, “Do Rzeczy” and “Sieci”. These are magazines with diverse political orientations and addressed to different groups of potential recipients. Their total circulation is about 300 thousand copies, which allows to estimate the number of their recipients at about 1 million (taking into account families of buyers) and about 2 million (taking into account a close circle of friends to whom information obtained from reading is passed on). These numbers justify undertaking research on the formation of information strategies of these periodicals during the first wave of the epidemic. For a large group of Poles, information obtained from the periodicals was an important source of knowledge about the COVID-19 epidemic, influencing their views and behavior. The source basis for this study were texts published in Polish opinion weeklies from January to September 2020. The article analyzes how the epidemic was presented to Polish readers and the arguments, rhetorical devices and persuasive methods used by journalists. The aim of the article was to determine whether the methods used in the examined magazines to describe the COVID-19 epidemic could have contributed to the perception of the epidemic and the associated threat to health and life primarily in medical terms and provided readers with comprehensive, reliable knowledge and communicated in a way that was understandable to them. If this was not the case, our intention was to bring out other perspectives present in the articles analyzed. From our analysis, we drew conclusions about the implications of this type of information policy for the conduct of the COVID-19 outbreak prevention campaign, including the limited success of immunizations conducted in 2021.

Key words: COVID-19, epidemic in Poland, press discourse on the epidemic

Bożena Płonka-Syroka, Monika Hudaszek

Kształtowanie obrazu COVID-19 w Polsce w polskich tygodnikach opinii w pierwszym roku epidemii (od lutego do października 2020 r.)

Wprowadzenie

Polskie tygodniki opinii wprowadziły do publicznego obiegu informacje na temat wczesnego etapu epidemii COVID-19 na świecie z opóźnieniem i – jak to zostało omówione w poprzednim rozdziale – w dość jednostronny i tendencyjny sposób. Miało to w bliskiej przyszłości utrudnić przedstawienie racjonalnego i opartego na faktach klinicznych obrazu epidemii w Polsce, kiedy niespodziewanie dla laików choroba ta dość szybko po oficjalnym potwierdzeniu jej pierwszych przypadków w Chinach i w USA, a następnie w Europie Zachodniej, pojawiła się w Polsce. Artykuły dotyczące epidemii w naszym kraju publikowały wszystkie cztery analizowane w tym opracowaniu tytuły prasowe. Nie będziemy przedstawiać wszystkich ich publikacji na ten temat, wydanych od marca do końca września 2020 r. Skoncentrujemy swoją uwagę jedynie na niektórych, aby wydobyć te elementy ich treści, które mogły w istotny sposób kształtować opinie i postawy czytelników. Wiele z elementów narracji obecnych w danym tygodniku w marcu 2020 r. powtarzało się bowiem także później, co należy uznać za odzwierciedlenie względnie trwałych poglądów kolegium redakcyjnego danego czasopisma na temat epidemii.

Jak już wspomnieliśmy w poprzednim rozdziale, żaden z badanych tygodników nie zdecydował się na zatrudnienie na czas epidemii stałego eksperta medycznego dysponującego profesjonalnym wykształceniem lekarskim. Nie powierzył też stałej rubryki lekarzowi. Treści dotyczące epidemii COVID-19 w Polsce były w związku z tym w krajowych tygodnikach opinii przedstawiane czytelnikom przez dziennikarzy i publicystów, z których żaden nie legitymował się wykształceniem lekarskim. Komentowali więc zarówno przebieg epidemii, jak i metody stosowane w celu ograniczenia jej rozprzestrzeniania się z punktu widzenia laików. Sami przyswoili współczesny standard kliniczny w ograniczonym stopniu

i z takiej perspektywy upowszechniali własne opinie wśród czytelników. Narracja artykułów prasowych odzwierciedlała przede wszystkim ich osobiste poglądy, obawy czy uprzedzenia, a nie poglądy polskich klinicystów zaangażowanych w walkę z epidemią¹. Przyjrzyjmy się obecnie wybranym przykładom ujęcia epidemii COVID-19 w polskich tygodnikach opinii w pierwszych miesiącach od jej wybuchu w Polsce.

Początki epidemii w Polsce w ujęciu polskich tygodników opinii

Obserwowane pierwsze przypadki zakażeń w innych krajach nie pozostawiały lekarzom klinicznym złudzeń, że także w Polsce wkrótce może dojść do rozwoju epidemii. Świadomość zagrożenia epidemią w polskim społeczeństwie była jednak w styczniu 2020 r. znikoma. Dopiero dramatyczne relacje z Europy Zachodniej, które zaczęły prywatnymi kanałami docierać do Polski w lutym 2020 r.,

¹ Jak wpływa zatrudnienie konsultanta medycznego na sposób przekazywania treści związanych z epidemią COVID-19 można przedstawić na podstawie telewizji POLSAT. Od ogłoszenia epidemii w marcu 2020 r. do października 2021 r. przedstawiane w tej telewizji opinie na temat epidemii odzwierciedlały standard tzw. pluralizmu medycznego. Obok poglądów polskich epidemiologów i klinicystów, specjalizujących się w leczeniu chorób zakaźnych, telewizja przedstawiała – na równych prawach – także poglądy z nimi sprzeczne (np. lekarza propagującego leczenie COVID-19 amantydyną, czy lekarki podważającej sens powszechnych szczepień ochronnych). W październiku 2021 r., w obliczu nadciągającej czwartej fali epidemii, przekaz telewizji POLSAT dotyczący kwestii związanych z epidemią został podporządkowany argumentacji klinicznej. Przedstawiono oficjalnie konsultanta medycznego tej stacji, profesora o ugruntowanej pozycji naukowej i dużym doświadczeniu klinicznym, który miał odtąd wspomagać dziennikarzy w przekazywaniu treści dotyczących epidemii, nadając im postać zgodną ze współczesnym standardem klinicznym. Wpływ decyzji o powołaniu stałego konsultanta medycznego znalazł odbicie zarówno w doborze tematów dotyczących epidemii, jak i w ukierunkowaniu komentarzy. Telewizja POLSAT prezentuje obecnie zdecydowane poparcie dla programu szczepień przeciwko COVID-19, ukazuje konsekwencje braku szczepień – zarówno na poziomie statystycznym (podkreślając związek niskiego poziomu wyszczepienia mieszkańców danego województwa z wysokim poziomem zachorowań i zgonów na COVID-19), jak i na poziomie „fabularnym” (przedstawiając indywidualne historie osób zmarłych na COVID-19 i u których wystąpiła bardzo ciężka, zagrażająca życiu postać choroby). Piętnowane jest uchylanie się od szczepień, którego skutkiem jest choroba (a potencjalnie także śmierć), które to ryzyko pacjent sam na siebie sprowadził. Tego rodzaju narracja, przekazywana wiele razy w ciągu dnia, prostymi słowami tłumaczy odbiorcom, na czym polega zagrożenie epidemiczne, w jaki sposób rozprzestrzenia się COVID-19, jak można uniknąć zakażenia, a także jaki jest sens szczepień ochronnych. Z narracji „covidowej” telewizji POLSAT zniknęły zarazem wątki nawiązujące do pluralizmu medycznego, przedstawiane wcześniej m.in. w formie wywiadów z osobami krytycznie nastawionymi do standardu klinicznego, podważającymi sens wprowadzanych przez władze zarządzeń sanitarno-epidemicznych i szczepień ochronnych.

zmieniły ten stan rzeczy. Dopóki epidemia szerzyła się w Chinach, traktowano ją jako problem mało istotny dla Polski, traktując ją tak samo, jak doniesienia o eboli w Afryce czy cholery w Indiach. Polska opinia publiczna w niewielkim bowiem stopniu była nimi zainteresowana. Poczucie potencjalnego zagrożenia epidemią COVID-19 pojawiło się wśród Polaków dopiero po jej wybuchu w Europie Zachodniej. W różnych państwach UE mieszkało bowiem w początkach 2020 r. ponad 4 miliony Polaków, a setki tysięcy pracowało tam czasowo lub studiowało. Większość z nich znała języki obce w stopniu na tyle dobrym, że mogła śledzić doniesienia lokalnych mediów dotyczące szybkiego wzrostu liczby zakażeń i zgonów. Obserwowali także w miejscach swojego zamieszkania tworzenie się ognisk zakażeń, z których rozprzestrzeniła się epidemia, a także pierwsze wprowadzane przez władze państw Europy Zachodniej zarządzenia przeciwepidemiczne o charakterze przymusowym. Informacje na ten temat zaczęli przekazywać krewnym i znajomym w Polsce, tworząc dramatyczny obraz epidemii, nad którą nikt w dostatecznym stopniu nie panuje, ani lekarze, ani władze państwowe i regionalne. Na prywatne konta mailowe Polaków zaczęły napływać zarówno indywidualne ostrzeżenia przed zagrożeniem epidemią, jak i zdjęcia dotyczące różnych aspektów jej przebiegu. Jedne z nich były kopiami oficjalnych zdjęć przekazywanych przez zachodnie telewizje, inne zdjęciami z własnych miejsc zamieszkania, w których epidemia wytworzyła swoje ognisko. W tym drugim przypadku informacje przesyłane do Polski miały często charakter paniczny². Były to bowiem komunikaty prywatne, koncentrujące się na obserwacjach wzrastającej skali zagrożenia epidemicznego, w ich narracji nie występowały natomiast informacje o podejmowanych przez władze działaniach przeciwepidemicznych wyrażające zrozumienie dla ich sensowności i celu. Działania te były w prywatnych przekazach mailowych dotyczących epidemii COVID-19 w Europie Zachodniej postrzegane przede wszystkim jako groźne. Wprowadzanie lokalnej kwarantanny, zakaz wychodzenia z domu, dezynfekcja ulic itp. nie były przedstawiane polskim krewnym i znajomym jako działania uzasadnione w sensie klinicznym, ponieważ Polacy przesyłający z zagranicy krewnym i znajomym w Polsce wiadomości na temat epidemii nie byli w stanie w sposób zrozumiały przedstawić tego sensu. Epidemia budziła grozę, ponieważ wprowadzane przez władze państw zachodnioeuropejskich zarządzenia sanitarne miały niecodzienny charakter. Nie były nigdy dotąd przez Polaków przebywających za granicą w takiej skali obserwowane.

² Jedną ze współautorek tego artykułu, prof. B. Płonka-Syroka, otrzymywała wspomniane tu ostrzeżenia przed epidemią, utrzymane w nastroju grozy, od krewnych i znajomych z Nadrenii-Westfalii. Sytuacja epidemiczna w tym kraju związkowym Niemiec szybko okazała się bardzo poważna. Zamieszkali w Nadrenii Polacy przekazywali sobie ostrzeżenia i informacje o epidemii wysyłane z prywatnych adresów mailowych w języku polskim. Wielu z nich wysyłało je także na bieżąco do rodzin i znajomych w Polsce. Informacjom towarzyszyły zdjęcia i wiadomości o zgonach kolejnych osób, zmarłych z powodu epidemii COVID-19.

Ten sposób przekazu pierwszych wiadomości na temat potencjalnego zagrożenia epidemią COVID-19 w Polsce, zdominowany przez informacje prywatne przekazywane przez laików, miał bardzo poważny wpływ na sposób jej postrzegania w polskim społeczeństwie w całym pierwszym roku epidemii w naszym kraju, a na niektórych jego obszarach także w 2021 r. Przekaz prywatny był bowiem albo zdominowany przez indywidualne obawy o własne zdrowie i życie (łącznie z niewielkim stopniem zrozumienia dla wprowadzanych przez władze zarządzeń przeciwepidemicznych), albo przez brak takich obaw, wynikający z przekonania, że epidemia faktycznie nie istnieje, a wprowadzane przez władze zarządzenia wynikają z niejasnych pobudek. Te dwa nurty nie były w dostatecznym stopniu równoważone przez informacje płynące z oficjalnych mediów, które w styczniu i w lutym 2020 r. informowały Polaków w kraju o epidemii COVID-19 na świecie w bardzo skromnym wymiarze. Prywatny przekaz na temat epidemii nie był także równoważony przez przekaz instytucjonalny (zarówno telewizyjny, jak i prasowy), z powodu braku zainteresowania większości Polaków systematycznym oglądaniem bieżących wiadomości podawanych przez telewizję publiczną, telewizję prywatną i prasę. Według badań medioznawczych do systematycznego oglądania wiadomości dnia we wszystkich dostępnych kanałach telewizji przynajmniej 20% Polaków. Pozostali odbiorcy, stanowiący większość polskiej populacji, nie są takim przekazem zainteresowani. Najbardziej poczytne tygodniki o profilu publicystyczno-informacyjnym³, kształtujące poglądy czytelników w kwestiach bieżących, systematycznie kupuje w Polsce mniej niż pół miliona odbiorców. Wraz z rodzinami i znajomymi stanowią oni (potencjalnie) grupę do dwóch milionów czytelników. Pozostali nie kupują i nie czytają systematycznie prasy, ani tygodniowej, ani codziennej. Około 70% Polaków korzysta za to systematycznie z Internetu. Obiektem ich zainteresowania nie są jednak zazwyczaj aktualne wiadomości z kraju i ze świata, lecz filmy fabularne, różne rodzaje rozrywek oraz grupy dyskusyjne („fora społecznościowe”). Dopóki jakiś problem nie przykuje uwagi tych grup i nie zostanie przez nie uznany za wart codziennego omawiania, internauci nie poszukują informacji na ten temat i nie dyskutują o nim z innymi członkami takich grup. Jeżeli jednak już tak się stanie, sposób pojmowania tego problemu kształtowany jest wśród członków grupy dyskusyjnej w sposób oderwany od oficjalnego przekazu medialnego, zarówno telewizyjnego, jak i prasowego. Nie jest on bowiem dla tej kategorii internautów istotny, nie jest więc przez nich odbierany. W sytuacji, gdy pierwsze informacje na temat epidemii COVID-19 w Europie docierały do Polaków kanałami prywatnymi, wielu z tych, którzy uznali je za ważne i interesujące, zaczęło poszukiwać dalszych

³ Odróżniamy je od tzw. prasy kobiecej, wydawanej w dużych nakładach, w której jednak bieżąca tematyka polityczna na świecie i w Polsce (w tym zagrożenia ekologiczne i epidemiczne) nie jest poruszana.

wiadomości na ten temat w Internecie, a nie w telewizji i prasie. Ukształtowało to zarówno ich sposób postrzegania epidemii COVID-19, jak i ich strategię postępowania, ich indywidualny model zarządzania epidemią. Bardzo wielu Polaków nie uwzględniało w tym modelu argumentacji klinicznej, gdyż albo jej nie poznało, albo nie było w stanie jej zrozumieć i przyswoić sobie jej standardu. Ich działanie w trakcie epidemii opierało się w związku z tym na innych niż kliniczne rodzajach argumentów.

Omawiana tu sytuacja wystąpiła w Polsce w lutym 2020 r., gdy coraz częściej problem epidemii w Europie Zachodniej zaczął interesować polskich internautów. O ile epidemia w Chinach wydawała się większości z nich egzotyczna, podobnie jak wcześniejsze informacje o epidemii SARS i MERS w Azji, czy też eboli w Afryce, o tyle epidemia COVID-19, która w 2020 r. wystąpiła we Włoszech, w Niemczech, Francji czy Holandii została przez polskich internautów zauważona jako potencjalne zagrożenie także dla nich. Z tej perspektywy zaczęto przeglądać internetowe serwisy dotyczące przebiegu epidemii na zachodzie Europy, wysokiego poziomu śmiertelności, bezradności tamtejszych lekarzy wobec choroby, braku skutecznych leków oraz niemożliwości zaopatrzenia wszystkich pacjentów w respiratory. W polskiej opinii publicznej zaczęły pojawiać się w związku z tym pierwsze przejawy paniki, potęgowane przez wspomniane wyżej prywatne informacje telefoniczne lub mailowe od mieszkających w Europie Zachodniej krewnych i znajomych.

Do 4 marca 2020 r. pytania krążące w przestrzeni publicznej dotyczyły terminu pojawienia się epidemii w Polsce i jej potencjalnego dalszego przebiegu. Chaos informacyjny, spowodowany niskim poziomem wiedzy na temat nowego patogenu, a także mało profesjonalnym sposobem przedstawiania informacji na jej temat w polskich mediach w styczniu i w lutym sprawił, że wielu obywateli Polski wykazywać zaczęło nastroje paniczne, inspirowane przez wiadomości uzyskiwane prywatnymi kanałami oraz z Internetu. Jednym ze skutków tej sytuacji było podejmowanie indywidualnych działań zaradczych, które w skali zbiorowej można uznać za wstępny etap zarządzania epidemią, której nadejścia do Polski powszechnie się spodziewano. Najważniejszym wśród nich było wykupywanie towarów spożywczych o długim okresie przechowywania, środków czystości, zakup zapasu leków, oraz wypłacanie oszczędności przechowywanych na rachunkach bankowych. Polacy w lutym i w początkach marca 2020 r. wypłacili ze swoich kont bankowych miliardy złotych, uważając za bezpieczniejsze ich przechowywanie w domu lub szybką ich zamianę na inne dobra (złoto, mieszkania) lub obce waluty. Na przełomie lutego i marca wiadomości z Chin i Europy Zachodniej ukształtowały u większości polskiej opinii publicznej nastawienie, że epidemia dotrze wkrótce do Polski i może przybrać apokaliptyczne rozmiary. Próbowali więc podjąć jakieś działania ochronne. Oficjalny przekaz medialny nie zawierał jednak do końca lutego 2020 r. żadnych informacji na temat tego, w jaki

sposób należałoby to zrobić. Rozszerzających się nastrojów paniki oficjalnie nie zauważano. Nie podjęto też żadnych prób inspirowania polskiej opinii publicznej w kierunku podejmowania działań racjonalnych z punktu widzenia standardu medycyny klinicznej.

Dopiero w pierwszych dniach marca 2020 r. przejawy paniki z powodu spodziewanego „ataku epidemii na Polskę” zostały odnotowane w polskich tygodnikach opinii. We wszystkich czterech analizowanych w tym opracowaniu czasopismach panika została oceniona jako nieuzasadniona, a spowodowane przez nią indywidualne strategie działań ochronno-zapobiegawczych – jako irracjonalne. Publikowane w tygodnikach artykuły miały uspokoić nastroje społeczne. Kilka przykładów przytoczymy poniżej.

Agnieszka Niewińska opublikowała w tygodniku „Do Rzeczy” artykuł zatytułowany *Zarażeni paniką*. Tekst ostrzegał przed panicznymi reakcjami na epidemię oraz podejmowaniem nieuzasadnionych działań z tym związanych, takich jak np. zakup w Internecie po spekulacyjnych cenach maseczek ochronnych⁴. Rozmówcą Agnieszki Niewińskiej był rzecznik Głównej Inspekcji Sanitarnej, który przestrzegał czytelników przed poddawaniem się efektowi tłumu i kupowaniem maseczek, szczególnie przez osoby zdrowe. Według niego maseczki powinny być zarezerwowane tylko dla personelu medycznego⁵. Opinia ta wyrażała pogląd formułowany w marcu 2020 r. przez lekarzy i inne osoby pełniące w Polsce oficjalne funkcje w administracji państwowej. Pogląd taki wyraził w marcu 2020 r. m.in. ówczesny Minister Zdrowia, prof. Łukasz Szumowski, który na pytanie redaktora Roberta Mazurka o konieczność użytkowania masek odpowiadał, że maseczki nie pomagają i nie chronią przed zarażeniem. Nie powinny być więc używane⁶. Po kilku tygodniach obserwacji przebiegu epidemii stanowisko lekarzy polskich w tej kwestii uległo jednak zasadniczej zmianie. Nie tylko zalecali noszenie maseczek przez wszystkich, lecz także propagowali – w przypadku braku maseczek – zasłanianie ust i nosa osłonami wykonanymi domowym sposobem. Początkowe niejasności dotyczące celowości osłaniania maseczką ust i nosa, popularyzowane w Polsce w telewizji i w prasie, przyczyniły się jednak do ukształtowania u wielu Polaków postawy braku zaufania do tej metody profilaktycznej. Przeciwnicy noszenia maseczek stale przywoływali w kolejnych miesiącach 2020 r. marcowe wypowiedzi Ministra Zdrowia i ówczesnego Głównego Inspektora Sanitarnego.

Kwestia ogólnonarodowej paniki związanej z możliwością wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce znalazła odbicie także na łamach czasopisma „Newsweek Polska”. Dawid Karpiuk opisywał jak wiadomość o pojawiających się pierwszych

⁴ A. Niewińska, *Zarażeni paniką*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr 10, s. 38–39.

⁵ Ibidem, s. 41.

⁶ <https://www.rmfm24.pl/tylko-w-rmf24/poranna-rozmowa/news-szumowski-o-koronawirusie-maseczki-nie-pomagaja-80-proc-zach,nid,4347032> (dostęp: 29.04.2021).

przypadkach zakażenia wpływała na nastroje obywateli. Jedną z bohaterek artykułu była kobieta siedząca na zatłoczonym korytarzu warszawskiej przychodni POZ, która borykała się z katarem i kichaniem, co w połączeniu z atmosferą wszechobecnego strachu wywoływało uczucie niepokoju wśród innych pacjentów. Rozmówczyni zwróciła uwagę na fakt dominującego wśród Polaków uczucia znalezienia się w potrzasku, mimo pozorów normalności – ludzi chodzących do pracy, dzieci do szkół i otwartych sklepów⁷. Autor artykułu, skupiając się na konkretnych osobach zamiast na bezosobowym tłumie, kierował uwagę czytelników na możliwość potencjalnego zarażenia się także ich samych. Temat dotyczący rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 przestał być odległy, dotyczący obywateli innych krajów – od tej pory zakażoną osobą mógł być każdy człowiek mijany na ulicy. Doprowadzało to do sytuacji irracjonalnych, np. anonimowych donosów, które były kierowane do służb mundurowych, czego przykładem było zatrzymanie pary młodych ludzi na stacji benzynowej w Lwówku Śląskim. W dalszej części artykułu opisane zostały rozmowy z przedstawicielami systemu ochrony zdrowia, którzy wskazywali na poważne problemy związane z rozwojem pandemii w Polsce. Jednym z nich były kończące się zapasy środków ochrony osobistej, w tym w szpitalu w Zielonej Górze, do którego trafił pierwszy chory na COVID-19 w Polsce. Stres związany z trudnościami w zapewnieniu placówkom ochrony zdrowia podstawowych środków dezynfekcyjnych oraz profesjonalnej odzieży ochronnej negatywnie wpływał na nastawienie personelu do pacjentów i stanowił przeciwieństwo komunikatów, które były kierowane do społeczeństwa przez rządzących. Medycy zwracali uwagę również na wszechobecną panikę i zaniepokojenie wśród pacjentów, szczególnie tych borykających się z przewlekłymi chorobami. W artykule zamieszczona została także strategia proponowana przez dr Agnieszkę Mastalerz-Migas, krajową konsultantkę w dziedzinie medycyny rodzinnej, która rekomendowała stopniowe ograniczanie ruchu w przychodniach na rzecz tzw. teleporad, udzielanych pacjentom wyłącznie przez telefon⁸. Autor artykułu odnotowywał także inne przykłady paniki, jaka w związku z epidemią zapanowała wśród Polaków. Obok wspomnianych już obaw przed korzystaniem z przychodni lub lęku przed możliwością zarażenia się nowym wirusem od każdej osoby wykazującej objawy infekcji, dziennikarz przytoczył także informacje o masowym wykupywaniu leków przez pacjentów, środków spożywczych w sklepach i środków dezynfekcyjnych w drogeriach i sklepach chemicznych. Przykłady te świadczyły jego zdaniem o tym, że schemat działania obywateli wszystkich krajów świata w obliczu pandemii był taki sam. Powody takiego zachowania próbował wyjaśniać w artykule dr Wiesław Baryła, psycholog z Uniwersytetu SWPS. W jego opinii było to skutkiem mechanizmu, który został wykształcony

⁷ D. Karpiuk, *Strach*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 11, s. 16.

⁸ *Ibidem*, s. 18.

ewolucyjnie, bowiem uwaga każdego organizmu zaliczanego do królestwa zwierząt jest automatycznie kierowana na każdą rzecz i sytuację, która stanowi źródło zagrożenia. W przeciwieństwie do innych gatunków, człowiek jest jednak w stanie racjonalizować rzeczywistość i dostosowywać swoją reakcję do poziomu ryzyka. Doktor Baryła wskazał także powody powstawania paniki, związane z zaprzestaniem analizowania rzeczywistości i skupieniem się na działaniu. Porównał to do reakcji obywateli na wykupywanie środków dezynfekcyjnych przez innych i kopiowanie tych zachowań bez ich przemyślenia i zawarł radę – „Jeśli nagle w sytuacji paniki wszyscy zaczynają biec w jednym kierunku, rozsądnie jest pobiec w innym”⁹. Podejście dziennikarza tygodnika „Newsweek Polska” do masowo obserwowanych zachowań wśród Polaków trudno jest uznać za zdolne złagodzić objawy paniki.

W podobny sposób kwestię paniki szerzącej się w związku z epidemią wśród Polaków ujmuje czasopismo „Do Rzeczy”. Doktor Anna Siudem w wywiadzie udzielonym Agnieszce Niewińskiej zwróciła uwagę na konieczność tonowania nadmiernych emocji i wykorzystywanie danych statystycznych w celu zredukowania dezinformacji, strachu i paniki¹⁰. W przypadku Polski oficjalne statystyki odnotowywały w marcu 2020 r. niski poziom zachorowań. Nie było więc podstaw do paniki. I w tym wypadku trudno uznać opublikowany w „Do Rzeczy” artykuł za efektywny. Panicznych nastrojów wśród Polaków nie były w stanie złagodzić analizy oficjalnych danych statystycznych. Powszechnie zdawano sobie bowiem sprawę, że publicznie prezentowane dane są niepełne, ponieważ liczba osób poddawanych testom w kierunku COVID-19 jest niewielka w stosunku do ogólnej liczby mieszkańców. Polacy mogli też już w marcu 2020 r. dowiedzieć się z kilku źródeł, że wiele przypadków choroby przebiega bezobjawowo, w związku z tym nie są uchwytne statystycznie, ani rozpoznawane przez lekarzy. Stają się za to źródłem kolejnych ognisk choroby, z których patogen rozprzestrzenia się wśród kolejnych osób.

Wyrażane w początkach marca 2020 r. obawy Polaków przed wybuchem epidemii obejmującej miliony mieszkańców kraju wydawały się więc jak najbardziej uzasadnione¹¹, nie należało więc ich bagatelizować, ale wyjść im naprzeciw w odpowiedniej do skali zagrożenia formie.

⁹ Ibidem.

¹⁰ A. Niewińska, *op. cit.*, s. 41.

¹¹ Według opublikowanych w październiku 2021 r. przez tygodnik „Polityka” wyników badań, przeprowadzonych na reprezentatywnej grupie Polaków w kwietniu i maju 2021 r. przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, na COVID-19 zachorowało w Polsce co najmniej 9 milionów osób, tj. blisko 4 razy więcej, niż to podają oficjalne dane. Było to wynikiem transmisji poziomej wirusa SARS-CoV-2, która nie została w 2020 r. skutecznie zablokowana. Według autorów tych badań, na COVID-19 zachorowało 29,2% Polaków powyżej 20 roku życia. Zakażenia występowały najczęściej w grupie wiekowej 40–59 lat (w której zarażeniu

Do wzrastającej paniki związanej z epidemią COVID-19 odniósł się także Rafał Ziemkiewicz w artykule opublikowanym na łamach tygodnika „Do Rzeczy”. Uznał ją za nieuzasadnioną i wzniesioną przez działania opozycji, pragnącej wykorzystać epidemię do podważania zaufania obywateli do rządu premiera Mateusza Morawieckiego¹². Na dowód tej tezy przytoczył powtarzaną wielokrotnie przez opozycyjnych polityków informację o możliwości odpłatnego wykonania testów potwierdzających COVID-19. Miały one kosztować aż 500 zł, co dla większości obywateli było ceną zaporową. Okazało się jednak, że była to nadinterpretacja, bowiem płatny test był skierowany do pacjentów chcących skorzystać z oferty ponadstandardowej, bez uprzedniego skierowania. W opinii dziennikarza epidemia COVID-19 w Polsce stanowiła jedynie motywację do szukania przez opozycję kolejnych sensacji, a przez kreowanie wizerunku partii rządzącej jako nieudolnej politycy opozycji chcieli uzyskać argumenty w toczącej się kampanii prezydenckiej. Ziemkiewicz przestrzegał czytelników przed uleganiem panice i kupowaniem za wygórowaną cenę maseczek i środków czystości. Autor uważał, że władza ma sytuację epidemiczną w Polsce pod kontrolą, a prezentowane przez nią spokój i opanowanie uznał za właściwe¹³. Argumenty Ziemkiewicza trudno uznać za efektywne dla uspokojenia nastrojów społecznych. Nie wchodzi z czytelnikami w dyskurs odpowiadający skali zagrożenia, ale je minimalizuje.

Artykuły dotyczące pierwszego okresu epidemii COVID-19 w Polsce, publikowane w tygodniku „Polityka” także trudno jest uznać za efektywne w łagodzeniu nastrojów paniki i zawierające oparte na podstawach medycyny klinicznej odpowiedzi dotyczące indywidualnych strategii zarządzania epidemią. Czytelnikom nie przedstawia się – jako efektywnych – konkretnych metod postępowania zalecanych w tym czasie przez lekarzy w celu ograniczenia możliwości zarażenia się nowym wirusem. Brak jest także tekstów mobilizujących do działań o charakterze prospołecznym i wspólnotowym, podobnych do tych, które zostały podjęte w wielu miastach Polski w trakcie katastrofalnej powodzi z 1997 r. Nie jest popularyzowany np. wolontariat, służący skuteczną pomocą wielu osobom¹⁴. Ogólne

uległo 32,5% osób). Chorobą zaraziło się aż 44,5% dzieci i młodych dorosłych do 20 roku życia. Obawy wyrażane przez polską opinię publiczną w początkach 2020 r. dotyczące masowego charakteru epidemii były więc jak najbardziej uzasadnione. Por. ROT, *1/3 dorosłych Polaków zakaziła się koronawirusem*, „Polityka” 2021, nr 43, s. 8.

¹² R.A. Ziemkiewicz, *Zaraza w czasach mediów*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr 11, s. 26.

¹³ Ibidem, s. 27.

¹⁴ Wolontariat taki działał już w marcu 2020 r. m.in. we Wrocławiu, skupiając podobnie jak w 1997 r. wielu studentów, młodych pracowników naukowych i pracowników instytucji kultury (np. muzeów). Wolontariusze dzwoniли do znanych sobie starszych osób, oferując im pomoc w zakupach, a także wszelką inną, której osoby te by potrzebowały. Pozostawiali swój telefon i zachęcali do skorzystania z pomocy. Dla wielu starszych i niepełnosprawnych Wrocławian kontakt z członkami wolontariatu był konkretnym wsparciem życiowym i emocjonalnym. Szkoda, że inicjatywa ta nie została ani odnotowana, ani szeroko spopularyzowana przez polskie tygodniki opinii.

ujęcie problemu epidemii COVID-19 w Polsce prezentowane przez dziennikarzy publikujących na łamach „Polityki” podkreśla brak przygotowania organów sanitarno-epidemiologicznych i placówek systemu ochrony zdrowia do skutecznego zarządzania epidemią i ochrony polskiej populacji. Joanna Solska zwróciła uwagę na chaos w postępowaniu służb w przypadku potwierdzenia zakażenia wśród obywateli, spowodowany m.in. nieadekwatnym opłacaniem pracowników sanepidu, którzy zostali zobowiązani do wyszukiwania wszystkich osób mających kontakt z potencjalnymi zakażonymi oraz brakiem jasno określonych procedur. W wyniku tego dochodziło czasem do pewnego rodzaju nadgorliwości i błędnych decyzji, czego przykładem było skierowanie 200 osób na kwarantannę w Zespole Szkół im. I. Łukasiewicza w Policach z powodu podejrzenia koronawirusa u dwóch uczennic. Po wykonaniu testu okazało się jednak, że podejrzenie to było mylne, jednakże powiatowy inspektor sanitarny nie zmienił decyzji o odizolowaniu uczniów¹⁵. Sytuacje takie jak ta przeczyły tezom sformułowanym przez najważniejszych urzędników państwowych o dobrym przygotowaniu służb państwowych do epidemii. Autorka opisując problemy związane z kierowaniem osób zakażonych do placówek ochrony zdrowia i wychwytywaniem osób mających kontakt z potencjalnymi chorymi powzięła przypuszczenie, że procedury są wprowadzane bez większego zastanowienia się i przygotowania. Podobnie jak Dawid Karpiuk w artykule opublikowanym w „Newsweek Polska”, autorka zwróciła uwagę na brak podstawowych środków ochrony osobistej i płynów dezynfekcyjnych. Brak stosownego zabezpieczenia pracowników ochrony zdrowia wiązał się m.in. z utrudnionym transportem chorych przez prywatne służby przewozowe, których pracownicy nie byli w stanie kupić podstawowych środków ochrony. Na skutek tego, wszelkie obowiązki związane z przewożeniem chorych musiały przejąć zespoły pogotowia ratunkowego, które były już i tak obciążone przez powstałą sytuację. Autorka zwróciła także uwagę na głosy krytyki skierowanej w stronę rządzących, którzy zbyt późno podjęli decyzję o zakazie wywozu środków zabezpieczających. Doprowadziło to do pewnego rodzaju impasu, bowiem podobne rozwiązania wprowadziły też inne kraje, np. Włochy i Niemcy. Brak możliwości zamawiania środków ochrony osobistej z jednej strony doprowadził do wahań cenowych, czego przykładem był wzrost opłaty za 50 sztuk maseczek jednorazowych z 10 złotych do 200 zł w jednej z warszawskich hurtowni, z drugiej pozwolił na poprawę sytuacji państwowych spółek, które w tym momencie mogły uzyskać duży dochód ze sprzedaży środków dezynfekcyjnych, tak jak np. PKN Orlen. Autorka wyraźnie wskazała, że rząd w tym aspekcie stracił panowanie nad sytuacją, a jedyne rozwiązanie znalazł w przygotowanej specustawie, na mocy której zobowiązał producentów i hurtownie do sprzedawania niezbędnego sprzętu Agencji Rezerw Materiałowych po cenach zaproponowanych przez

¹⁵ J. Solska, *Koronawirus: ostry test służby zdrowia*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 11, s. 16.

władze¹⁶. Istotną kwestią poruszoną w artykule był problem braku specjalistycznego sprzętu i niedobór kadry medycznej. Sytuacja pandemii wymusiła dostosowanie szpitali do nowych warunków i przekształcanie niektórych ich oddziałów w oddziały covidowe, co wiązało się z wysokimi nakładami finansowymi. Szpitale borykały się również z brakiem respiratorów, które były potrzebne ciężko chorym pacjentom. W przeciwieństwie jednak do sprzętu, który w sprzyjających warunkach jest łatwiej nabyć, palącym problemem był powszechny niedobór pracowników ochrony zdrowia. Wspomniany w artykule Władysław Kosiniak-Kamysz zaprezentował wyliczenia wskazujące na niekorzystny dla Polski wskaźnik dostępności specjalistów od chorób zakaźnych – 1 na 40 tys. pacjentów. Tezy postawione w artykule znajdują potwierdzenie w oficjalnych danych udostępnionych przez Eurostat, wedle których Polska charakteryzuje się jedną z najniższych liczb pracowników ochrony zdrowia przypadających na 1000 mieszkańców – lekarzy (2,5) oraz pielęgniarek (5,1)¹⁷. Podsumowując ogólne problemy w przygotowaniu państwa do pandemii COVID-19 autorka wskazała, że rząd Mateusza Morawieckiego liczył na jej lekki przebieg, bowiem sukces rządów Zjednoczonej Prawicy zależny był od liczby potwierdzonych przypadków zachorowań i zgonów.

Analiza treści artykułu Joanny Solskiej pozwala wydobyć tematy, które będą pojawiać się w tekstach „Polityki” poświęconych epidemii COVID-19 w Polsce w kolejnych miesiącach 2020 r. Uwagę czytelników koncentruje się na takich elementach, jak chaos w zarządzaniu epidemią w skali państwa, brak odpowiedniego sprzętu (respiratory) i środków ochrony osobistej lekarzy („certyfikowane maseczki”), brak odpowiednich procedur lub ich „nadmiernie rygorystyczne” stosowanie przez pracowników Sanepidu, brak odpowiedniej liczby lekarzy specjalizujących się w chorobach zakaźnych i brak odpowiedniej liczby łóżek na oddziałach zakaźnych. Ogólne wnioski, które czytelnicy mogli wyciągnąć z tego typu przekazu nie były optymistyczne i stanowiły słabą przesłankę do konstruowania ich własnej strategii zarządzania epidemią COVID-19 w sposób zgodny ze standardem klinicznym.

Można postawić pytanie, czy polskie czasopisma opinii w sposób odpowiedni do skali potencjalnego zagrożenia zrealizowały swoją misję informacyjną, dostarczając czytelnikom właściwy (oparty na standardzie medycyny klinicznej) zasób informacji, umożliwiający wypracowanie przez nich ich indywidualnej strategii zarządzania epidemią. Ocenę tę możemy wyprowadzić na podstawach porównawczych – zestawienia informacji przekazywanych polskim czytelnikom w trakcie przygotowań ich miejsc zamieszkania do powodzi, która miała nadejść w 1997 r. z informacjami dotyczącymi epidemii COVID-19, która wg zgodnych

¹⁶ Ibidem, s. 18.

¹⁷ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_poland_polish.pdf (dostęp: 26.04.2021).

opinii lekarzy klinicznych miała wkrótce rozpocząć się także w Polsce¹⁸. Narracja powodziowa polskich mediów w 1997 r. była oparta na niewątpliwym charakterze zagrożenia. Czytelników poinformowano, że powódź o niespotykanym od wielu lat nasileniu z całą pewnością będzie przesuwac się w dorzeczu Odry, od południowych granic Polski aż do wybrzeża Bałtyku. Uświadomieniu odbiorcom skali zagrożenia miało służyć przedstawianie w mediach obrazów zalanych miast, zalanych oczyszczalni ścieków, szamb, obór i kurników (w których utopiły się setki tysięcy zwierząt), zalanych prywatnych studni i komunalnych ujęć wody. Obraz ten dopełniały zdjęcia terenów, z których powódź już ustąpiła, ukazujące zdewastowane źródła wody pitnej, urządzenia kanalizacyjne, zakłady przemysłowe i zakłady produkcji rolnej (w których nadal eksponowano zwłoki padłych zwierząt). Na tej podstawie odbiorcy mieli zrozumieć, że grozi im nie tylko utonięcie, lecz także zakażenie bakteriami lub zatrucie chemikaliami. Zagrożenia te przedstawiano w prostych słowach i ukazywano jako niewątpliwe. Odbiorcom przedstawionego powyżej przekazu zalecano w związku z tak przedstawianym zagrożeniem podjęcie indywidualnych działań ochronnych. Były one dostosowane zarówno do skali zagrożenia, jak i do zaleceń związanych z ówczesnym standardem medycyny klinicznej. Standard ten był przedstawiany odbiorcom jako racjonalny i niewątpliwy¹⁹, mogąc stanowić podstawę tworzenia przez nich efektyw-

¹⁸ Na podstawie informacji uzyskanych z oficjalnych mediów (telewizji i prasy) polscy odbiorcy mogli w 1997 r. wypracować pewien standard działań, które były uznane za uzasadnione przez klinicystów, a także nie podejmować innych, które mogłyby doprowadzić do negatywnych skutków zdrowotnych.

¹⁹ Przekazywane w 1997 r. przez media publiczne zalecenia na czas powodzi obejmowały okres przed zalaniem miejscowości, w trakcie jej zalania przez wody powodziowe i po ich ustąpieniu. Media zalecały opuszczenie terenów zagrożonych powodzią przez osoby starsze, schorwane, kobiety w ciąży i małe dzieci i przeniesienie się na czas powodzi do krewnych lub do hotelu. Przenieść się należało na obszary położone daleko od Odry i jej dopływów, które na pewno zostaną zalane. Określono czas, w którym należy przebywać z daleka od tych terenów: od kilku tygodni do ok. 3 miesięcy. Tereny zagrożone powodzią należało opuścić znacznie wcześniej, zanim pojawi się na nich bezpośrednie zagrożenie falą powodziową. Gdy fala ta jest już blisko danej miejscowości, należy w niej pozostać. Fala będzie bowiem wysoka (nawet do 10 m) i będzie się przemieszczać daleko od normalnego nurtu Odry i jej dopływów. Uciekającym grozi więc śmierć przez utonięcie.

Osoby, które pozostaną na czas powodzi w miejscu zamieszkania powinny ocenić, jak wysoko znajduje się ich dom w stosunku do przewidywanej wysokości fali powodziowej. Jeżeli mieszkanie lub dom mogą zostać zalane, należało przenieść się na wyższe piętro domu lub do sąsiadów zamieszkujących wyżej w bloku, zabierając ze sobą dokumenty i cenne rzeczy. Należało umacniać wały przeciwpowodziowe i okładać domy workami z piaskiem. Należało zakupić i zgromadzić w bezpiecznym przed zalaniem miejscu zapasy żywności o długim okresie przydatności do spożycia, możliwej do przechowywania poza lodówką – przewidywano bowiem na zalanych terenach wyłączenie prądu. Należało także zakupić i zgromadzić zapas stale stosowanych leków, przynajmniej na kilka tygodni. Zalecano też zgromadzenie dużego zapasu wody pitnej, zarówno mineralnej, jak i wody z kranu, którą po przegotowaniu należało gromadzić w butelkach. W zalanych miejscowościach woda z ujęć komunalnych zostanie bowiem wyłączona, a ze studni nie będzie nadawała się do picia.

nych indywidualnych strategii zarządzania niebezpieczeństwem²⁰. Efektem tego rodzaju narracji, przekazywanej w 1997 r. w sposób spójny przez wszystkie media (telewizję, radio i prasę), było ograniczenie skutków zdrowotnych powodzi, która objęła do 1/3 terytorium Polski²¹.

Po zalaniu miejscowości przez falę powodziową nie należało opuszczać domów, przebywanie w nich będzie w nich bowiem bezpieczniejsze, niż na zewnątrz, z powodu skażenia wód powodziowych, bakteriologicznego i chemicznego. W częściowo zalanych domach należało udać się na poddasze lub dach i przygotować się do ewakuacji. Nie należało pić wody z kranu (o ile nadal płynie) ani ze studni, kąpać się w wodach powodziowych, spożywać jakichkolwiek produktów, które miały kontakt z tymi wodami, dotykać zalanych mebli, sprzętów domowych i ubrań. Należało spożywać wyłącznie wcześniej zgromadzone produkty i wodę.

Po ustąpieniu fali powodziowej należało nadal spożywać wyłącznie zgromadzone w domu produkty i wodę albo środki żywności (chleb, konserwy) dostarczane przez służby ratownicze lub wojsko. Należało usunąć z zalanych mieszkań i domów wszystkie meble, sprzęty, odzież i pamiątki rodzinne i przekazać je do utylizacji odpowiednim instytucjom. Rzeczy tych nie powinno się ukrywać, czyścić ani prać, ze względu na skażenie bakteriologiczne i chemiczne. Zalane domy można było ponownie zasiedlić dopiero po ich odkażeniu.

²⁰ W przypadku wszystkich sytuacji łączących się z niebezpieczeństwem ludzie opracowują na własny użytek indywidualne strategie zarządzania zagrożeniem. Dla bezpieczeństwa zdrowotnego populacji są to działania najbardziej efektywne, gdy są oparte na zrozumieniu przez laików faktycznego charakteru zagrożenia, które występuje i akceptacji metod ograniczania tego zagrożenia opracowanych przez specjalistów. Strategie zarządzania zagrożeniem tworzone są nie tylko w czasie klęsk żywiołowych i różnego rodzaju katastrof, lecz także w przebiegu poważnych schorzeń. Dla racjonalności tych strategii niezbędne jest, aby były oparte na faktach i zaufaniu do ich interpretacji, wyrażanych przez specjalistów. Por. D. Białas, *Strategia narracyjna w procesach edukacji zdrowotnej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 1, Wrocław 2008, s. 75–91. Efektywność tych strategii jest wypadkową uzyskanych przez laików od specjalistów informacji i stopnia zaufania do tych specjalistów. Por.: H. Wierciński, *Formy zarządzania przyszłością i niepewnością w środowiskach osób dotkniętych chorobą nowotworową*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Problemy diagnostyki i terapii w ujęciu nauk przyrodniczych i społecznych*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, t. 6, Wrocław 2021, s. 273–296; A. Bogusz, *Relacje między pacjentem a lekarzem jako czynnik wpływający na zaufanie do opieki zdrowotnej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 2, Wrocław 2009, s. 201–223.

²¹ Ofiary śmiertelne odnotowano tylko w pierwszych dniach powodzi: w Kłodzku (które katastrofalna powódź dotknęła w sposób nieoczekiwany – ofiary utonęły w domach, które zostały zalane nocą przez Nysę Kłodzką) i w Wrocławiu (utonęły 2 osoby, które wbrew zakazom pływały w wodach powodziowych rozlanych na ulicach miasta). Pozostałe ofiary śmiertelne (nieliczne wobec skali powodzi) miały charakter tragicznych wypadków losowych (np. nagłe osunięcie się wału przeciwpowodziowego w trakcie jego umacniania). Przekazanie przed media dokładnych ostrzeżeń, określających podstawy indywidualnych strategii zarządzania niebezpieczeństwem, miało bardzo pozytywny wpływ na ogólną sytuację epidemiczną. W wyniku przestrzegania tych ostrzeżeń przez ludność nie wystąpiły w 1997 r. w Polsce epidemie chorób związanych ze spożyciem skażonej bakteriologicznie wody, ani masowe zatrucia spowodowane spożyciem

Ogólny obraz powodzi, upowszechniany w polskich mediach w 1997 r., podkreślał powszechność związanego z nią traumatycznego doświadczenia, które spotkało mieszkańców obszarów zalewowych. Przedstawiano przykłady samopomocy mieszkańców zalewanych miejscowości, a także pomocy powodziarom świadczącej przez mieszkańców nieobjętych powodzią rejonów Polski. W narracji medialnej wykreowano charakterystyczne typy postaci, które miały ukierunkowywać emocje odbiorców przekazów telewizyjnych, radiowych i prasowych w sposób konstruktywny, zgodnie ze schematem: „jestem silny, jestem zdolny poradzić sobie z zagrożeniem, więc robię to”. Nie tworzono natomiast i nie ekspozowano figur o wymowie przeciwnej – osób załamanych sytuacją powodziową, niezdolnych do podejmowania skutecznych działań ratunkowych, niezdolnych zaopiekować się samym sobą, dziećmi, starymi rodzicami, albo niezainteresowanych podejmowaniem takich działań. Być może takie ukierunkowanie narracji mediów nie wynikało tylko z ich sposobu kreowania obrazu rzeczywistości, ale z realnej reakcji mieszkańców dorzecza Odry na zagrożenie powodziowe. Wiele opracowań powstałych na podstawie analizy reakcji społecznych na powódź 1997 r. (w tym wywiadów etnologicznych i analizy pamiętników powodziar) podkreśla bowiem, że w zdecydowanej większości reakcje te miały charakter konstruktywny, wspólnotowy i nakierowany na cel, jakim było ratowanie zdrowia i życia. Opierały się na realnej sytuacji i przyjmowaniu takich indywidualnych strategii zarządzania zagrożeniem, które złożyły się ostatecznie na wysoką ogólną efektywność reakcji społecznych, opartych na ochronie zasobów uznanych za najważniejsze (życia i zdrowia). Wiązała się z tym zgoda na liczne niedogodności i straty indywidualne, których poniesienie w związku z realizacją tych priorytetów uznano za konieczne²². W przypadku obrazu medialnego, telewizyjnego i prasowego epidemii COVID-19 możemy w 2020 r. dostrzec istotne różnice.

wody skażonej chemikaliami. Nie odnotowano protestów przed utylizacją skażonego przez wody powodziowe dobytku, ani masowego zaniepokojenia rozpylaniem nad obszarami zalewowymi środków owadobójczych. Protesty, o których donosiła prasa i telewizja, odnosiły się tylko do prób wysadzania wałów przeciwpowodziowych przez wojsko, co okoliczni mieszkańcy postrzegali jako zagrożenie dla ich własnych domów.

²² Za szczególnie bolesną należy uznać konieczność zniszczenia zalanych przez wody powodziowe pamiętek rodzinnych. Wraz z meblami, odzieżą i wszystkimi zalanymi sprzętami musiały być oddane do utylizacji. W ówczesnym polskim dyskursie medialnym nie pojawiła się jednak figura „ocalonego z powodzi”, który utracił wszystkie pamiątki przywiezione w 1945 r. na Dolny Śląsk z tzw. Kresów Wschodnich, i rozpaczającego z tego powodu. Media podkreślały, że powódź dla zalanych miejscowości będzie „nowym początkiem”, w który trzeba będzie wpisać własną osobistą historię. I tak rzeczywiście się stało. W wielu badaniach świadomości społecznej Dolnoślązaków odnotowujemy 1997 r. jako przełomową datę w ich osobistej historii. Stając przed koniecznością odbudowy po powodzi swoich miast i miejscowości niemal od podstaw, uświadomili sobie siłę wiążącą ich z nimi zbiorowej więzi, opartej na afirmacji sytuacji „tu i teraz”, którą potraktowano jako problem wymagający rozwiązania i do rozwiązania możliwy, a nie jako źródło głębokiego urazu lub problem nie dający się rozwiązać.

Skutkiem tego w świadomości społecznej ukształtował się zarówno mniej spójny i oparty na realistycznych podstawach klinicznych obraz niebezpieczeństwa związanego z epidemią, jak i odnotowano odmienne niż w 1997 r. sposoby reagowania na nie przez laików.

Analizując sposób przygotowania przez media polskich czytelników do epidemii COVID-19, która w najbliższym czasie miała dotrzeć do Polski, a sądząc po skali epidemii, która wystąpiła w innych krajach, mogła stać się masowym zagrożeniem zdrowia i życia także polskiej populacji, nie odnalazłyśmy w początkach 2020 r. podobnych elementów do tych, które były charakterystyczne dla narracji powodziowej z 1997 r. Dla polskiej narracji prasowej tygodników opinii ze stycznia i z lutego 2020 r. charakterystyczne było natomiast minimalizowanie zagrożenia epidemią, a w początkach marca krytyka indywidualnych strategii zarządzania zagrożeniem epidemicznym. Strategie te charakteryzowane były jako przejawy paniki, a samo poczucie zagrożenia epidemią było przedstawiane jako nieuzasadnione i nadmierne. Nie przedstawiono czytelnikom tygodników opinii epidemii (jak w 1997 r. powodzi) jako istotnego zagrożenia dla ich zdrowia i życia, a w związku z tym nie publikowano zaleceń lekarzy, które mogłyby stać się podstawą dla ich indywidualnych strategii zarządzania epidemią, kiedy ta już wystąpi. W rezultacie czytelnicy tygodników opinii reagowali na zagrożenie w sposób spontaniczny, opierając się na swoim własnym doświadczeniu życiowym.

Nie wyposażono czytelników polskich tygodników opinii w podstawy wiedzy o istocie zagrożenia związanego z epidemią COVID-19, zdolnej stać się podstawą ich indywidualnych zachowań w trakcie epidemii, które powinny być realizacją opracowanej przez specjalistów strategii, którą czytelnicy powinni poznać, zrozumieć i przyswoić. Nie przedstawiono czytelnikom podstawowych elementów składowych potencjalnego zagrożenia epidemicznego, takich jak patogen, wirus, transmisja wirusa, ognisko zakażenia, transmisja pozioma wirusa, zakażenie drogą kropelkową. Nie przybliżono takich pojęć, jak kwarantanna i izolacja osób zakażonych, nie uzasadniano ich podstaw naukowych i potencjalnej efektywności w ochronie populacji. W rezultacie większość polskiego społeczeństwa wypracowała swój własny obraz epidemii, oparty na elementach wiedzy wyniesionej ze szkoły, dopełnionej przez informacje uzyskiwane drogą prywatną od krewnych i znajomych zamieszkałych w Europie Zachodniej i wiadomości z Internetu. Te ostatnie zawierały liczne elementy nie tylko nieoparte na podstawach naukowych, lecz także jawnie z nimi sprzeczne. Ci z odbiorców, którzy konstruowali na tej podstawie swoje indywidualne strategie zarządzania epidemią nie odnosili ich do takich pojęć, jak ognisko wirusa, transmisja pozioma z ogniska wirusa, czy zakażenie drogą kropelkową. Uważali bowiem, że zagrożenie płynie z innej strony: ze stacji przekaźnikowych telefonii komórkowej, smug kondensacyjnych pozostawianych przez samoloty itp. Wszystkie metody ochrony populacji wprowadzane przez państwo na podstawie standardu współczesnej wiedzy dotyczącej

wirusów ludzie ci uważali za nieuzasadnione, a dla siebie samych za restrykcyjne i uciążliwe. Nie postrzegając we właściwy sposób zagrożenia, nie akceptowali zastosowanych przez państwo metod ochrony przed nim. Nieukazanie przez oficjalne media informacji o COVID-19 w odpowiednim czasie i w odpowiedni do skali zagrożenia sposób, oparty na opinii specjalistów (analogiczny do przedstawienia w 1997 r. zagrożeń zdrowia i życia związanych z powodzią) spowodowało także inną reakcję. U części odbiorców realne zagrożenie zostało zanegowane. Wszystkie działania przeciwepidemiczne zostały w tej grupie uznane za zbędne i opresyjne, a indywidualna strategia zarządzania epidemią opierała się na ich kwestionowaniu i nieprzestrzeganiu. Jeżeli w 1997 r. można było przekonać Polaków do niespożywania zanieczyszczonej wodami powodziowymi żywności i wody, do niekąpania się w wodach powodziowych, a nawet do utylizacji (tj. zniszczenia) ich prywatnego zalanego mienia i pamiątek rodzinnych, na podstawie argumentów medycznych o skażeniu bakteriologicznym i chemicznym, to można to było osiągnąć także w 2020 r., jeżeli redakcje polskich tygodników opinii i innych mediów potraktowałyby kwestię epidemii COVID-19 poważnie. Tak jednak się nie stało.

W narracji polskich tygodników opinii zarówno w początkowym okresie epidemii w Europie, jak i w pierwszym okresie epidemii w Polsce, dominowały także inne niż w 1997 r. figury i opisy reakcji na zagrożenie. Najważniejszą różnicą wydaje się podkreślanie w przekazie medialnym faktu, iż wobec epidemii jesteśmy zasadniczo sami, wyalienowani i bezradni (zamiast eksponowanego w 1997 r. poczucia wspólnoty przeżyć wszystkich powodziń). Zamiast często występujących w 1997 r. figur reprezentujących postawy „radzenia sobie z epidemią”, rozumiejących i akceptujących zarządzenia umożliwiające ograniczenie rozprzestrzeniania się epidemii i próbujących w warunkach epidemii tworzyć dla siebie i rodziny enklawy bezpieczeństwa, w polskiej narracji prasowej spotykamy w 2020 r. figury osób znoszących wprowadzane ograniczenia przeciwepidemiczne z najwyższym trudem, cierpiących z powodu ich wprowadzenia, doznających ze względu na ich wprowadzenie różnego rodzaju szkody (psychiczne, materialne i fizyczne). Ten sposób reakcji na epidemię utrzymał się w polskim dyskursie prasowym i telewizyjnym do końca 2020 r. Trudno uznać, że odegrał rolę mobilizującą do tworzenia efektywnych strategii radzenia sobie z sytuacją. Sprzyjał raczej negowaniu zagrożenia epidemicznego (na zasadzie „ucieczki od problemu”) lub wzmózonemu jego odczuwaniu, ale bez podejmowania racjonalnych działań mających na celu ograniczenie lęku, a przede wszystkim opanowanie tego zagrożenia.

Lockdown w Polsce i jego obraz prasowy – edukacja zdalna

19 marca 2020 r. rząd Polski zdecydował się wprowadzić stan zagrożenia epidemicznego. Uznając za cel priorytetowy ochronę zasobów ludzkich, tj. zdrowia i życia obywateli Polski, wprowadził w formie rozporządzeń Rady Ministrów ograniczenia w dotychczasowym funkcjonowaniu wielu obszarów życia publicznego²³: powszechną kwarantannę, nakaz przymusowej izolacji osób chorych i podejrzanych o zakażenie. Wprowadzono także istotne ograniczenia w funkcjonowaniu instytucji kultury, hoteli, uzdrowisk, restauracji itp. Rozporządzenia te były wielokrotnie zmieniane, ze względu na konieczność ich dostosowania do zmieniającej się sytuacji epidemicznej w Polsce²⁴. Celem wprowadzanych zarządzeń było radykalne ograniczenie kontaktów międzyludzkich, aby zahamować transmisję poziomą wirusa SARS-CoV-2 z lokalnych ognisk zakażenia.

Wprowadzone ograniczenia w funkcjonowaniu państwa wiązały się z zamknięciem placówek oświatowych. Uznano bowiem, że gromadzenie się dzieci w szkołach może stać się przyczyną szybkiego rozprzestrzeniania się epidemii w populacji, podobnie jak masowe dojazdy dzieci i młodzieży do szkół komunikacją miejską i spotkania rodziców zatrudnionych w różnych zakładach pracy, przy okazji odprowadzania dzieci do szkoły albo ich odwożenia do szkół prywatnymi samochodami. Zamknięcie szkół stanowiło poważny problem z powodu konieczności zapewnienia opieki młodszym dzieciom, a także ze względu na konieczność prowadzenia nauki w formie zdalnej, do czego ani większość nauczycieli, ani większość dzieci nie była w marcu 2020 r. przygotowana. Szybki wzrost przypadków COVID-19 w Polsce spowodował jednak, że lekarze uznali zamknięcie żłobków, przedszkoli, szkół podstawowych i średnich, a także wyższych uczelni za konieczne. Osiągnęli w ten sposób ograniczenie kontaktów społecznych kilkunastu milionów Polaków, co przyczyniło się do zahamowania tempa transmisji wirusa SARS-CoV-2 w polskiej populacji, od połowy marca do połowy czerwca

²³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii. sip.lex.pl/akty-prawne/dzu-dziennik-ustaw/ustanowienie-określonych-ograniczeń-nakazów-i-zakazów-w-związku-z-19092064.

²⁴ Dokładny wykaz rozporządzeń Rady Ministrów RP dotyczących epidemii COVID-19 można znaleźć na stronie OpenLex → Akty prawne → Dz.U. Rozporządzenia dotyczące funkcjonowania różnych obszarów państwa w trakcie epidemii COVID-19 wydano: 30 maja, 4 czerwca, 6 czerwca, 12 czerwca, 13 czerwca, 20 czerwca, 1 lipca, 3 lipca, 25 lipca, 31 lipca, 7 sierpnia, 8 sierpnia, 14 sierpnia, 15 sierpnia, 19 sierpnia, 22 sierpnia, 29 sierpnia, 31 sierpnia, 1 września, 3 września, 5 września, 12 września, 17 września, 19 września, 26 września, 3 października, 10 października, 15 października, 17 października, 31 października, 6 listopada, 7 listopada, 30 listopada, 2 grudnia, 17 grudnia, 29 grudnia 2020 r. W 2021 r. – od 1 stycznia – wydawano kolejne rozporządzenia dotyczące epidemii.

2020 r. W drugiej połowie czerwca odnotowano oficjalnie jedynie nieliczne przypadki zachorowań.

Nauczyciele i uczniowie wraz z rodzicami musieli dostosować się do nowej formy edukacji zdalnej w bardzo krótkim czasie. Nauka ta nie wszędzie odbywała się faktycznie i w odpowiednim wymiarze. Wiązało się to m.in. z problemami z dostępem do Internetu, z brakiem lub niedostateczną liczbą komputerów w domach (dzieci w różnym wieku musiały często korzystać ze wspólnego laptopa), a także ze złymi warunkami mieszkaniowymi (dzieci w małych mieszkaniach musiały uczyć się zdalnie w jednym pokoju z rodzeństwem, a często także z jednym z rodziców pracujących zdalnie). Pogłębiło to już istniejące nierówności edukacyjne między uczniami i tym samym tzw. „cyfrowe wykluczenie” niektórych z nich. W sytuacji poważnego zagrożenia zdrowia i życia dzieci i młodzieży, związanego z epidemią, skutki te zostały jednak uznane przez władze Polski za przejściowe, a wprowadzenie zarządzenia o nauce zdalnej za uzasadnione. Zamknięcie szkół miało trwać początkowo kilka tygodni, a ostatecznie przedłużyło się do kilku miesięcy. Młodzież szkolna ponownie podjęła nauczanie w połowie czerwca 2020 r. (na dwa tygodnie) i wróciła do szkół dopiero po wakacjach.

Jak miało się okazać w październiku 2020 r., decyzja o zamknięciu szkół była z medycznych względów uzasadniona. W dniu 1 września 2020 r. kilka milionów dzieci podjęło w szkołach wszystkich szczebli nauczanie stacjonarne. Już po dwóch tygodniach wystąpił w Polsce szybki wzrost liczby przypadków COVID-19, z powodu nieograniczonej transmisji poziomej wirusa SARS-CoV-2 w polskiej populacji. W październiku epidemia wymknęła się spod kontroli, osiągając poziom zachorowań znacznie przekraczający ten, który odnotowano od połowy marca do połowy czerwca 2020 r. Trudno dokładnie ustalić, czy źródłem masowych zakażeń w dorosłej populacji Polaków stały się głównie szkoły, ale z pewnością masowe kontakty dzieci i rodziców przyczyniły się do tej sytuacji. Do rozwoju epidemii przyczyniło się także korzystanie przez dzieci i młodzież szkolną ze środków komunikacji publicznej, którymi do szkół dojeżdżano. Obserwując sytuację w szkolnictwie podstawowym i średnim, władze zdecydowały się na przedłużenie nauki zdalnej w szkołach wyższych. Od 1 października 2020 r. do końca semestru zimowego (luty 2021) w tym systemie odbywały się prawie wszystkie zajęcia dydaktyczne, podobnie było w semestrze letnim roku akademickiego 2020/2021. Od stycznia 2021 r. zaczęły się masowe szczepienia kadry dydaktycznej uczelni wyższych, a następnie średnich i podstawowych. W ich rezultacie zaszczepiono ok. 70% nauczycieli i podobną liczbę studentów (ze znacznymi odchyleniami w różnych województwach Polski i w różnych typach szkół wyższych). Pomimo tego, nauka zdalna w polskim szkolnictwie wyższym była kontynuowana także w roku akademickim 2021/2022. W większości szkół w tym trybie prowadzone były wszystkie wykłady oraz niektóre zajęcia seminaryjne. Przyjrzyjmy się obecnie, w jaki sposób kwestia nauki zdalnej była

wprowadzana w pierwszych miesiącach 2020 r. do debaty publicznej przez polskie tygodniki opinii.

Narrację polskich tygodników opinii dotyczącą nauki zdalnej zdominowała krytyka tego rozwiązania. Jej przykładem jest artykuł Łukasza Zboralskiego, opublikowany w tygodniku „Do Rzeczy”. Autor opisał szereg trudności, z którymi musieli zmierzyć się uczniowie i nauczyciele w czasach pandemii. Pierwszą z nich był brak profesjonalnych platform edukacyjnych, za pośrednictwem których byłoby możliwe prowadzenie zajęć na odległość. Wykorzystywano więc podstawowy system, który służył na co dzień jako dziennik elektroniczny, jednakże w sytuacji wzmożonego użytkowania przez uczniów i nauczycieli w całej szkole nie wytrzymał takiego obciążenia. Drugim problemem wspomnianym przez autora były trudności z zapewnieniem odpowiedniego sprzętu uczniom i pedagogom oraz stworzeniem idealnych warunków do nauki. Trzecim natomiast zagubienie nauczycieli, zobligowanych do zrewolucjonizowania swojego podejścia do nauczania i dostosowania się do metod narzuconych przez e-learning. Na skutek wcześniej wspomnianych trudności, część z nich dopiero z czasem przyzwyczała się do cyfrowej rzeczywistości, a przez okres trwania „pierwszej fali” pandemii główną metodą kształcenia było wysyłanie uczniom zadań do samodzielnego rozwiązania. Łukasz Zboralski stwierdził, że pracujący w polskich szkołach pedagodzy w obliczu pandemii COVID-19 przestali być nauczycielami w tradycyjnym tego słowa znaczeniu, lecz stali się „nadzorcami samokształcenia”²⁵. Autor zastanawiał się nad problemami związanymi z cyfryzacją polskiego szkolnictwa. Źródło obecnych komplikacji w jego opinii tkwiło w nieodpowiednim wydatkowaniu środków publicznych. Na potwierdzenie tej tezy autor wskazał przykład portalu internetowego Scholaris.pl, utworzonego w ramach rządowego programu *Cyfrowa szkoła*. Projekt ten został rozwinięty przez Ośrodek Rozwoju Edukacji w latach 2009–2013, na podstawie wcześniejszej strony internetowej powstałej w ramach realizowanych programów rozwojowych. Według oficjalnych danych z raportu Najwyższej Izby Kontroli koszt projektu został wyceniony na 40 mln złotych. Mimo że strona posiadała w momencie opublikowania artykułu szereg publikacji, okazało się, że były one niedostosowane do obowiązującej podstawy programowej i z tego powodu zainteresowanie nimi nauczycieli było znikome. Nietrafione wydatki nie dotyczyły jedynie platform edukacyjnych lub e-dzienników, były związane również z niezbędnym podczas pandemii sprzętem – w tym laptopami, których uczniowie nie mogli zabierać do domów. Łukasz Zboralski wskazał w omawianym artykule także sposób pokonania luki związanej z brakiem profesjonalnych i ogólnodostępnych zasobów edukacyjnych. Rozwiązanie problemu edukacji zdalnej zaproponowała Telewizja Polska, która uruchomiła 30 marca 2020 r. cykl programów pt. *Szkoła z TVP*. Inicjatywa ta spotkała się

²⁵ Ł. Zboralski, *Fiasko cyfrowej szkoły*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr 16, s. 28.

jednak z negatywnym odbiorem nauczycieli, głównie z powodu mało profesjonalnego formatu programu i „wpadek” (tj. merytorycznych błędów), które odbiły się szerokim echem w Internecie, co skutkowało powstawaniem sarkastycznie nacechowanych memów i hejtu skierowanego w stronę występujących w programach nauczycielek. Autor wskazał przyczyny nieudanego startu programu edukacyjnego TVP, do których zaliczył m.in. pośpiech związany z dążeniem do jak najszybszego nagrywania kolejnych odcinków, bez dokładnego sprawdzenia ich warstwy merytorycznej. Wynikiem tego było publiczne ośmieszenie nauczycielek biorących udział w programach TVP, co spowodowało konieczność udzielenia niektórym z nich pomocy psychologicznej. Autor słusznie zauważył, że krytyka została skierowana na osoby, które poprowadziły telewizyjne lekcje bez odpowiedniego przygotowania, a nie na organizatorów nauczania za pośrednictwem TVP. Porażka programu *Szkoła z TVP* powinna jednak obciążać osoby odpowiedzialne za stworzenie odpowiednich zasobów edukacyjnych, dostępnych dla każdego ucznia²⁶, a nie osoby uczestniczące w pierwszym etapie jego realizacji.

W podobnym tonie wypowiadała się Joanna Cieśla w „Polityce”. Bohaterami jej artykułu stali się zarówno uczniowie i ich rodzice, jak i nauczyciele, którzy musieli odnaleźć się w nowej rzeczywistości. Według rozmówczynie autorki, matki 10-latki i 11-latka, brak sprzętu elektronicznego nie stanowił problemu – jej dzieci (jak wiele innych w Polsce) otrzymały bowiem laptopy w prezencie z okazji I komunii św. Trudności wynikały z komunikacji między uczniami a nauczycielami, w tym dziennika elektronicznego, który nie działał poprawnie, w związku z czym uczniowie zostali pozostawieni sami sobie. Pedagodzy w opinii matki nie ułatwiali również zadania, bowiem już na samym początku nauczania zdalnego zadali dużo prac domowych²⁷. Rozmówczynią autorki była także Agata Gutorska, dyrektor IV LO w Poznaniu, która komentowała rezultaty ankiety przeprowadzonej przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, z której wynikało, że 90% placówek oświatowych jest w stanie przeprowadzać naukę w sposób zdalny. W jej opinii wyniki te były nieadekwatne do sytuacji, w jakiej znalazło się polskie szkolnictwo, gdyż zarówno nauczyciele, jak i uczniowie nie zostali przeszkoleni do nauki zdalnej, a także nie było pewności, czy wszyscy mają równy dostęp do sprzętu elektronicznego i dobrej jakości Internetu. Autorka opublikowała na potwierdzenie tej tezy list Rzecznika Praw Obywatelskich do MEN, w którym powołał się on na wyniki danych Głównego Urzędu Statystycznego – w 2019 r. dostępu do komputera nie było w 17% gospodarstw domowych, a do Internetu – w 13% z nich²⁸. Joanna Cieśla przeprowadziła także rozmowę, w której czytelnik mógł poznać perspektywę uczennicy I klasy technikum, która stwierdziła, że w wyniku zdal-

²⁶ Ibidem, s. 29.

²⁷ J. Cieśla, *Zdalne dzieci*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 14, s. 20.

²⁸ Ibidem, s. 21.

nego nauczania uczniowie wykonywali cięższą pracę związaną z większą liczbą zadanych zadań, niż w tradycyjnej szkole. W jej opinii największym problemem stał się brak komunikacji z nauczycielami i mentorami, którzy nie przekazywali informacji zwrotnej uczniom, czy ich tok analizowania zadań był poprawny.

Do edukacji zdalnej odniósł się także „Newsweek Polska”. Zdaniem J. Tomczuka, zrewolucjonizowała ona system szkolnictwa polskiego. Spowodowała także zmęczenie wśród uczniów, rodziców i nauczycieli. W opinii pedagogów wprowadzenie ograniczeń w funkcjonowaniu placówek oświatowych spowodowało przymus „przesiadania się z wozu drewnianego do kosmicznej rakiety”²⁹. Nauczyciele odczuwali samotność i brak współpracy z ministrem, który przekonywał państwo o gotowości szkół do przeprowadzania lekcji w sposób zdalny. Sytuacja epidemiczna zobligowała ich do kupienia sprzętu i potrzebnych materiałów za własne pieniądze, pracowania więcej niż w przypadku tradycyjnego systemu nauczania, przy ogólnym braku wsparcia ze strony władzy. Rozmówczynią autora była nauczycielka wychowania początkowego, która zwróciła uwagę na zmęczenie, które zastąpiło początkową radość z nowej formy dydaktyki. Według nauczycielki problemy związane z uczeniem pierwszej klasy szkoły podstawowej przez komputer doprowadziły także u pedagogów do lęku i objawów tożsamyh ze stanami depresyjnymi u rodziców i dzieci. U dzieci spowodowane to było w dużej mierze utratą motywacji, niezwykle ważnej na początku edukacji, a także chęci poznawania świata. Nauczycielka przygotowała więc dla dzieci zadania oparte na zabawie, które pomagały w pewnym stopniu zastąpić prawdziwą lekcję w szkole. U rodziców negatywne nastawienie i zmęczenie zdalnym nauczaniem było spowodowane nałożeniem się obowiązków domowych, zawodowych i edukacyjnych. Oprócz własnej pracy zawodowej musieli bowiem uczestniczyć w edukacji zdalnej swoich dzieci.

„Newsweek Polska” przytaczał także opinie nauczycieli dotyczące potrzeby powrotu do edukacji stacjonarnej. Jednym z powodów, na które wskazywali, był problem odbudowywania poprawnych relacji międzyludzkich i interakcji społecznych wśród uczniów pozbawionych normalnego, codziennego kontaktu. W opinii pedagogów, na którą autor artykułu się powoływał, powrót dzieci do szkół jeszcze w roku szkolnym 2019/2020 miał być szansą na poprawienie stanu emocjonalnego dzieci i młodzieży, który w związku z przymusową izolacją był oceniony jako zły. Negatywna ocena edukacji zdalnej stała się też okazją do wyrażenia krytyki sztandarowego programu społecznego Zjednoczonej Prawicy – programu 500+. Zdaniem dziennikarza, środki wydane na ten program można było przeznaczyć na inne cele: wyposażenie uczniów w dobrej jakości komputery, kamery internetowe i mikrofony. Według cytowanej przez autora artykułu nauczycielki, podczas nauczania zdalnego tylko znikoma część uczniów była

²⁹ J. Tomczuk, *Wykończeni*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 27, s. 28.

widoczna dla nauczycieli. Wiele zadawanych im zadań było rozwiązywanych przez rodziców. Powodowało to problemy z właściwą oceną wyników edukacji zdalnej, które nauczycielka uznała za mało wiarygodne³⁰. Swoimi wrażeniami na temat edukacji zdalnej podzieliła się także w omawianym artykule inna nauczycielka, polonistka z Jastrzębia-Zdroju. Zwróciła ona uwagę na możliwość nabycia przez nauczycieli nowych umiejętności, takich jak korzystanie z aplikacji internetowych, programów komputerowych i wyszukiwanie materiałów dydaktycznych w Internecie. Umiejętności te nauczyciele musieli nabyć w bardzo krótkim czasie. Wielu z nich dobrze poradziło sobie z tym problemem, co przeczy ogólnemu wrażeniu o „archaiczności” i niezaradności polskich nauczycieli. Nauczycielka zwróciła zarazem uwagę na poważny problem występujący w polskim szkolnictwie: uczniów znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Dla wielu z nich codzienne wyjście do szkoły i kontakt z koleżankami i kolegami oraz nauczycielami były ostoją normalności i miały pozytywny wpływ na kształtowanie ich osobowości i zdolności naukowych. Brak takiej możliwości przyczynił się do zaostrzenia ich problemów psychologicznych. Nauczycielka wskazała także, że niektórzy uczniowie wstydzili się pokazać wnętrza mieszkań, w których żyli i codzienną atmosferę w ich domach, nacechowaną agresją i przemocą³¹.

Edukacja zdalna jako źródło problemów związanych z nierównością uczniów w dostępie do internetowego kształcenia została przedstawiona przez Joannę Cieślę w tygodniku „Polityka”. Autorka przytoczyła list Rzecznika Praw Obywatelskich Adama Bodnara do Ministra Edukacji Narodowej. Wprowadzenie jako standardowej metody nauczania edukacji wykorzystującej komputery osobiste i Internet miało, zdaniem Adama Bodnara, zacierać wysiłki na rzecz równości w dostępie do nauki między uczniami³². Temat ten został podjęty przez tę samą autorkę w innym numerze „Polityki”. Zwróciła ona uwagę na to, że kryzys oświatowy spowodowany rozwojem pandemii COVID-19 w Polsce w dużej mierze dotknął młodzież mającą trudności życiowe, dla której codzienny wyjazd do szkół wiązał się m.in. z możliwością darmowego ciepłego posiłku. Wedle statystyk zawartych w artykule, z dożywiania w szkole korzystało w Polsce aż kilkaset tysięcy uczniów³³. „Polityka” za poważny problemem związany z systemem edukacji zdalnej uznała także sytuację maturzystów, którzy w wyniku wybuchu pandemii nie wiedzieli, w jakiej formie będą przeprowadzane egzaminy maturalne. Decyzja o przełożeniu matur na czerwiec została podjęta przez władze dopiero 9 kwietnia, na krótko przed zakończeniem zajęć dydaktycznych w ostatnich klasach szkół średnich. Artykuły z czasopisma podejmujące temat matur i nastrojów wśród

³⁰ Ibidem, s. 29–30.

³¹ Ibidem, s. 31.

³² J. Cieśla, *op. cit.*, s. 21.

³³ J. Cieśla, *Szkoła mycia rąk*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 12, s. 17.

maturzystów stwierdzały, że dominuje wśród nich uczucie zagubienia, samotności i bezradności.

Temat matur został podjęty także w tygodniku „Newsweek Polska”. W tekście opublikowanym w czerwcu 2020 r., czyli przed oficjalnym rozpoczęciem matur, Renata Kim zwróciła uwagę na ostatnią normalną część cyklu kształcenia w szkołach średnich – bale studniówkowe odbywające się w styczniu i lutym 2020 r. Po wybuchu pandemii doszło do rewolucyjnej zmiany stylu życia wielu maturzystów, którzy ostatnie miesiące nauczania spędzili przed ekranem monitorów w domu³⁴. Wśród uczniów, z którymi dziennikarka przeprowadzała wywiady, dominowały głosy niezadowolenia z powodu sytuacji, w jakiej się znaleźli i poczucie chaosu, spowodowane niejasnymi komunikatami Ministerstwa Edukacji Narodowej. Maturzyści deklarowali także wielkie zmęczenie, które było efektem przełożenia egzaminów maturalnych. Mimo że absolwenci szkół średnich uzyskali dodatkowy miesiąc nauki, podczas którego mogli lepiej się przygotować do matury, u części z nich spowodowało to wzmożenie stresu i utratę motywacji, a także stopniowe zapominanie wcześniej przyswojonych treści. Dominowały w ich opiniach zarzuty braku wsparcia ze strony nauczycieli niektórych szkół, którzy zostawili uczniów samych z problemem samokształcenia przed maturą. Pojawiały się także obawy dotyczące możliwości podjęcia studiów na wybranej uczelni³⁵.

Temat dotyczący problemów związanych z edukacją zdalną nie został w ogóle podjęty przez „Gazetę Polską”. Redakcja czasopisma, którego odbiorcy to głównie czytelnicy zamieszkali w mniejszych ośrodkach i o niższym poziomie dochodów, zdawała sobie prawdopodobnie sprawę z tego, że edukacja zdalna w tych właśnie środowiskach przebiega z największymi problemami. Publikując poświęcone tej tematyce artykuły trudno byłoby więc chwalić w nich wprowadzony przez władze system, bez odrywania się od realiów. Nie zdecydowano się jednak także na jego krytykę, która byłaby równoznaczna z krytyką działań władz państwowych, które czasopismo w ogólnym zakresie wspierało i wspiera.

Analizę sposobu przedstawiania kwestii edukacji zdalnej w polskich tygodnikach opinii możemy sprowadzić głównie do katalogu problemów, które były związane z tą formą nauczania, niż do ukazania korzyści, jakie płynęły z wprowadzenia tego rozwiązania – nie tylko dla dzieci i młodzieży, lecz także dla całej polskiej populacji. W artykułach z trzech polskich tygodników opinii (czwarty nie wypowiadał się na ten temat) brak było utrzymanych w standardzie klinicznym i napisanych zrozumiałym językiem tekstów odnoszących się do najważniejszej kwestii ogólnej, jaką był cel wprowadzonego przez władze rozwiązania i wytłumaczenie podstaw naukowych, które stanowiły jego uzasadnienie. Czytelnikom nie wytłumaczono, że w sytuacji, gdy szczepionka przeciwko COVID-19

³⁴ R. Kim, *Porzuceni*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 24, s. 16.

³⁵ *Ibidem*, s. 18–20.

nie została jeszcze opracowana, a zagrożenie związane z patogenem SARS-CoV-2 nie zostało jeszcze przez specjalistów dokładnie określone i brak jest efektywnych metod terapii³⁶, jedyną skuteczną metodą ochrony przed zachorowaniem jest izolacja. Powinna ona objąć jak największą liczbę obywateli, niezależnie od tego, czy będzie przez nich postrzegana jako uciążliwa. Była to strategia ochrony zasobów ludzkich, oparta na zamiarze utrzymania jak największej liczby obywateli z dala od kontaktu z patogenem wywołującym epidemię i przygotowania w ten sposób maksymalnie dużej populacji do następnego etapu działań ochronnych: powszechnych szczepień populacyjnych. Polskie czasopisma opinii nie przedstawiły czytelnikom żadnej z tych perspektyw, nie uznając – jak widać – epidemii COVID-19 za tak poważne zagrożenie zdrowia i życia Polaków, jak powódź z 1997 r., w trakcie której nie pojawiły się w polskim dyskursie prasowym rozbudowane tematycznie rozważania dotyczące uciążliwości wprowadzanych przez władze zarządzeń. Zdawano sobie bowiem sprawę, że w związku z katastrofalnym charakterem powodzi należy uznać je za konieczne. Wszystkie opisywane w 2020 r. w polskiej prasie uciążliwości, jakich doznawała młodzież w związku z zamknięciem szkół (izolacja, zakłócenie realizacji programu nauczania, zmiana terminów matur, brak możliwości dożywiania w szkole itp.) wystąpiły także w trakcie powodzi 1997 r. W dyskursie medialnym nie podjęto jednak szerszej debaty na ten temat, gdyż najważniejsze było wówczas zapewnienie ochrony zdrowia i życia populacji, poprzez przekazywanie konkretnych zaleceń, jak należy chronić się przed utonięciem, zagrożeniem bakteriologicznym i chemicznym. Wszystkie ograniczenia „normalnego życia”, jakie miały miejsce w trakcie powodzi, nie były ani przedstawiane w mediach, ani przyjmowane przez publiczność jako naruszenie ich praw obywatelskich i podstawowych wolności. Byłoby to bowiem uznane – w obliczu 10-metrowej fali powodziowej zalewającej kolejne miasta i wioski – za podejście irracjonalne i absurdalne.

W 2020 r. analizowane tygodniki opinii w swojej „narracji epidemicznej” nie uznały jednak zagrożenia zdrowia i życia polskiej populacji ani za ewidentne, ani za oczywiste. Koncentrowały w związku z tym uwagę swoich czytelników na innych kwestiach, niż ochrona zdrowia i życia dzieci i młodzieży. W ocenie okresowego zamknięcia szkół i wprowadzenia w nich systemu edukacji zdalnej nie

³⁶ W pierwszej połowie roku trwały bowiem dopiero badania mające na celu określenie współczynnika zapadalności i umieralności na COVID-19, specjaliści dyskutowali nad możliwością wykorzystania w terapii tej choroby i związanych z nią powikłań już znanych medycynie klinicznej leków. Brak było możliwości skutecznej interwencji farmakologicznej na masową skalę, nawet gdy któryś z już istniejących leków okazywał się względnie skuteczny w terapii COVID-19, to była to skuteczność ograniczona do określonej fazy tej choroby. Światowy i polski przemysł farmaceutyczny nie były także w stanie wyprodukować dostatecznej liczby takich leków. Szerzej poruszamy kwestię leków używanych w pierwszych miesiącach 2020 r. w terapii COVID-19 w rozdziale 4 niniejszej książki.

podkreślano, że jest to działanie ochronne i ratunkowe, ale uwypuklano związane z nim ograniczenia i niedogodności. Podejmowano przede wszystkim kwestie niesprawności wprowadzonego systemu edukacji zdalnej, braku równego dostępu do nauczania, wykluczenia komunikacyjnego dużej części dzieci z uboższych rodzin, skutków izolacji dzieci i młodzieży w domu – zarówno psychicznych (wzrost liczby zaburzeń psychicznych), jak i fizycznych (nadwaga i otyłość). Publikacjom prasowym dotyczącym nauki zdalnej towarzyszył przekaz telewizji prywatnych, utrzymany w tym samym duchu. Przedstawiano w nim edukację zdalną nie jako działanie ochronne, ale jako zagrożenie dla zdrowia fizycznego (zwiększenie narażenia dzieci na skutki przemocy domowej i alkoholizmu rodziców, zwiększenie liczby przypadków nadwagi i otyłości u dzieci, zwiększenie liczby schorzeń wzroku itp.) i psychicznego (wzrost liczby zaburzeń psychicznych, depresji, zburzeń lękowych, uzależnień, bezsenności, zaburzeń koncentracji, motywacji do nauki itp.) dzieci i młodzieży.

Z polskich przekazów prasowych i telewizji prywatnych płynął w 2020 r. przekaz, zgodnie z którym pozostawanie dzieci i młodzieży przez kilka tygodni w domu w towarzystwie rodziców i bez kontaktu z rówieśnikami jest dla tych dzieci i nastolatków poważnym zagrożeniem. Należy więc je jak najszybciej przerwać, dla ich dobra. Przekazowi temu towarzyszyła wielokrotnie powtarzana informacja, zgodnie z którą COVID-19 jest niebezpieczny w zasadzie wyłącznie dla osób starszych, z chorobami współistniejącymi, a młodzież jest zasadniczo wolna od zagrożenia. Jeżeli ulegnie zarażeniu, to przechodzi COVID-19 bardzo lekko lub bezobjawowo. Nie ma więc potrzeby wprowadzania zarządzeń ochronnych, które mogą być groźniejsze niż choroba. Przekaz ten przeniknął w sposób trwały do świadomości polskich odbiorców, w tym do większości młodzieży, wpływając nie tylko na to, że w 2020 r. duża jej część nie przestrzegала wprowadzanych przez władze zarządzeń przeciwepidemicznych (i robiła to nadal w 2021 r.), lecz także nie jest zainteresowana przyjmowaniem szczepień ochronnych, mimo że jest to możliwe od wiosny 2021 r. Na mapie szczepień nastolatków pojawiły się w 2021 r. dwa wyraźnie rozgraniczone obszary: osób zaszczepionych (rodziców i dzieci, pochodzących z większych miast, o wyższym poziomie wykształcenia i dochodów, zamieszkałych na zachód od Wisły) i niezaszczepionych (rodziców i dzieci z małych miasteczek i wsi, o niskim poziomie wykształcenia i dochodów, zamieszkałych głównie na wschód od Wisły, w województwach tzw. ściany wschodniej). Przyczyn tego podziału można poszukiwać już w 2020 r., gdy we wschodniej części Polski epidemia występowała ze słabym nasileniem, mało kto jej się obawiał, mimo zamkniętych szkół dzieci i młodzież powszechnie kontaktowały się ze sobą. Na obszarach wiejskich i słabo zurbanizowanych brak było realnych możliwości nadzoru przestrzegania zarządzeń przeciwepidemicznych i nakładania za ich łamanie kar. Zarządzenia te były więc powszechnie ignorowane. Nie były traktowane przez większą część ludności tych obszarów jako

zarządzenia chroniące ich zdrowie i życie, ale jako niezrozumiałe ograniczenia normalnego życia.

Porównajmy teraz polski przekaz prasowy dotyczący nauczania zdalnego z równoległym przekazem niemieckim, przedstawianym odbiorcom przez telewizję ARD³⁷. Niemieccy odbiorcy przekazu ARD dowiedzieli się o istocie i skali zagrożenia od urzędującej Kanclerz, Angeli Merkel, która w przemówieniu do narodu wygłoszonym w początku marca 2020 r. stwierdziła w sposób otwarty, że nowy patogen SARS-CoV-2 jest wirusem o bardzo wysokim stopniu zakaźności, że wg ustaleń naukowców może spowodować śmierć od 1 do 2% Niemców (tj. kilka milionów ludzi), o ile nie podporządkują się oni wprowadzanym przez władze zarządzeniom. Nie ma bowiem, jak dotąd, na wywołaną przez ten patogen chorobę żadnych skutecznych leków i jedynym znanym nauce sposobem zabezpieczenia zdrowia i życia populacji są kwarantanna i izolacja, uniemożliwiająca transmisję poziomą, zanim nie zostaną wdrożone powszechne szczepienia ochronne, nad którymi naukowcy dopiero pracują. Angela Merkel zaapelowała do obywateli Niemiec, aby potraktowali zagrożenie epidemiczne poważnie i podporządkowali swoje postępowanie zaleceniom lekarzy.

Za najważniejszy element populacji, na który zostały skierowane działania ochronne, uznano w Niemczech dzieci i młodzież. Zamknięto wszystkie instytucje opiekuńcze (żłobki i przedszkola) i edukacyjne (od szkół podstawowych po uniwersytety). Zapewniono opiekę wyłącznie dzieciom pracowników służby zdrowia i służb walczących z epidemią, aby zachować ich zdolność do pracy. Wszystkie pozostałe dzieci miały pozostać w domach. Nauczanie zdalne było przewidziane na okres od kilku tygodni do kilku miesięcy. Po ponownym wprowadzeniu nauki w szkołach (co odbyło się w różnym terminie w różnych landach Niemiec) przyznano rodzicom prawo do nieposyłania dzieci do placówek szkolnych (zniesiono obowiązek szkolny) na czas zagrożenia epidemicznego, jeżeli uznają to za stosowne. Rodzice mogli nauczać dzieci w domu, a zaliczenie poszczególnych przedmiotów mogło się odbyć na drodze egzaminu końcowego z danego przedmiotu. Po ponownym otwarciu szkół i rozpoczęciu nauki stacjonarnej rodzice ci nie mogli już jednak otrzymywać zasiłków od państwa. Rozwiązanie to było więc skierowane głównie do rodzin z warstw zamożnych lub tych, w których matka nie pracuje.

Telewizja ARD, podobnie jak polska prasa, relacjonując wprowadzony w Niemczech system nauczania zdalnego, w obiektywny sposób przedstawiała związane z nim niedogodności i nierówność szans edukacyjnych. Przeprowadzone w drugiej połowie 2020 r. badania wykazały, że mniej niż 40% dzieci i młodzieży faktycznie realizowało program nauczania zdalnego zgodnie z planem. Pozostali nie byli

³⁷ Jedną z autorek tego artykułu, B. Płonka-Syroka, śledziła przekaz epidemiczny telewizji ARD przez cały 2021 r.

w stanie tego zrobić, z powodu braku dostępu do Internetu albo do komputera. Pomimo tego, system nauczania zdalnego ARD oceniła pozytywnie, ze względu na jego wymierne korzyści dla zachowania życia i zdrowia populacji. Tłumaczono odbiorcom sens medyczny wprowadzanego modelu edukacji, który przeważał nad okresową przerwą w realizacji programu nauczania (którą uznano za uzasadnioną przez względy medyczne) i możliwego do nadrobienia w przyszłości.

W drugiej połowie 2020 r. w większości niemieckich szkół wprowadzono nauczanie w budynkach szkolnych lub nauczanie hybrydowe. Działo się tak pomimo dalszego rozwoju epidemii w Niemczech. Telewizja ARD wytłumaczyła ten fakt odwołując się do argumentów ekonomicznych. Nauczanie zdalne wymaga wprowadzenia płatnych zwolnień z pracy z powodu opieki nad dziećmi, które w pierwszej połowie 2020 r. uzyskały w Niemczech miliony rodziców. Jest to rozwiązanie bardzo kosztowne dla państwa, na które w dłuższej perspektywie nawet tak bogate państwo jak Niemcy nie może sobie pozwolić. Z tego powodu rodzice, którzy nie muszą korzystać z płatnych zwolnień opiekuńczych, mogą nadal uczyć swoje dzieci w domu, korzystając z zawieszenia obowiązku szkolnego i z możliwości nauczania domowego na podstawie dostępnych w Internecie i upowszechnianych w szkołach materiałów edukacyjnych. Rodzice, którzy nie są w stanie zapewnić dzieciom domowej edukacji, ponieważ muszą wykonywać płatną pracę zawodową, powinni jesienią 2020 r. kierować dzieci do szkół, które zapewnią dzieciom naukę i opiekę. Telewizja ARD informowała, że szkoły będą funkcjonowały w ścisłym reżimie sanitarnym. Będzie to więc dla młodzieży względnie bezpieczne. Po opracowaniu szczepionki przeciw COVID-19 bezpieczeństwo dzieci i młodzieży szkolnej będzie zapewnione przez powszechny dostęp do szczepień populacyjnych. Będą one realizowane w kolejności od najstarszych grup wiekowych. Szczepienia populacyjne (dobrowolne) dzieci i młodzieży zostały zapowiedziane na 2021 r., po określeniu bezpieczeństwa dla nich tej metody.

Niemiecki przekaz medialny w telewizji ARD dotyczący edukacji zdalnej koncentrował się na ukazaniu odbiorcom głównego celu podejmowanych przez rząd działań (ochrona życia i zdrowia populacji). Utrwaleniu wśród odbiorców wiedzy dotyczącej zagrożenia epidemicznego służyły nadawane codziennie programy edukacyjne, w których epidemia COVID-19 była przedstawiana jako zagrożenie biologiczne, zgodnie z aktualnym standardem klinicznym. ARD poświęcała niektóre z tych programów edukacji zdalnej, nie pomniejszając występujących w niej problemów z efektywnością, które duża część odbiorców znała z własnego doświadczenia. W przekazie ARD nie wytworzyły się jednak schematyczne figury podobne do tych, które w pierwszym półroczu epidemii COVID-19 w Polsce zdominowały polski dyskurs prasowy i przekaz telewizji prywatnych dotyczący młodzieży zmuszonej do nauki zdalnej, w tym figury dla tego dyskursu kluczowej: nieszczęśliwego, pozbawionego pozytywnych relacji z rodziną nastolatka, dla którego najważniejszym problemem związanym epidemią jest brak możliwości

swobodnego wychodzenia z domu, spotkań z rówieśnikami, udziału w masowych imprezach, brak możliwości ćwiczeń fizycznych w siłowniach itp. W narracji ARD problem niemieckiej młodzieży z nauczaniem zdalnym wynikał przede wszystkim z tego, że nie wszyscy młodzi Niemcy mogli w efektywny sposób się uczyć, a dorośli nie byli im w stanie tego zapewnić.

W polskiej narracji prasowej (podobnie jak w przekazie telewizji prywatnych) główny problem związany z edukacją zdalną był inny: ograniczenie wolności osobistej młodzieży, jej swobody poruszania się, nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych oraz uprawiania sportu i różnych form zabawy. Szkoła nie była w tej narracji ukazywana głównie jako miejsce zdobywania wiedzy, która ma w przyszłości służyć uzyskiwaniu dochodów (zależnych od poziomu zdobytego wykształcenia), ale była przedstawiana jako „miejsce spotkań” dzieci i młodzieży, przede wszystkim z rówieśnikami, które zaspokajają podstawowe potrzeby dzieci, których zakłócenie może mieć katastrofalne skutki dla ich rozwoju psychicznego i fizycznego. Ukazywanie szkoły jako miejsca spotkań towarzyskich z rówieśnikami, a nie jako miejsca pracy młodzieży odpowiedniego dla ich wieku i poziomu rozwoju, wiązało się z negatywną oceną samokształcenia, które przedstawiano jako formę edukacji niekompletnej, nudną i szkodliwą, głównie dla oczu. Młodzieży miało szkodzić spędzanie w czasie epidemii dłuższego czasu przed komputerem, tak jakby wielu nastolatków nie spędzało w taki sposób wielu godzin dziennie jeszcze przed jej wybuchem.

Wnioskiem, który można było wyprowadzić z takiej formy ukazywania nauki zdalnej było niewywieranie przez rodziców nacisku na polskie władze na przedłużanie jej okresu. Miała to być bowiem forma bardziej szkodliwa dla dzieci i młodzieży, niż pożyteczna. Po drugie, narracja medialna miała wpływać na poglądy zamożniejszych rodziców, aby nie naciskali na władze, aby te zawiesiły (jak w Niemczech) obowiązek szkolny, co umożliwiłoby kształcenie dzieci w domu, a nawet w uznanych przez rodziców za bezpieczne odizolowanych miejscach za granicą. W polskim dyskursie medialnym niezakłócone kontakty z rówieśnikami zostały przedstawione jako tak ważne i niezbędne dla osobistego rozwoju dzieci i młodzieży, że ich ograniczenie (nawet na kilka tygodni) miało być dla nich bardziej groźne, niż zagrożenie epidemiczne.

Trudno nie uznać, że tego rodzaju ocena i argumentacja nie znajduje oparcia w standardzie medycyny klinicznej, w głównym nurcie światowej pedagogiki (podkreślającym rolę samokształcenia w zdobywaniu wiedzy i umiejętności zawodowych), a także w opiniach dużej części dzieci i młodzieży³⁸. Znajduje za to

³⁸ Wiele dzieci i młodzieży wyrażało pozytywną ocenę systemu nauki zdalnej. Zrozumiały, że system ten chroni je przed zakażeniem. Realizowały zarówno program nauczania, jak i podtrzymywały kontakty towarzyskie z rówieśnikami, za pomocą telefonu lub Internetu. Aprobata nauki zdalnej była częstsza wśród dzieci i młodzieży żyjących w lepszych warunkach mieszkaniowych i materialnych, posiadających własny pokój i komputer, czujących się w domu spokojnie

odbicie w świadomości dziennikarzy piszących artykuły o epidemii COVID-19 do analizowanych w tym opracowaniu czasopism. Wielu z nich wydaje się być rodzicami „nieszczęśliwych nastolatków” i przejmowało ich ocenę trybu nauki wprowadzonego na czas epidemii, nie integrując w swojej świadomości w sposób dostatecznie pogłębiony argumentów wyrażanych w tym okresie przez polskich klinicystów.

Lockdown w ujęciu polskich tygodników opinii – praca zdalna

Wprowadzenie w marcu 2020 r. przez polski rząd pracy zdalnej było poważnym problemem informacyjnym. O ile bowiem nauka zdalna objęła wszystkie dzieci, niezależnie od miejsca ich zamieszkania oraz statusu socjoekonomicznego, o tyle praca zdalna nie była możliwa do wprowadzenia ani we wszystkich zawodach, ani we wszystkich kategoriach pracowników. Z tego powodu argumentacja rządu i popierających rząd tytułów prasowych nie mogła odwoływać się do przesłanek egalitarnych („każdy uzyska ten sam stopień ochrony”), ponieważ realna sytuacja na rynku pracy temu przeczyła. W systemie pracy zdalnej mogli pracować bowiem wyłącznie pracownicy o wyższym poziomie kwalifikacji (głównie z wyższym wykształceniem), których dotychczasowy standard pracy tego rodzaju rozwiązanie umożliwiał. Byli to nauczyciele akademicki, nauczyciele szkół podstawowych i średnich, urzędnicy państwowi i samorządowi, inżynierowie i ekonomiści itp. Była to ogólnie rzecz biorąc kadra kierownicza i osoby nie wykonujące zawodów usługowych w bezpośrednim kontakcie z klientem. Pracy zdalnej nie mogli jednak wykonywać pracownicy sklepów spożywczych, sprzedających środki czystości i aptek, komunikacji miejskiej, PKP, PKS, fabryk i kopalń, a także osoby zatrudnione na budowach. W zdecydowanej większości były to osoby o niższym niż w pierwszej grupie poziomie wykształcenia, ich praca miała charakter fizyczny lub bezpośredni kontakt z klientem był jej istotą – przy wysokim poziomie wykształcenia (dotyczyło to np. aptekarzy). Pracy zdalnej nie mogli wykonywać także lekarze zatrudnieni w szpitalach, ale państwo wyraziło zgodę na faktyczne zamknięcie dostępu pacjentów do przychodni i zmianę formy ich działalności na teleporady. Poza systemem pracy zdalnej pozostali pracownicy prywatnego sektora hotelowego, gastronomicznego, kin, basenów, siłowni itp., których działalność została zawieszona do odwołania, pozbawiając ich właściciele możliwości osiągnięcia dochodów. Poza systemem pozostali także świadczeniodawcy różnego rodzaju usług związanych z kulturą i sztuką,

i bezpiecznie, niż wśród dzieci, w których rodzinach warunki takie nie występowały, a otrzymane w szkole obiady stanowiły wcześniej jedyny ciepły posiłek w ciągu dnia.

turystyką i wytwarzający usługi albo towary nie zaliczane do tych pierwszej potrzeby, a przede wszystkim pracownicy pracujący „na czarno”, którzy z dnia na dzień stracili pracę bez prawa do jakichkolwiek świadczeń. Na pewno więc praca zdalna nie objęła większości dorosłych obywateli Polski. Władze nie mogły przedstawić jej w swojej narracji w podobny sposób, jak zdalne nauczanie dzieci: jako obejmujące wszystkich działanie ochronne uzasadnione względami medycznymi. Nie wprowadzono w związku z tym do obiegu publicznego uzasadnionych medycznie twierdzeń, zgodnie z którymi tylko samoizolacja od innych, traktowanych jako potencjalne źródło zakażenia, ma realne znacznie ochronne, aż do wprowadzenia do powszechnego użytku szczepionek przeciwko COVID-19.

Ponieważ samoizolować mogły się wyłącznie osoby pracujące w systemie pracy zdalnej, a nie można było stworzyć takiej możliwości wszystkim kategoriom pracowników, w oficjalnym dyskursie epidemicznym zaczęto podkreślać konieczność samoizolacji emerytów. Nie byli już oni bowiem zmuszeni do wykonywania pracy zawodowej, a stanowili w polskim społeczeństwie kilkumilionową grupę, do której można było się odwołać popularyzując wprowadzane przez rząd przymusowe zarządzenia sanitarne. Skierowano więc do Polaków przekaz (zgodny z prawdą, ze względu na występujące w starszych rocznikach Polaków choroby współistniejące i ogólnie słabszą odporność organizmu), że nowa epidemia jest szczególnie groźna dla osób starszych. Miał on przekonać do samoizolacji grupę osób niewykonywujących już płatnej pracy zawodowej, a pracujących członków ich rodzin (narażonych na zarażenie SARS-CoV-2 w ogniskach tworzących się w zakładach pracy) skłonić do ograniczenia kontaktów ze starszymi członkami rodzin. Do ograniczenia tych kontaktów media nakłaniały także dzieci, które mogły przenosić zakażenie. Jak dziś wiemy, były to poglądy oparte na faktach. Według przytoczonych już wyżej danych³⁹, opublikowanych w październiku 2021 r. w tygodniku „Polityka”, w ciągu roku od ogłoszenia w Polsce stanu epidemii na COVID-19 zachorowało aż ok. 44,5% Polaków do 20 roku życia oraz ok. 32,5% w wieku między 40 a 59 lat. Można więc stwierdzić, że osoby w wieku produkcyjnym i dzieci mogły być realnym źródłem zagrożenia dla emerytów. Można przypuszczać, że wśród osób, które w pierwszych miesiącach epidemii zachorowały na COVID-19 było więcej takich, które nie pracowały w systemie pracy zdalnej i były narażone na kontakt z patogenem SARS-CoV-2 w miejscu pracy, w trakcie dojazdu do pracy albo zaraziły się od bliskiej osoby, która zaraziła się w tych dwóch miejscach. Dowodzą tego nie tylko przykłady masowych zachorowań wśród pracowników śląskich kopalń (o których obszernie informowały media), lecz także fabryk produkujących meble i innych zatrudniających setki pracowników przedsiębiorstw (o których informacje w mniejszym zakresie przebiły się do opinii publicznej, ale były powszechnie znane w skali lokalnej).

³⁹ Por. przypis 11 do niniejszego rozdziału.

Ze względu na przedstawione powyżej uwarunkowania (brak możliwości wprowadzenia przez władze systemu pracy zdalnej dla wszystkich pracowników) w polskich tygodnikach opinii kwestia ta nie stała się tematem szerszej debaty. Nie chciano podkreślać zróżnicowanego poziomu ochrony przed epidemią, lepiej chroniącego pracowników o wysokich kwalifikacjach niż tych, którzy wykonywali zawody usługowe i robotnicze. Artykuły na temat pracy zdalnej były w związku z tym w polskich czasopismach nieliczne, podkreślały zarazem, że taką możliwość ochrony przed epidemią uzyskał znaczny odsetek Polaków (choć powszechnie było wiadomo, że nie wszyscy). Hubert Kowalski w tygodniku „Gazeta Polska” w numerze z maja 2020 r., przytoczył dane Barometru Providenta, że ponad 60% pracujących Polaków wykonywało część pracy w sposób zdalny, przed ekranem monitora⁴⁰. Autor uważał tę formę pracy za „przyszłościową”, nie tylko w czasie epidemii. Podkreślał jej pozytywne znaczenie z punktu widzenia ochrony przeciwepidemicznej. Stwierdził, że zdecydowana większość pracowników wykonywała swoją pracę sumiennie, a pracodawcy zapewnili im możliwości jej wykonywania w domu, zapopatrując część pracowników w odpowiedni sprzęt. Autor uznał zarazem, że praca zdalna nie pozwala w dostatecznym stopniu na weryfikację faktycznej pracy pracownika. Uzasadniało to wprowadzenie przez władze już w maju 2020 r. możliwości powrotu części pracowników do normalnego trybu wykonywania pracy. W podobnym tonie wypowiedziała się na łamach tygodnika „Polityka” Joanna Solska. W artykule opublikowanym w sierpniu 2020 r., zwracała uwagę na tymczasowość wprowadzonych w marcu przepisów dotyczących pracy zdalnej, tracących swoją ważność już 4 września tego roku. Zwróciła także uwagę na redukcję kosztów wynikających z braku konieczności przebywania pracowników w biurach⁴¹.

Inne artykuły z polskiej prasy i przekaz telewizyjny dotyczący pracy zdalnej koncentrowały się przede wszystkim na pracy wykonywanej przez nauczycieli. Nie podkreślano jednak ochronnych walorów tego rozwiązania dla zdrowia i życia pracowników, ale koncentrowano uwagę odbiorców na innych zagadnieniach: na trudnościach w nauczaniu zdalnym, które napotkało wielu nauczycieli, na ograniczonej satysfakcji z pracy bez codziennego kontaktu z młodzieżą, na braku możliwości zrealizowania programu nauczania i rzetelnego zweryfikowania postępów edukacyjnych dzieci itp. Jak widzimy, kwestia zdrowotnych aspektów zawieszenia normalnego trybu nauczania nie była w tym dyskursie ani dominująca, ani uznana za istotną. Przebiła się do dyskursu publicznego dopiero w drugiej połowie czerwca 2020 r., gdy młodzież na mocy rozporządzenia Ministra Nauki i Edukacji miała powrócić na dwa tygodnie do szkół. Wielu nauczycieli protestowało wówczas publicznie przeciw takiemu rozwiązaniu, protestowało

⁴⁰ H. Kowalski, *Praca zdalna, czyli po epidemii Polska będzie inna*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 21.

⁴¹ J. Solska, *Niezdolni do zdalnej*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 33, s. 38–39.

także ponad pół miliona uczniów. Podstawą tych protestów były obawy związane z możliwością zakażenia się wirusem SARS-CoV-2.

Porównując polski dyskurs prasowy dotyczący nauki zdalnej dzieci i młodzieży oraz pracy zdalnej ich rodziców dostrzec możemy znaczące jakościowe i ilościowe dysproporcje. Ponieważ nakaz nauki zdalnej dotyczył wszystkich dzieci, polskie tygodniki opinii poświęcały mu na swoich łamach względnie dużo miejsca. Jednakże w sytuacji, gdy możliwość wykonywania płatnej pracy zdalnej uzyskało jedynie ok. 25% Polaków (60% zatrudnionych mniej więcej odpowiada tej liczbie, w Polsce wykonuje bowiem zarejestrowaną i płatną pracę zawodową niewiele ponad 50% obywateli w wieku produkcyjnym), a 75% było takiej możliwości pozbawionych, nie było uzasadnienia dla częstszego podejmowania tego tematu, ani do analizowania odczuć osób wykonujących pracę zdalną w tak szeroki sposób, jak uczących się w systemie zdalnym dzieci. Większość Polaków była bowiem pozbawiona realnej możliwości samoizolacji. Musieli wykonywać pracę zarobkową w dotychczasowym miejscu pracy na dotychczasowych zasadach, narażając się na zakażenie. Cierpienia psychiczne i negatywne skutki fizyczne pracy zdalnej, w którym to systemie mogła pracować zarobkowo podczas epidemii tylko niewielka część dorosłych Polaków, na pewno nie znalazłyby zrozumienia u pozostałej ich części, pozbawionej takiej możliwości. Kierowanie w związku z taką sytuacją na polskim rynku pracy uwagi czytelników na grupę wykonującą pracę zdalną mogłoby przyczynić się do pogłębienia animozji związanych z rozwarstwieniem społecznym i ekonomicznym Polaków, które wybuch epidemii w sposób wyrazisty uwypuklił. Nie pojawiły się w mediach np. artykuły lub reportaże ukazujące zadowolenie nauczycieli akademickich czy przedstawicieli polskiej tzw. warstwy kreatywnej i zarządzającej (biznesmenów, menagerów, bankowców, członków zarządów i rad nadzorczych firm itp.) z tego, że ich wysoka pozycja społeczna uzasadnia szczególnie rodzaj ich ochrony przed zakażeniem, a także teksty lub reportaże przekazujące niezadowolenie lub zaniepokojenie osób wykonujących zawody robotnicze z powodu konieczności wykonywania pracy w zbliżonych do dotychczasowych warunkach. Na eksponowaniu tych wątków nie zależało bowiem ani władzy, ani opozycji. Tematyka ta nie była więc szerzej podejmowana w polskich mediach, pomimo tego, że była kwestią szeroko dyskusowaną w tym czasie w Polsce w dyskursie prywatnym.

Medialny obraz postaw Polaków w trakcie epidemii – realizacja „skryptu aktywności i samopomocy”

Istotnym sposobem kształtowania świadomości społecznej w okresie masowych zagrożeń zdrowia i życia populacji jest uwypuklenie postawy konstruktywnego radzenia sobie z sytuacją. Znajduje to wyraz zarówno w doborze tematów, jak

i w sposobie ich przedstawiania. Takie zdarzenia losowe, jak wybuch wulkanu, zniszczenia budynków i mienia spowodowane trzęsieniem ziemi, huraganem albo powodzią są przedstawiane w mediach w określony sposób. Informacjom o samym zdarzeniu i jego skutkach zwykle towarzyszą informacje o organizowaniu się dotkniętych jego skutkami ludzi w grupy samopomocowe, o wyłanianiu się lokalnych przywódców takich grup, zdolnych opanować pierwsze skutki katastrofy naturalnej, o tworzeniu się poza obszarem zagrożenia oddolnych inicjatyw obywatelskich zbierających fundusze, żywność i wodę lub rzeczy – w celu przekazania ich ludziom zamieszkałym w obszarze zagrożenia lub z nim aktywnie walczącym. Dopiero po tych informacjach pojawiają się wiadomości o „systemowym” działaniu władz lokalnych i państwowych. Premierzy i prezydenci państw przyjeżdżają zwykle na obszar dotknięty klęską naturalną po kilku dniach, gdy już opadną największe związane z nią negatywne emocje ludzi. Przywożą ze sobą państwową pomoc lub informacje o tym, w jaki sposób będzie udzielona. W pierwszym okresie zagrożenia o przetrwaniu decydują jednak sami mieszkańcy, lokalni liderzy i ich inicjatywy, ich możliwość rozeznania sytuacji i oceny zagrożenia, a następnie wytyczenia kierunku działań, które należy podjąć w celu ratowania zdrowia i życia mieszkańców, jako najważniejszego zasobu podlegającego ochronie.

Przedstawiony powyżej „skrypt informacyjny” występuje w mediach wszystkich liberalnych krajów świata, ma bowiem ważne znaczenie w kształtowaniu świadomości mieszkańców dotkniętych klęską żywiołową oraz ich stosunku do niej. Powinni oni uświadomić sobie, że zachowanie zdrowia i życia zależy przede wszystkim od nich samych, że powinni dobrze rozpoznać zagrożenie i aktywnie się mu przeciwstawiać, powinni wyłaniać lokalnych liderów zdolnych ukierunkowywać działania grupy, a następnie podporządkowywać się ich decyzjom. Powinni także odczuwać, że nie są ze spowodowanym przez zdarzenie losowe problemami sami. Że wspierać ich będą „ludzie tacy sami jak my” (stąd bardzo ważne jest przedstawianie w mediach informacji o różnych formach pomocy obywatelskiej i organizowanej przez lokalne samorządy). Pomoc państwowa jest ukazywana dopiero na końcu. W liberalnym modelu państwo tworzy bowiem jedynie warunki życia swoich obywateli, także w trakcie klęsk żywiołowych i epidemii (wprowadzając do pomocy wojsko, zapewniając bezzwrotną pomoc finansową, oferując nisko oprocentowane pożyczki, przyspieszając wypłaty środków z ubezpieczenia itp.), konkretne działania ratunkowe i samopomocowe obywatele powinni jednak podejmować sami. Nikt nie jest bowiem w stanie zrobić tego za nich, nawet w bardzo bogatych i sprawnie zarządzanych państwach. Tego rodzaju „skrypt informacyjny” jest zasadniczo zbieżny z modelem państwa, które pełni rolę substytucyjną wobec aktywności życiowej swoich obywateli⁴². Zapewnia

⁴² Por. A. Chmielewski, *Spółczesność otwarte czy wspólnota? Filozoficzne i moralne podstawy nowoczesnego liberalizmu oraz jego krytyka we współczesnej filozofii społecznej*, Wrocław 2001.

normy prawne i stwarza ogólne warunki prowadzenia działalności zarobkowej. Ramy te obywatele muszą już jednak wypełnić sami swoją aktywnością, także w okresie klęsk żywiołowych i innych tragicznych zdarzeń losowych.

Polskie tygodniki opinii w pierwszym okresie epidemii COVID-19 realizowały niemal wszystkie elementy podanego wyżej „skryptu”. Ma on bowiem charakter instruktażowy i jest powszechnie znany teoretykom dziennikarstwa i medioznawcom. Jest także postrzegany przez badaczy społecznych jako względnie skuteczny, szczególnie wtedy, gdy jest przedstawiany przez media utożsamiane przez odbiorców z różnymi ośrodkami orientacji politycznej. Jeżeli przy wszystkich dzielących je różnicach w jakiejś kwestii media te wypowiadają się zgodnie, to przekaz ten bywa przez odbiorców przyswajany jako oparty na faktach, mimo że w rzeczywistości tak nie jest (przykład stanowi tu rozbieżność medialnego i faktycznego obrazu pracy zdalnej⁴³). „Skrypt aktywności i samopomocy” realizowany przez polskie media wykazywał jednak pewne różnice. Ukazemy to na kilku przykładach.

⁴³ Czasopisma i telewizje pozostające w obszarze wpływów wszystkich głównych nurtów politycznych w Polsce przedstawiały system pracy zdalnej jako tymczasowy. Nie było to i nie jest zgodne z faktami. W maju 2020 r. władze Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu poinformowały pracowników, że także w roku akademickim 2020/2021 będzie prowadzona nauka zdalna, jedynie z wyjątkiem niektórych zajęć. Należy więc przygotować w odpowiedni sposób materiały dydaktyczne, aby przekazać je studentom online. Podobne decyzje podjęły też inne uczelnie medyczne w Polsce. Jak widać, akademickie środowisko medyczne w Polsce w pełni zdawało sobie sprawę z tego, że epidemia COVID-19 szybko w Polsce nie wygaśnie, a wprowadzony rzekomo na kilka tygodni system pracy zdalnej utrzyma się dłużej. Jak pokazała praktyka, w związku z dalszym rozwojem epidemii w Polsce nauka zdalna obowiązywała w polskich uczelniach medycznych i wielu innych także w roku akademickim 2021/2022. Podobna sytuacja wystąpiła w polskich przedsiębiorstwach państwowych. Ich kadra kierownicza przeszła w marcu 2020 r. na system pracy zdalnej. W maju 2020 r. system ten został utrzymany. Stan ten utrzymuje się do chwili obecnej. Osobiste kontakty między członkami polskich środowisk akademickich, nauczycielami akademickimi i studentami, członkami kadry kierowniczej polskiego biznesu i bankowości zostały ograniczone do niezbędnych. Cała działalność edukacyjna kadry akademickiej i biznesowej odbywała się do końca 2020, a także w całym 2021 r. w ścisłym reżimie sanitarnym. Dzięki wysokiej świadomości dotyczącej zagrożenia epidemicznego w omawianej tu grupie pracowników przeprowadzono także największą szczyptę. Dotyczy to także rodzin polskiej kadry kierowniczej i akademickiej, w tym nastolatków powyżej 16 roku życia, którzy uzyskali w Polsce możliwość zaszczepienia się w czerwcu 2021 r. Możliwość trwałego wykonywania pracy zdalnej jest w Polsce jednym z atrybutów przynależności do elity społecznej. Nie uzyskali jej w sposób trwały nauczyciele szkół podstawowych i średnich, którzy nie są do tej elity zaliczani. Od września 2020 r. pracowali w normalnym trybie, w październiku 2020 r. wiele szkół przeszło na tryb hybrydowy (w którym część zajęć jest realizowanych w formie zdalnej, a część w szkołach). Od jesieni 2020 r. do końca roku szkolnego 2020/2021 i roku szkolnym 2021/2022 Ministerstwo Edukacji i Nauki forsuje prowadzenie zajęć w trybie stacjonarnym, dopuszczając przejście na edukację zdalną tylko w szczególnych przypadkach, na mocy decyzji kierowników szkół uzgodnionej z lokalnym Sanepidem. W październiku 2021 r., po ponownym wzroście liczby zakażeń (tzw. czwarta fala epidemii) tylko ok. 10% zajęć w szkołach odbywa się w trybie zdalnym. Pozostałe prowadziły kształcenie w trybie stacjonarnym lub hybrydowym, także w województwach o najwyższym poziomie zakażeń (podlaskie, mazowieckie, lubelskie). Praca zdalna i związana z nią ochrona pracowników

Artykuły „Gazety Polskiej” i „Do Rzeczy” zwróciły uwagę na przejawy solidarności i wspólnoty, występujące w polskim społeczeństwie w trakcie epidemii. Hubert Kowalski przedstawił np. akcje kibiców piłkarskich, którzy zbierali pieniądze na żywność, środki ochrony osobistej i sprzęt dla szpitali. Autor zwrócił uwagę na mobilizację grup sympatyków klubów sportowych, dla których inspiracją był gest anonimowego kibica Cracovii, który przekazał 1200 okularów ochronnych pracownikom szpitali znajdujących się na terenie Cracovii⁴⁴. Gest ten spotkał się z odzewem nie tylko ze strony sympatyków klubów piłkarskich, ale też biznesmenów i piłkarzy (np. Kuby Błaszczykowskiego), którzy przeznaczali swoje środki na specjalny fundusz pomocowy przeznaczony dla placówek ochrony zdrowia. Kibice takich klubów jak Śląsk Wrocław, Lech Poznań czy Pogoń Szczecin wspierali natomiast personel medyczny kupując środki spożywcze (wodę mineralną, kawę, herbatę, świeże owoce) i przekazując je do szpitali. Dzięki inspiracji sympatyków klubów piłkarskich rozpoczęła się również akcja honorowego oddawania krwi⁴⁵. Agnieszka Niewińska w artykule opublikowanym w czasopiśmie „Do Rzeczy” zwróciła natomiast uwagę na akcje charytatywnego szycia maseczek materiałowych, podejmowane przez różne grupy społeczne. Miało to związek m.in. ze zmianą rekomendacji ze strony Ministra Zdrowia, prof. Łukasza Szumowskiego, który zapowiedział wprowadzenie od 16 kwietnia 2020 r. obowiązku zakrywania ust i nosa w przestrzeni publicznej. Dziennikarka przedstawiła działania podjęte przez ponad 160 wolontariuszy, którzy zdecydowali się na pomoc Fundacji Nie-lada Historia, która zajmowała się przygotowywaniem maseczek dla personelu medycznego, opiekuńczego i służb mundurowych. Podobne akcje miały również miejsce w innych miastach.

Zarówno autorzy artykułów „Gazety Polskiej”, jak i „Do Rzeczy” zwracali uwagę na rolę osób związanych z Kościołem katolickim, które wspierały państwo polskie w walce z epidemią. Przykładem był artykuł Agnieszki Niewińskiej, która podejmowała temat roli osób duchownych, pomagających w domach opieki społecznej. Problem związany z brakami obsady, wywołany m.in. przez masowe zakażenia wśród pensjonariuszy domów opieki i brak personelu do opieki nad nimi, spowodowany został objęciem pracowników tych placówek kwarantanną. Sprawilo to, że osoby wymagające stałej opieki traciły ją i pozostawały same⁴⁶.

przed zakażeniem jest więc w Polsce w miarę trwałym przywilejem, dostępnym tylko dla nielicznych – specjalistów o najwyższych kwalifikacjach, których ochrona ma strategiczne znaczenie dla zarządzania państwem, działalności biznesowej i naukowo-dydaktycznej na poziomie akademickim.

⁴⁴ H. Kowalski, *Wolontariusze w szalikach*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 14, s. 17.

⁴⁵ *Ibidem*, s. 18.

⁴⁶ Artykuł nie przytacza przykładów placówek opiekuńczych, których personel porzucił przebywające w nich osoby, ze strachu przed zachorowaniem, co zdarzało się w trakcie I fali epidemii nie tak rzadko. Byłoby to bowiem sprzeczne z zasadniczą intencją tekstu, podporządkowaną „skryptowi samopomocy”.

Istotne zatem było znalezienie nowych pracowników posiadających doświadczenie w opiece nad pensjonariuszami, gotowych zastąpić dotychczasowych. Autorka podała przykład sióstr dominikanki prowadzących domy dla chorych, np. w Broniszewicach⁴⁷, które podjęły pomoc w innych domach opieki pozbawionych personelu. Dominikanki, a także inne osoby związane z Kościołem katolickim, pomagały tam w spełnianiu podstawowych obowiązków, takich jak dezynfekcja części wspólnych i pielęgnacja chorych. Czasopismo „Do Rzeczy” zwróciło także uwagę na pozytywne aspekty związane z przymusowym zamknięciem członków rodzin w domu, we własnym towarzystwie. Doktor Aleksandra Piotrowska w wywiadzie dla „Do Rzeczy” podkreśliła, że część rodzin w czasie pandemii otrzymała okazję do naprawy występujących w nich wcześniej relacji i do zbliżenia się do siebie. Sytuacja ta spowodowała także wzrost samodzielności u dzieci, np. sześciolatek, które ze względu na pracę zdalną rodziców, musiały skupić się na samotnej zabawie, bez obecności rodziców⁴⁸. Reakcją na przymusową izolację nie była więc depresja i poczucie straty wynikające z ograniczenia kontaktów społecznych, ale działania reintegracyjne, służące poprawie spójności rodziny i zdolności jej członków do konstruktywnego reagowania na sytuację wywołaną epidemią.

W czasopismach „Newsweek Polska” oraz „Polityka” koncentrowano uwagę czytelników na innych aspektach. Częściej poruszano w nich problemy braku empatii oraz braku solidarności w sytuacjach nadzwyczajnych. Krytyka takich odczuć i reakcji przez dziennikarzy czasopism konserwatywnych i liberalnych świadczy o tym, że zarówno empatię, jak i solidarność uznają oni za pożądane (co jest zgodne z ramami wyżej wspomnianego „skryptu”). Różnica we frekwencji tematów podejmowanych w artykułach tygodników liberalnych – „Newsweek Polska” i „Polityki” oraz tygodników prawicowych – „Gazety Polskiej” i „Do Rzeczy” wynika z tego, że czytelnicy tych ostatnich nastawieni są bardziej „wspólnotowo i rodzinnie”, a tych pierwszych bardziej indywidualnie, a ich relacje z otoczeniem społecznym są ogólnie słabsze. Wyższy poziom materialny, w którym żyją, koreluje z wyższym poziomem indywidualnej konsumpcji, który jest uznawany w polskiej tzw. warstwie kreatywnej w Polsce za w pełni uprawniony. Brak jest w jej świadomości szerszej zaznaczających się tendencji do dzielenia się posiadanymi dobrami, obdarzania uwagą innych ludzi (szczególnie o niższych dochodach), czy udzielania im pomocy materialnej. Epidemia nie zmieniła tego nastawienia, stąd publikacje tygodników liberalnych skłaniały ich czytelników do otwarcia się na potrzeby innych, ale przede wszystkim tych żyjących w ich najbliższym otoczeniu, należących do tej samej warstwy. Nie inspirowały działań „prometejskich” (przejawiających się np. w organizowaniu szerokich akcji infor-

⁴⁷ A. Niewińska, *Habit kontra COVID-19*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr 19, s. 38.

⁴⁸ Ł. Zboralski, *Pandemia zbliżyła rodziny?*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr 28, s. 28–29.

macyjnych dotyczących epidemii), ani społecznikowskich (przejawiających się np. w organizowaniu działań na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych, realizowanych w formie wolontariatu). Działania te, organizowane spontanicznie, przez osoby lub grupy odczuwające taką potrzebę⁴⁹, nie były w polskiej prasie liberalnej szerzej nagłaśniane.

Jacek Tomczuk opublikował w „Newsweek Polska” wywiad z psycholożką Ewą Pragłowską. Jego tematem była przymusowa kwarantanna. W opinii dr Pragłowskiej najciężej przechodzili kryzys związany z zakazem wychodzenia z domu ci, którzy ekstrawertycznie podchodzili do życia, a jego większość spędzali dotąd poza domem. Charakterystyczną cechą tej grupy było znikome doświadczenie w dłuższym przebywaniu z innymi w przestrzeni domowej⁵⁰. Okres przymusowego zamknięcia w domach w trakcie kwarantanny stanowił utrudnienie jednak również dla tych, którzy odczuwali lęk z powodu sytuacji epidemicznej i odczuwali strach przed nowym zagrożeniem, wirusem SARS-CoV-2. Rozmówczyni wskazała, że dla takich osób zwykle wyjście do sklepu kojarzyło się z możliwością wielkiego ryzyka narażenia życia, zwykła czynność, która była wykonywana przed pandemią bez problemu, jawiła się teraz jako sytuacja ekstremalna. Doktor Pragłowska zwróciła uwagę również na bliskich mieszkających z osobami ekstrawertycznymi, którzy stawali się ofiarą ich nadmiaru energii. Istotne w przypadku domowników było działanie na rzecz zwiększenia tolerancji wobec bliskich, a także próby walki z nadmiarem emocji i rozładowywanie napięć, które mogą prowadzić do wybuchu agresji⁵¹. Artykuł był adresowany do wszystkich wyżej wymienionych grup, uświadamiając ich członkom konieczność dostosowania się do odczuć i przeżyć innych osób, przebywających wspólnie z nimi w domu w czasie kwarantanny. Osoby te należało nie tylko zauważyć, lecz także zmodyfikować własne postępowanie (np. ograniczyć nadmierne wybuchy energii czy emocji, otoczyć pomocą czy opieką osoby wykazujące nadmierny lęk).

Tematyką kryzysu psychicznego zajmowała się również autorka innego artykułu opublikowanego w „Newsweek Polska”, Renata Kim. Autorka przeprowadziła wywiad z Katarzyną Szczerbowskią-Kisielińską, rzeczniczką biura do spraw pilotażu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego i rzeczniczką Kongresu Zdrowia Psychicznego. Przyznała się ona do chorowania na schizofrenię, co stało się motywem jej działań pomocowych na rzecz innych. Zwróciła uwagę na wybuch w trakcie epidemii licznych przejawów solidarności i świadczenia

⁴⁹ Powstały np. strony internetowe utworzone przez lekarzy, na których prostowali błędne informacje dotyczące epidemii i popularyzowali jej ujęcie kliniczne. Studenci wyższych uczelni medycznych tworzyli grupy wolontariatu, opiekujące się osobami starszymi, pomagające w szpitalach, a także w organizowaniu akcji szczepień. Działalność ta nie była jednak szerzej propagowana w prasie.

⁵⁰ J. Tomczuk, *Polak nie sam w domu*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 13, s. 23.

⁵¹ Ibidem, s. 24.

wzajemnej pomocy. Nie było to jedynie popularne hasło lub frazes, szybkie reagowanie i pomoc innym były działaniem realnym⁵². W trakcie epidemii obserwowano jednak także większą niż wcześniej liczbę osób potrzebujących pomocy, borykających się z doświadczeniem kryzysu psychicznego, które takiej pomocy nie otrzymywały. Dominantą ich przeżyć psychicznych stał się lęk, spowodowany zwiększeniem intensywności objawów, które mogłyby wskazywać na zaostrzenie choroby. Oprócz osób stale borykających się z doświadczeniem kryzysu psychicznego obserwowano w trakcie epidemii zaostrzenie stanu niepokoju u wszystkich obywateli. W obu artykułach dziennikarze propagowali postawę zaangażowania i pomocy na rzecz bliźnich. Nie czynili tego jednak ani w sposób instruktażowy, ani dyrektywny (w stylu: „powinieneś coś zauważyć”, „powinieneś coś zrobić” itp.). Czytelników skłaniano jedynie do wyjścia poza świat własnych problemów i do podjęcia konkretnych działań, głównie na rzecz domowników połączonych wspólnym przeżywaniem kwarantanny.

Ważnym problemem w czasie epidemii była kwestia radzenia sobie z chorobą psychiczną lub zaburzeniami zdrowia psychicznego, które uległy nasileniu w jej trakcie. Poważną kwestią była sytuacja dzieci, dla których izolacja mogła przyczynić się do zaostrzenia stanów depresyjnych. W „Newsweek Polska” porusza ten problem Renata Kim. Autorka skupiła się na działalności Telefonu Zaufania dla Dzieci i Młodzieży wskazując, że wiele dzieci wstydzi się swoich chorób i zaburzeń przed rodzicami. Z tego powodu zmniejszyła się częstotliwość spotkań online z terapeutą, a zwiększyła liczba wiadomości e-mailowych. W opinii Pauli Włodarczyk, rozmówczynie Renaty Kim, epidemia wykazała problem braku umiejętności rodziców spędzania czasu z dziećmi, a także brak wsparcia dla ofiar przemocy⁵³. Niejako kontrapunktem dla tego sposobu przedstawiania problemu zaburzeń psychicznych w trakcie epidemii był artykuł w tygodniku „Do Rzeczy”. Artykuł przytoczył opinię prof. Janusza Heitzmanna, wiceprezesa Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, który w wywiadzie dla redakcji „Do Rzeczy” zwrócił uwagę na to, że pandemia nie wywoływała tylko negatywnych skutków dla psychiki. Konfrontacja z nieznanym dotąd zagrożeniem może bowiem prowadzić do uodpornienia jej i przygotowania na przyszłość⁵⁴. Obie redakcje zwracały uwagę na ten sam element: współodczuwanie osób bliskich z osobami chorymi, reagowanie na ich cierpienie, zaangażowanie na rzecz udzielenia dostępnej w warunkach epidemii pomocy. Empatia i troska o bliskich to postawy propagowane jako konstruktywne i uzasadnione zarówno medycznie, jak i etycznie.

⁵² R. Kim, *Szukam sensu*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 16, s. 24.

⁵³ Eadem, *Pomóżcie mi, proszę*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 17, s. 40.

⁵⁴ K. Pinkosz, *Pandemia to nie tylko klęska*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr 29, s. 77.

Przytoczone wyżej przykłady to tylko nieliczne teksty, realizujące „skrypt aktywności i samopomocy”. Czytelnicy polskich tygodników opinii byli inspirowani przede wszystkim do działań na rzecz najbliższej rodziny i osób „obiektywnie” mających prawo do pomocy: chorych, starszych i dzieci. Propagowano otoczenie ich zainteresowaniem, troską i wsparciem, które można uznać za „należne”. Tak scharakteryzowane podmioty, tj. dzieci, osoby z niepełnosprawnością psychiczną i fizyczną, zalęknione, pogrążone w depresji i stare, nie są bowiem w stanie same zadbać o siebie. W liberalnym modelu państwa powinni to uczynić ich bliscy, których jest to obowiązkiem⁵⁵. Pozostałe osoby dorosłe powinny starać się dostosować do sytuacji, samodzielnie zadbać o swoje interesy i bezpieczeństwo. Jest rzeczą charakterystyczną, że w publikacjach realizujących „skrypt aktywności i samopomocy” nie inspirowano czytelników do podejmowania konkretnych działań pomocowych wykraczających poza skalę rodziny i sąsiadów. Na przykład wolontariatu, który w trakcie powodzi 1997 r. okazał się bardzo skuteczny, a w 2020 r. ponownie podjął działania we Wrocławiu, dostarczając swoim podopiecznym do domu żywność i leki, wyprowadzając na spacer zwierzęta domowe, lub choćby oferując starszym osobom zamkniętym w domach systematyczny kontakt telefoniczny i rozmowę.

Za osoby uprawnione do otrzymywania pomocy uznano także lekarzy walczących z epidemią w szpitalach, a także przebywających w nich chorych. Popularyzowano zbiórki żywności i wody dla szpitali, oraz zbiórki krwi dla potrzebujących ich pacjentów. Brak było jednak innych pomysłów wsparcia dla pracowników służby zdrowia czy Sanepidu, tematyka ta występowała więc w czasopismach incydentalnie.

Polska narracja prasowa nie stworzyła w pierwszej fazie epidemii figur osób zaufanych, które ciesząc się autorytetem byłyby zdolne występować w roli liderów grup samopomocowych. W żadnym z analizowanych tytułów prasowych nie pojawiła się tego rodzaju postać, która określałaby cele i kierunki społecznych działań samopomocowych i podpowiadała metody. Nie wyłonili się „społeczni liderzy covidowi”, którzy mogliby zagospodarować występujące w społeczeństwie pokłady empatii i postawy sprzyjające samopomocy. Inicjatywy samopomocowe pozostały więc lokalne, a ich faktyczni bohaterowie pozostali szerzej nieznanymi polskiej opinii publicznej.

⁵⁵ Ta sama zasada obowiązuje w polskim systemie prawnym. Członkowie rodziny mają prawny obowiązek opieki nad chorymi i osobami z niepełnosprawnościami, zarówno w wymiarze osobistym, jak i finansowym. Państwo podejmuje tę opiekę dopiero wówczas, gdy osoba chora nie ma krewnych albo nie są oni w stanie sprawować faktycznej opieki nad chorym.

Uzasadnienie znoszenia zarządzeń przeciwepidemicznych – prasowy obraz okresu „wygasania epidemii koronawirusa”

Wprowadzony 19 marca 2020 r. przez polskie władze lockdown był bardzo kosztowny dla budżetu państwa. Jego zasady nie były przy tym przyjęte ze zrozumieniem przez dużą część obywateli, którzy stracili w związku z nim źródła utrzymania lub ich dochody znacząco spadły. Na czoło wśród osób niezadowolonych wysuwały się osoby utrzymujące się z dystrybucji dóbr i usług, z których w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia wielu konsumentów i tak by zrezygnowało, nawet gdyby lockdown nie został wprowadzony. Nie były to bowiem dobra i usługi o priorytetowym dla konsumentów znaczeniu, korzystanie z nich można więc było odłożyć na bardziej bezpieczne czasy, oszczędzając zarazem środki, które miano by wydać na ten cel. Wprowadzony przez władze lockdown przyczynił się jednak do zaniechania korzystania z tych dóbr i usług decyzją administracyjną, co wywołało poważne niezadowolenie osób, dla których sprzedaż tych dóbr i usług była źródłem utrzymania.

Do osób niezadowolonych z lockdownu i niezgadających się z jego postanowieniami należeli jednak nie tylko prywatni przedsiębiorcy z branż nienależących do obszaru usług tzw. pierwszej potrzeby – hotelowej, gastronomicznej, turystycznej i sportowej i ich pracownicy. Brak zrozumienia i akceptacji dla decyzji władz w tym zakresie wyrażali także mieszkańcy słabiej zurbanizowanych obszarów kraju, głównie położonych na wschód od linii Wisły. Na tych terenach, odmiennie niż w miastach, epidemia przebiegała w pierwszych miesiącach 2020 r. z bardzo słabym nasileniem, a w niektórych powiatach w ogóle nie odnotowano żadnego jej przypadku. Mieszkańcy tych obszarów nie rozumeli więc wprowadzenia postanowień rządowych dotyczących ogólnonarodowej kwarantanny jako działań ochronnych dla siebie, nie czuli się bowiem epidemią zagrożeni, nie znali też osobiście nikogo, kto by zachorował. Zarządzenia władz traktowali jako opresyjne i nieuzasadnione, a sam fakt istnienia epidemii traktowali jako wątpliwy. Nie traktowali także poważnie ostrzeżeń formułowanych w mediach przez polskich epidemiologów, wskazujących, że gdy już doszło w Polsce do transmisji poziomej wirusa SARS-CoV-2, to ogniska zakażeń rozprzestrzenią się z czasem na całym obszarze kraju. Epidemiolodzy informowali w wielu audycjach telewizyjnych, że w pierwszej kolejności choroba zaatakowała obszary o wysokiej gęstości zaludnienia, na których większa część ludności pracuje w dużych zakładach przemysłowych, do których codziennie dojeżdża środkami komunikacji publicznej. Dopiero w drugiej kolejności obejmie miasta i wsie tzw. ściany wschodniej, w których nasilenia zakażeń należy spodziewać się w drugiej połowie 2020 r., a także w roku następnym. Ponieważ zbliżały się wybory prezydenckie, a duża część elektoratu partii rządzącej nie traktowała lockdownu jako formy ochrony, ale jako rodzaj opresji (przeciwne zdania była większość mieszkańców dużych miast, którzy stanowili jednak przeważnie elek-

torat opozycji), nie było politycznej woli do dalszego utrzymywania lockdownu. Wręcz przeciwnie, jego utrzymywanie mogło zmienić wynik wyborów na niekorzyść kandydata związanego z obozem rządowym. Wprowadzone rekompensaty finansowe z tytułu przymusowego zawieszenia działalności (tzw. „tarcze antycovidowe”) także okazały się korzystne przede wszystkim dla większych podmiotów gospodarczych, zatrudniających legalnie pracowników, rzetelnie raportujących osiągnięte dochody i płacących podatki w wysokości odpowiedniej do skali dochodów, a nie dla małych przedsiębiorców, z których część zatrudniała pracowników poza oficjalnym systemem (tj. „na czarno”), nie wykazywała do urzędów skarbowych realnego poziomu dochodów i płaciła w związku z tym zaniżone podatki. Ponieważ rekompensaty wypłacane z tytułu „tarcz antycovidowych” naliczane były w zależności od oficjalnie zgłaszanych dochodów, a przy zafałszowanej sprawozdawczości finansowej były one niskie, tak działające firmy uzyskiwały niskie rekompensaty. Na żadne rekompensaty z tytułu epidemii nie mogli liczyć także przedsiębiorcy prowadzący działalność nigdzie niezarejestrowaną, w tym właściciele prywatnych pensjonatów wynajmujący pokoje bez zgłaszania tego źródła dochodów do urzędów podatkowych, robotnicy budowlani pracujący „na czarno”, a także inni pracownicy sektora usług, którzy nie zarejestrowali swojej działalności. Niezadowolenie z wprowadzenia lockdownu szerzące się w tych grupach rodziło realną groźbę wybuchu napięć społecznych, a także trwałej zmiany preferencji wyborczych. Obok bardzo wysokich kosztów wypłaty „tarcz antycovidowych” należy uznać to za ważną przesłankę zakończenia lockdownu przez władze.

Zniesienia ograniczeń życia społecznego wprowadzonych na czas epidemii rząd nie mógł jednak wprowadzić bez odpowiedniego przygotowania. Ze względu na spowodowaną epidemią panikę, która wystąpiła w Polsce na przełomie lutego i marca 2020 r., należało wprowadzić do dyskursu publicznego wiadomość o możliwości zniesienia powszechnej kwarantanny w dobrze przygotowany sposób. Uzasadnione było to przez obecność w telewizji publicznej audycji podejmujących określone tematy, a następnie badanie tego, jaki odzew wywoływały one w społeczeństwie. Gdy rząd upewnił się, że paniczne nastroje związane z epidemią z przełomu marca i lutego należą już do przeszłości, zaczął eksponować w mediach publicznych interpretację, że wprowadzone w połowie marca zarządzenia przeciwepidemiczne przez wielu Polaków są postrzegane jako uciążliwe. Nie tylko ze względów psychicznych (o czym często donosiły w marcu, kwietniu i maju 2020 r. polskie tygodniki opinii), lecz także ekonomicznych. Telewizja publiczna (a także telewizje prywatne) coraz częściej przedstawiała przykłady niezadowolenia prywatnych właścicieli z wprowadzonych przez rząd RP zarządzeń przeciwepidemicznych. TVP coraz częściej relacjonowała organizowane przez środowiska hotelarzy, właścicieli restauracji i innych zakładów gastronomicznych, basenów, klubów fitness i tym podobnych przedsięwzięć gospodarczych protesty. Opinii publicznej przekazy medialne ukazywały obraz społeczeństwa,

którego wiele środowisk nie jest zainteresowanych dalszym utrzymywaniem wprowadzonych obostrzeń sanitarno-epidemicznych i domagają się one jak najszybszego ich zniesienia. We wszystkich telewizjach na trwałe zagościła w maju 2020 r. figura właściciela hotelu, biura podróży, restauracji albo siłowni, który uważał lockdown za ograniczenie swojego prawa do swobody działalności gospodarczej, podważał legalność wprowadzanych przez władze zarządzeń, organizował protesty osób prowadzących działalność o podobnym profilu i zapowiadał wystąpienie przeciwko instytucjom państwowym na drogę sądową. Wypowiedzi osób realizujących tego rodzaju scenariusz były silne nacechowane afektem, ich narrację zdominował gniew, a czasem także agresja. Żaden z prezentowanych w telewizji właścicieli nie deklarował zarazem, że w związku z wprowadzonym przez władze czasowym zakazem działalności czuje się bezpiecznie i że środki uzyskiwane z kolejnych „tarcz antycovidowych” pozwalają jemu, jego rodzinie i pracownikom przetrwać zagrożenie epidemiczne na zbliżonych zasadach, jakie uzyskali pracownicy o wyższym poziomie wykształcenia, skierowani w trakcie epidemii do pracy zdalnej. Ci ostatni prywatnie podkreślali, że aby otrzymać wynagrodzenie za pracę musieli w trakcie epidemii pracować ciężiej i dłużej, niż przed jej wybuchem, podczas gdy właściciele hoteli, restauracji, biur podróży czy siłowni otrzymywali pieniądze z „tarcz” jedynie za gotowość do świadczenia pracy w przyszłości, nie musząc jej wykonywać w trakcie epidemii. Kwesta ta, żywo dyskutowana przez wielu Polaków wykonujących pracę zdalną, nie pojawiła się jednak w ogóle w polskim dyskursie publicznym. Jak bardzo medialny obraz „wzburzonego hotelarza” odbiegał od rzeczywistości, pokazał koniec maja 2020 r., gdy wyrażono zgodę na otwarcie hoteli i zaprzestano wypłacania środków z „tarcz”. Okazało się wówczas, że wielu właścicieli hoteli o wyższym standardzie, prowadzących legalną działalność i uzyskujących realne wsparcie finansowe z „tarcz”, było w poważnym stopniu zaniepokojonych możliwością zarażenia się od klientów, którzy nie przestrzegają reguł sanitarnych. Kwestia ta pozostała jednak „tematem pustym” dla polskich mediów. Nie była w nich podejmowana. Przyjrzyjmy się obecnie na przykładach, jak polskie tygodniki opinii przedstawiały kontekst zniesienia ograniczeń związanych z epidemią.

Jacek Przybylski na łamach czasopisma „Do Rzeczy” podniósł temat dużego znaczenia polskiej branży hotelarskiej dla rodzimej gospodarki. Autor stwierdzał, że w miarę zmniejszania się liczby zachorowań w maju 2020 r. rozpoczęto proces otwierania hoteli. Pojawiła się więc nadzieja na skorzystanie z urlopu wypoczynkowego. Powrót do normalnej działalności hoteli, restauracji i biur podróży zapobiegnie bankructwu ogromnej rzeszy przedsiębiorców i wzrostowi bezrobocia. Turystyka jest odpowiedzialna za ponad 10% światowego PKB. Przynosi duże dochody także w Polsce⁵⁶. Autor artykułu przekonywał czytelników, że wyjazd

⁵⁶ J. Przybylski, *Urlop w czasach zarazy*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr 19, s. 72.

na wakacje do hotelu będzie pod względem medycznym bezpieczny. W hotelach nie będzie bowiem posiłków w formie tzw. „szwedzkiego stołu”, ale aby zapobiec tłoczeniu się gości w jadalniach potrawy będą im dostarczane bezpośrednio do pokoi. Zmianę tę dziennikarz przedstawiał jako konieczną, mimo że przez wielu polskich klientów zostanie negatywnie przyjęta. Chętnie korzystali oni bowiem z ofert typu all-inclusive, szczególnie za granicą, w ramach której korzystali z potraw i napojów, w tym alkoholowych, bez żadnych ograniczeń. Rezygnacja z dotychczasowego modelu wyżywienia mogła więc mieć wpływ na spadek atrakcyjności pobytów⁵⁷. Najważniejsze było jednak wprowadzenie do publicznego obiegu samej możliwości wyjazdu na wakacje. Stanowić to miało istotny kontekst dla informacji o konieczności powrotu do pracy.

Jako zachęta do zmiany nastawienia dotyczącego domowej izolacji (którą akceptowała wg badań opinii publicznej większość Polaków) mogła być także potraktowana informacja przywróceniu działalności galerii handlowych i branży beauty. Odwiedzanie tych galerii jest bowiem wysoko akceptowanym przez dużą część Polaków sposobem spędzania wolnego czasu, a korzystanie z usług fryzjera jest przez niemal wszystkich postrzegane jako konieczność życiowa. Temat ten podjął „Newsweek Polska”. Galerie handlowe miały wznowić działalność w tzw. reżimie epidemicznym, co miało przekonać czytelników, że korzystanie z nich będzie bezpieczne. Autor artykułu na temat galerii handlowych, Miłosz Węglewski, zwrócił jednak uwagę, że Polacy przyjęli otwarcie galerii handlowych w sposób zróżnicowany. Mieszkańcy większych miast, takich jak Wrocław czy Warszawa (w których poziom zachorowań w trakcie I fali epidemii był wyższy), podeszli do możliwości ponownego odwiedzenia galerii z rezerwą, nadal obawiając się o swoje zdrowie. Tymczasem mieszkańcy mniejszych ośrodków (w których zasięg epidemii był wiosną 2020 r. bardziej ograniczony), wyjazd do dużych centrów handlowych powitali jako „powrót do normalności”⁵⁸. Możliwość odwiedzania galerii handlowych miała stworzyć kontekst dla wiadomości o konieczności powrotu do pracy. Oba rodzaje aktywności – zakupy i praca – miały być bowiem realizowane poza domem, należało do nich jakoś dojechać (w tym transportem publicznym), a następnie przebywać tam w przestrzeni zamkniętej w towarzystwie innych ludzi. Po prawie trzech miesiącach, w których Polakom codziennie przekazywano w mediach hasło „zostań w domu”, nowy przekaz – dotyczący możliwości dokonywania atrakcyjnych zakupów i korzystania z uważanych za niezbędne usług – miał wpłynąć na ich decyzje o ponownym udziale w życiu społecznym, przywołać skojarzenie zadowolenia z aktywnością wykonywaną poza domem. „Newsweek Polska” informował czytelników o ponownej możliwości skorzystania z zakładów fryzjerskich i kosmetycznych. Korzystanie

⁵⁷ Ibidem, s. 74.

⁵⁸ M. Węglewski, *Wirus handlowy*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 21, s. 66.

z nich miało być bezpieczne dla klientów i personelu, ze względu na wprowadzony w nich reżim sanitarny i ograniczenie (jak w galeriach) liczby klientów⁵⁹.

Najbardziej jednak przekonującym przekazem mającym ośmielić Polaków do wyjścia z domu i do zabrania ze sobą dzieci stał się wprowadzony przez rząd tzw. bon turystyczny. Jego wprowadzenie miało dwa oficjalne cele: pomoc właścicielom obiektów turystycznych, których dochody spadły w trakcie epidemii oraz pomoc rodzinom z dziećmi, które (w wyniku uzyskania kwoty 500 zł dofinansowania na wyjazd do legalnie działającego hotelu lub pensjonatu na każde dziecko) mogły pozwolić sobie na zorganizowanie rodzinnych wczasów w kraju. Bon turystyczny obowiązywał bowiem wyłącznie na terenie Polski. Program wsparcia krajowej turystyki rodzinnej pozytywnie oceniła na łamach tygodnika „Polityka” Joanna Solska. Autorka zwróciła uwagę na obłożenie tras turystycznych, głównie na Podhalu. Zauważyła jednak, że turyści byli ostrożniejsi niż w 2019 r. Mimo to przedsiębiorcy liczyli się z pozytywnymi skutkami rządowej decyzji o wprowadzeniu bonu turystycznego⁶⁰.

Przedstawione powyżej przykłady, mające stworzyć kontekst dla masowego powrotu Polaków do pracy, spotkały się z krytyką wielu lekarzy. Rozumieli oni wprawdzie rządowe racje, tj. fakt, iż dalsze utrzymywanie gospodarki w stanie zawieszenia jest nie do utrzymania ze względów ekonomicznych. Przekazywali jednak w telewizji wyważone i dość sceptyczne opinie na temat możliwości tzw. „powrotu do normalności”, w tym szczególnie wyjazdu na wczasy. Formułowali je na podstawie obserwacji sytuacji w Anglii, USA, Indiach, Brazylii, Szwecji i wielu innych krajach świata, w których nie wprowadzono między marcem a majem 2020 r. takich zarządzeń przeciwepidemicznych, jak w krajach Unii Europejskiej. Epidemia szerzyła się poza UE w postępie geometrycznym. Według wielu ekspertów medycznych mogło to grozić po zniesieniu zarządzeń przeciwepidemicznych także Polsce, w której wykonano w trakcie I fali epidemii niewiele testów w stosunku do ogólnej liczby ludności. Prawdziwa liczba zachorowań jest więc nieznana. Nierozpoznane pozostały także lokalne ogniska. Otwarcie hoteli, restauracji, basenów, siłowni, zakładów kosmetycznych i fryzjerskich, a także zachęcanie Polaków do masowego wyjazdu na wakacje wielu lekarzy uznało za przedwczesne i potencjalnie grożące ponownym wybuchem epidemii po wakacjach. Patogen mógł się bowiem szeroko rozprzestrzenić w społeczeństwie, a w granice Polski mogły zostać zawleczone z zagranicznych ośrodków wczasowych jego nowe odmiany. Polacy masowo ruszyli jednak na wakacje, w tym wielu za granicę, do krajów Europy Południowej, w których epidemia osiągnęła do czerwca 2020 r. bardzo poważne rozmiary. Jak miała pokazać przyszłość, obawy lekarzy o zbyt wczesne zniesienie zarządzeń przeciwepidemicznych nie były płonne i nieuza-

⁵⁹ E. Turlej, *Powrót na salony*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 22, s. 24.

⁶⁰ J. Solska, *Wakacje z bonami*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 32, s. 37–39.

sadnione. Jesienią 2020 r. epidemia COVID-19 zaatakowała Polskę z nienotowaną wcześniej siłą, powodując w październiku 2020 r. ok. 20 tys. nowych zachorowań dziennie. Do końca roku znacznie też wzrosła w Polsce liczba zgonów⁶¹.

Ogólna ocena podjętych w Polsce przez władze działań przeciwepidemicznych w świetle polskich tygodników opinii

Jak ukazano w poprzednim rozdziale tej książki, działania przeciwepidemiczne wprowadzane na początku w Chinach, a później także w wielu krajach Europy i Azji, były oceniane krytycznie przez redakcje analizowanych tygodników opinii. W artykułach nie przebił się – jako decydujący wątek w tej ocenie – zespół argumentów zaczerpniętych z aktualnego standardu medycyny klinicznej, zgodnie z którym do jedynych skutecznych metod ochrony przed zagrożeniem epidemicznym należą izolacja i kwarantanna, które mogą być uzupełnione szczepionkami, gdy zostaną one opracowane. Dziennikarze polskich tygodników opinii, relacjonujący wprowadzane w różnych krajach przez władze przymusowe zarządzenia przeciwepidemiczne, rozpatrywali je przede wszystkim jako opresyjne, a nie ochronne. Podkreślali związane z nimi niedogodności dla mieszkańców, a nie ich główną wartość i cel: ochronę zdrowia i życia jak największej liczby członków populacji danego kraju.

Powyższa perspektywa zdominowała także prasowe oceny wprowadzonego w Polsce lockdownu, a także zarządzeń przeciwepidemicznych obowiązujących w kraju w trakcie wakacji 2020 r. W liberalnych tygodnikach opinii za najważniejsze z tych niedogodności uznawano ograniczenie wolności obywatelskich, a tygodnikach prawicowych swobodę działalności gospodarczej i ogólnie możliwość samodzielnego zarządzania swoim życiem i życiem członków rodziny powierzonych opiece, tj. dzieciom. Ujęcie to, eksponujące wolność osobistą jako wartość przekraczającą poczucie dobra wspólnego, które uzasadniałoby wprowadzenie czasowych ograniczeń wolności jednostki uzasadnianych względami

⁶¹ Czasopismo „Angora” z października 2021 r. podało oficjalne dane dotyczące liczby zachorowań i zgonów na COVID-19 odnotowanych w Polsce od marca 2020 r. Od ogłoszenia epidemii w naszym kraju potwierdzono oficjalnie 2 968 200 zachorowań i 76 434 zgonów na COVID-19. Por. „Angora” 2021, nr 44, s. 18. Dane dotyczące zachorowań są trzykrotnie niższe, niż szacowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, podane w przypisie 11 do niniejszego rozdziału. W 2021 r. odnotowano w Polsce najwyższy poziom zgonów od 1945 r. Urodziło się najmniej dzieci od zakończenia II wojny światowej. Wystąpiła przewaga liczby zgonów nad liczbą urodzeń, sięgająca ok. 230 tys. obywateli Polski. Czasopismo „Polityka” z października 2021 r. podało natomiast, że Polsce od początku epidemii liczba zgonów przekroczyła przeciętną dla poprzednich lat wysokość o ponad 140 tys. osób. Por. „Polityka” 2021, nr 44, s. 6. Epidemia COVID-19 miała dla Polski bardzo poważne skutki demograficzne.

medycznymi, wyraźnie wskazuje na fakt, że niebezpieczeństwa dla zdrowia i życia polskiej populacji związanego z epidemią COVID-19 dziennikarze rodzimych tygodników opinii nie postrzegali w tych samych kategoriach, co katastrofalnej powodzi z 1997 r. „Fala powodziowa” o wysokości do 10 metrów, dewastująca kolejne obszary kraju, była postrzegana zarówno przez lekarzy i dziennikarzy, jak i społeczeństwo, jako realne zagrożenie, przed którym należało próbować się chronić wszelkimi uznawanymi za możliwe i potencjalnie skuteczne sposobami, podczas gdy „fala epidemiczna” została tak potraktowana wyłącznie przez lekarzy.

Duża część dziennikarzy przyjęła informacje o zagrożeniu epidemicznym w taki sposób, w jaki przyjmuje się tekst kultury, który odzwierciedla czyjeś poglądy, a my możemy je oceniać wg własnych preferencji, nie rozważając, czy i na ile poglądy te są zgodne z rzeczywistością. „Postmodernistyczne” zinterpretowanie epidemii czyniło prawomocnym jej rozważanie wg metody „słowo przeciw słowu”. Profesjonalne opinie lekarzy klinicznych, związanych ze środowiskiem akademickim, wielu dziennikarzy uznało za należące do „ich kulturowej bańki” i dla nich osobiście nieprzekonywujące. Własną interpretację epidemii oparli na argumentacji zaczerpniętej z innych „kulturowych baniek”, uznając to za w pełni uprawnione. Dla jednych z nich była to świadomość potoczna i tzw. zdrowy rozsądek, dla innych przekonania zwolenników tzw. medycyny alternatywnej (tzw. pluralizm medyczny). Silny w Polsce i wzrastający po 1989 r. nurt tzw. medycyny alternatywnej albo lecznictwa niemedycznego sprzyjał takiemu nastawieniu. Część polskiej opinii publicznej traktowała w 2020 r. opinie lekarzy w taki sposób, jakby niebezpieczeństwo związane z epidemią nie było do końca realne. Nie ufano opiniom lekarzy klinicznych, na takiej samej zasadzie, na której wiedząc o krytycznym nastawieniu klinicystów do homeopatii i innych metod tzw. medycyny alternatywnej podejmowano jednak leczenie u homeopaty czy bioenergoterapeuty. Dyskurs kliniczny uznano bowiem tylko za jeden z możliwych sposobów narracji o zdrowiu i chorobie, tak samo uprawniony, jak każdy inny. O tym, który ze sprzecznych dyskursów zaaprobujemy, zdecydujemy ostatecznie my sami. Mamy bowiem takie prawo, na tym polega nasza wolność stanowienia o sobie.

W zestawieniu z tak zakreślonym sposobem definiowania wolności wszystkie wprowadzane przez władze przymusowe zarządzenia przeciwepidemiczne jawiły się jako niesłuszne i nadmierne. W tym duchu w polskich tygodniach opinii opisywano także lockdown. Uwagę czytelników koncentrowano na bardzo szerokim spectrum zagrożeń z dziedziny wolności obywatelskich, praw człowieka i wolności gospodarowania, nie ułatwiając zarazem czytelnikom zrozumienia, że w trakcie epidemii główne zagrożenie występuje gdzie indziej i ma inny charakter. Jest bardzo poważnym zagrożeniem zdrowia i życia przez czynnik biologiczny (wirus), któremu należy próbować się przeciwstawić wszystkimi znanymi medycynie klinicznej środkami, nawet wtedy, gdy podejmowane w tym kierunku działania

dla części polskiej opinii publicznej nie będą zrozumiałe, a przez inną, mimo ich zrozumienia, zostaną przyjęte jako opresja.

Przykłady „wolnościowej” perspektywy w analizie wprowadzanych przez władzę zarządzeń przeciwepidemicznych znajdujemy we wszystkich analizowanych w tym opracowaniu polskich tygodnikach opinii. Możemy jednak zauważyć zróżnicowanie argumentów, które są podstawą wyrażanej krytyki. Tygodniki „Polityka” i „Newsweek Polska” w wielu tekstach odwoływały się do niedostatecznych podstaw prawnych wprowadzanych przez rząd obostrzeń, natomiast tygodnik „Do Rzeczy” powoływał się na tzw. zdrowy rozsądek. Przykładem takiej argumentacji są przytaczane poniżej artykuły.

Ewa Siedlecka opisując w tygodniku „Polityka” decyzję Senatu o przyjęciu ustawy „covidowej” zwróciła uwagę na szereg niedociągnięć i pojęć nie do końca określonych, które w jej opinii mogły nieść ze sobą ryzyko poważnej ingerencji w wolność obywateli i ich prawa, pod płaszczykiem walki z zagrożeniem epidemicznym⁶². Zwróciła uwagę na trudne do wytłumaczenia na gruncie prawnym procedury, które mogły prowadzić do nieuzasadnionych prawem działań. Jako przykład podała zatrzymanie pary młodych ludzi wykazujących objawy infekcji, w Lwówku Śląskim, na podstawie donosu pochodzącego od anonimowej osoby. Na chaos prawny w działaniach przeciwepidemicznych zwracał uwagę także „Newsweek Polska”, przytaczając opinię na ten temat Rzecznika Praw Obywatelskich Adama Bodnara. Zwrócił on uwagę na to, że ograniczenia w funkcjonowaniu państwa i życiu codziennym obywateli zostały wprowadzane na podstawie sporządzonej i zaakceptowanej przez parlament i prezydenta tzw. specustawy koronawirusowej, a także ustawy dotyczącej zapobiegania i przeciwdziałania chorobom zakaźnym z 2008 r. Sposoby przemieszczania się obywateli mogły zostać określone przez rządzących na podstawie starszej ustawy, co rzecznik uznał za właściwsze. A. Bodnar zwrócił także uwagę, że władza wprowadziła zakaz przemieszczania się, mimo że stan prawny na to nie zezwalał, bo jedyną możliwością wprowadzenia takich obostrzeń było wprowadzenie stanu nadzwyczajnego, na który rządzący się nie zdecydowali⁶³. Opinię tę potwierdziły wyroki sądów, które zarówno w 2020, jak i 2021 r. stwierdzały niekonstytucyjność wprowadzanych przez władze zarządzeń przeciwepidemicznych⁶⁴. Polskie liberalne tygodniki opinii za najważniejszy problem związany epidemią nie uznały zagrożenia dla zdrowia i życia związanego z samą epidemią, ale skutki wprowadzonych przez władze Polski czasowych ograniczeń przeciwepidemicznych. Miały one, zdaniem dziennikarzy tych tygodników, realny i bardzo niekorzystny wpływ na sytuację

⁶² E. Siedlecka, *Prawo w czasach zarazy*, „Polityka” 2020, R. 28, nr 11, s. 8.

⁶³ D. Karpiuk, *Lekcje z kryzysu*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 17, s. 23.

⁶⁴ <https://serwisy.gazetaprawna.pl/orzeczenia/artykuly/8061878,sady-administracyjne-koronawirus-niekonstytucyjnosc-obostrzen.html> (dostęp: 30.04.2021).

polskich przedsiębiorców, w tym przede wszystkim branży fitness, restauracyjnej, hotelarskiej i rozrywkowej, których straty liczone były w miliardach złotych⁶⁵.

W duchu krytycznym wobec zarządzeń przeciwepidemicznych wydawanych przez władze wypowiedział się także tygodnik „Do Rzeczy”. Przykładem są tu kolejne publikacje Łukasza Warzechy. Autor ten krytycznie ocenił sytuację w Polsce także po zniesieniu lockdownu⁶⁶. W opinii dziennikarza, podzielenie w okresie wakacji obszaru Polski na strefy o zróżnicowanym poziomie bezpieczeństwa, w zależności od panującej w każdej z nich sytuacji epidemicznej, należało uznać za absurdalne i pozbawione większego sensu. Przepisy dotyczące obowiązku kwarantanny, nałożone w strefach uznanych za bardziej zagrożone epidemią, nie miały zdaniem dziennikarza „wiele wspólnego ze zdrowym rozsądkiem”, a lekarzy, którzy zwracali uwagę na podtrzymanie zasad przeciwepidemicznych po zniesieniu lockdownu określił jako tych, którzy posiadają „wąskie spojrzenie” na temat rzeczywistości. Zwrócił także uwagę na dr. Pawła Basiukiewicza, który wielokrotnie wyrażał wątpliwości na temat skuteczności działań prowadzonych przez polski rząd, za co został zgłoszony do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej⁶⁷.

Publikacje Łukasza Warzechy w tygodniku „Do Rzeczy” są przykładem „postmodernistycznej krytyki” zarządzeń przeciwepidemicznych wprowadzanych w 2020 r. przez polskie władze, mimo że sam autor nie zgodziłby się, aby uznać go za postmodernistę. Opinia ta opiera się na akceptacji przez tego autora koncepcji pluralizmu medycznego. Standard zarządzania zagrożeniem epidemicznym w Polsce, opracowany przez legitymujących się specjalistycznym wykształceniem lekarzy klinicznych, autor uznaje za „sprzeczny ze zdrowym rozsądkiem”, a epidemiologom będącym doradcami rządu RP zarzuca „wąskie spojrzenie na rzeczywistość”. Przeciwstawia im przekonania tzw. „zwykłych ludzi”: zarówno podmiotu grupowego, wyrażającego poglądy „zgodne ze zdrowym rozsądkiem”, jak indywidualnego – tzw. szeregowego lekarza, który za krytykę poglądów medycznych autorytetów może zostać ukarany przez instytucjonalne organy samorządu lekarskiego. Ten model argumentacji opiera się na podważaniu sposobu definiowania przez specjalistów zagrożenia związanego z epidemią COVID-19 oraz metod umożliwiających opanowanie tego zagrożenia, opartych na ścisłej metodologii klinicznej. Dziennikarz „Do Rzeczy” nie informuje swoich czytelników, ani czym jest metodologia kliniczna, ani jakie wynikają z niej konsekwencje dla ogólnego bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Afirmuje zarazem, jako wiarygodne, „inne spojrzenie” na epidemię. Narracja „Do Rzeczy” nie sprzyjała

⁶⁵ <https://demagog.org.pl/wypowiedzi/jak-duze-straty-poniosla-polska-gospodarka-w-czasie-lockdownu/> (dostęp: 30.04.2021).

⁶⁶ Ł. Warzecha, *Pandemiczne absurdy*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr 34, s. 30.

⁶⁷ *Ibidem*, s. 31.

rozumieniu przez czytelników tego tygodnika rygorów przeciwepidemicznych i dostosowaniu własnej indywidualnej strategii zarządzania epidemią do zasad zgodnych ze standardem klinicznym.

W polskich tygodnikach opinii dokonano także ogólnej oceny działań pomocowych państwa skierowanych do polskich przedsiębiorców, tzw. „tarczy antycovidowej”. Sprzyjająca rządowi RP „Gazeta Polska” oceniła strategię pomocową jako skuteczną, w pełni odpowiadającą potrzebom polskich przedsiębiorców. Radosław Omachel w tekście poświęconym analizie pomocy uzyskanej w wyniku poszczególnych „tarcz” zwrócił uwagę na warunki uzyskania środków od rządu. Istotne było udowodnienie spadku przychodów, z drugiej strony jednak wiązało się z to z koniecznością zmniejszenia pensji pracownikom i utrzymaniem miejsc pracy przez okres 6 miesięcy⁶⁸. Było to istotną trudnością dla tych przedsiębiorców, którzy mieli problem z wypłatą połowy pensji swoim pracownikom, szczególnie tym, którzy pracowali na umowach cywilnoprawnych lub samozatrudnieniu. Według obowiązujących przepisów, mogli oni liczyć jedynie na 2 tys. zł zapomogi, świadczenie „postojowe” zatem nie do końca rozwiązywało ten problem. Dodatkowym problemem omówionym w artykule było nierównomierne zwalnianie przedsiębiorców z opłacania składek ZUS, bowiem z możliwości tej mogły jedynie skorzystać firmy wykazujące rentowność i mikroprzedsiębiorcy, którzy zatrudniali maksymalnie 9 osób. Ci, którzy prowadzili jednoosobową działalność gospodarczą mogli uzyskać pomoc tylko pod warunkiem osiągnięcia maksymalnej wartości dopuszczalnego przychodu w lutym 2020 r., wynoszącej 15,6 tys. zł⁶⁹. W „Gazecie Polskiej” strategia pomocowa rządu RP dla polskich przedsiębiorców była oceniana pozytywnie także w innych artykułach. Zwracano uwagę na podstawowe założenia programów. Przekaz ten był jednak w dużej mierze oficjalny, nie był skupiony na osobistych relacjach pracowników i pracodawców. Zwracano uwagę na rolę ministerstw. Artykuły były przygotowywane przez redakcję, zatem brak jest wskazania ich autorów. W „Gazecie Polskiej” podkreślano też rolę pożyczek, które mogli w trakcie lockdownu uzyskać przedsiębiorcy. Pozwalały one, w opinii czasopisma, na zaspokojenie bieżących potrzeb konkretnych sektorów i przedsiębiorstw⁷⁰.

Tygodnik „Do Rzeczy” prezentował bardziej krytyczną opinię na temat pomocy finansowej rządu. Mimo wskazywania pozytywów związanych z przyjętymi pakietami pomocowymi, w „Do Rzeczy” zamieszczane były głosy krytyczne, których przykładem był wywiad z Cezarym Kaźmierczakiem, prezesem Związku Przedsiębiorców i Pracodawców. W jego opinii składki ZUS nie powinny być

⁶⁸ R. Omachel, *Tarcza z tektury*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 14, s. 59.

⁶⁹ Ibidem, s. 60.

⁷⁰ *Celowana terapia dla polskich firm*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 16, s. 74.

przesunięte na późniejszy termin, ale całkowicie anulowane⁷¹. Decyzję o ich odroczeniu C. Kaźmierczak uznał za błędną, mogącą doprowadzić do trudności w funkcjonowaniu wielu firm, gdy stare i nowe wpłaty na ZUS się skumulują i będą stanowić zbyt duże finansowe obciążenie. Prezes Związku Przedsiębiorców i Pracodawców negatywnie ocenił też apele premiera o pozostanie w domach w trakcie epidemii pracowników fizycznych. Ich wysłuchanie mogłoby bowiem doprowadzić do zatrzymywania produkcji wielu przedsiębiorstw, które nie zaprzestały pracy. C. Kaźmierczak zachęcał rządzących do „powstrzymywania się od zachęcania do pozostania w domu”⁷². Jest to bowiem szkodliwe i dla przedsiębiorstw, i dla gospodarki.

Dwa pozostałe czasopisma opinii – „Polityka” i „Newsweek Polska” – w wielu artykułach na temat „tarcz antycovidowych” zgodnie oceniły wprowadzane przez polski rząd dopłaty jako niewystarczające, nieadekwatne w stosunku do strat poniesionych przez przedsiębiorców, a system ich przyznawania uznały za nieskoordynowany i chaotyczny. Poza „Gazetą Polską”, która zarówno sam system dopłat, jak i sposób jego realizacji uznała za przygotowany w sposób właściwy i dobrze przeprowadzony (mimo pewnych niedociągnięć, które jednak szybko korygowano), trzy pozostałe tygodniki opinii odniosły się do niego krytycznie. Zwróćmy uwagę, że podstawą tej krytyki były argumenty natury ekonomicznej, a nie medycznej. Główną osią krytyki był osiągnięty przez władze wprowadzające lockdown skutek: ograniczenie dochodów właścicieli przedsiębiorstw, związane z utrudnieniami w wykonywaniu pracy przez ich pracowników albo z okresowym zakazem prowadzenia przez nie działalności. Nie przytoczono zarazem opinii krytycznych wyrażanych przez pracodawców odnoszących się do medycznego celu wprowadzenia lockdownu, takich jak np. ten, że ochrona zdrowia i życia pracowników była wprowadzona zbyt późno, była zbyt skromna lub niedostateczna. Zarzuty takie bowiem nie zostały sformułowane przez związki pracodawców. Wręcz przeciwnie, w przyjętej przez nich perspektywie postrzegania epidemii pracownicy występowali w postaci „zasobu siły roboczej”, który miał przynosić właścicielom oczekiwany poziom zysków. Skoro decyzje państwa uniemożliwiają osiągnięcie tego poziomu, pracodawcy wyrażali przekonanie, że mają prawo do 100% rekompensaty poniesionych strat. W publicystyce „Polityki”, „Newsweek Polska” i „Do Rzeczy” nie pojawiła się koncepcja lub sugestia dziennikarza, zgodnie z którą prywatni właściciele przedsiębiorstw mogliby przyjąć na siebie część kosztów epidemii i włączyć się w finansowanie lockdownu, posiadają bowiem ku temu odpowiednie środki, większe, niż reszta obywateli. Byłoby to jednak działanie uzasadnione tylko wtedy, gdyby związki pracodawców definiowały lockdown

⁷¹ J. Woziński, *Składki ZUS powinny zostać zawieszona*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr wydanie specjalne, s. 85.

⁷² Ibidem, s. 86.

w kategoriach ochrony zasobów ludzkich, tj. jako populacyjne działanie ochronne o masowym zasięgu obowiązywania. Tak jednak się nie stało. Dziennikarze liberalnych tygodników opinii (równocześnie z dziennikarzami prywatnych telewizji) wsparli stowarzyszenia pracodawców w ich postulatach pełnej rekompensaty strat związanych z zawieszeniem działalności i w ich krytyce zawieszenia możliwości działania wielu zakładów pracy. Argumenty medyczne (że jest to działanie korzystne dla państwa jako całości, a zamknięcie przedsiębiorstw przyczyniało się do ograniczenia transmisji wirusa), a także etyczne (że pracownicy jako obywatele państwa powinni mieć w warunkach powszechnego zagrożenia epidemicznego prawo ochrony zdrowia i życia, a system prawny państwa powinien im takie prawo zapewnić, wypłacając pracownikom część dotychczas uzyskiwanych dochodów i przelewając niezbędne do tego środki na konta pracodawców⁷³) nie były przez stowarzyszenia pracodawców aprobowane. Wiele firm od razu po ogłoszeniu lockdownu zwolniło wszystkich pracowników, nie chcąc ponosić w związku z epidemią żadnych kosztów. W analizowanych tygodnikach opinii nie znajdujemy krytyki takiego postępowania. Nie znajdujemy także opisów przykładów (całkiem licznych!) działań prywatnych przedsiębiorców w czasie pierwszych miesięcy epidemii, którzy postępowali w odmienny sposób: finansowali pensje pracowników z własnych środków, a nawet zapożyczali się na ten cel, aż do otrzymania od państwa częściowej rekompensaty nakładów umożliwiających zapewnienie środków do życia członkom załogi. Działania te umożliwiły nie tylko przetrwanie ich przedsiębiorstw, lecz także doprowadziły do integracji zespołów pracowniczych, a w 2021 r. okazały się korzystne dla przedsiębiorców nie tylko ze względu na utrzymanie zakresu dotąd świadczonych usług lub produkcji, lecz przede wszystkim na możliwość utrzymania w zespołach pracowniczych doświadczonych specjalistów.

Polskie tygodniki opinii publikowały także oceny innych działań podejmowanych przez rząd i jego poszczególnych członków. Wybiła się wśród nich osoba Ministra Zdrowia, prof. Łukasza Szumowskiego, który w pierwszych trzech miesiącach od ogłoszenia epidemii okazał się politykiem o dużej charyzmie i sporych umiejętnościach medialnych. Jak pokazały badania opinii publicznej, jego działania były w pierwszych tygodniach epidemii pozytywnie oceniane aż przez 75% Polaków, a zaufanie do jego osoby przekroczyło w pewnym okresie zaufanie do premiera i prezydenta. Wszyscy trzej politycy, Minister Zdrowia, premier i prezydent, wywodzili się ze Zjednoczonej Prawicy, której ogólny poziom poparcia wynosił od 35 do 40%. 75% poparcia dla prof. Szumowskiego oznaczało, że sposób sprawowania przez niego funkcji ministerialnej w trakcie epidemii poparło

⁷³ Na tej samej zasadzie opiera się w Polsce system wypłaty świadczeń w okresie zwolnienia chorobowego. Pracownik otrzymuje wówczas nie całe wynagrodzenie, ale jego część, przeważnie 80%.

o 25% do 30% więcej całego polskiego elektoratu, w tym wyborcy oddający swoje głosy na opozycję. Polskie telewizje prywatne oraz tygodniki opinii nie harmonizowały jednak oceny działań Ministra Zdrowia z opinią większości polskiej opinii publicznej. Wystawiły mu ocenę negatywną, która przyczyniła się ostatecznie do tego, że jesienią 2020 r. prof. Szumowski podał się do dymisji.

Pozytywna ocena działań podejmowanych przez ówczesnego Ministra Zdrowia była charakterystyczną cechą publikacji tygodnika o najbardziej prorządowym nastawieniu, „Gazety Polskiej”. W opublikowanych artykułach prof. Łukasz Szumowski był przedstawiany jako „prawdziwy mąż stanu”, który jako „dobry szef” stoi na czele Ministerstwa Zdrowia. Jego osobiste kompetencje i wiedza były przedstawiane jako ważne dla koordynowania walki z zagrożeniem epidemicznym. Autor jednego z artykułów określił nawet prof. Szumowskiego „ministrem na trudny czas”⁷⁴. W opinii tego dziennikarza sytuacja, w której władzę sprawowałyby Koalicja Obywatelska, a system ochrony zdrowia byłby sprywatyzowany, a nie w większości państwowy, skutkowałyby paraliżem decyzyjnym, związanym z brakiem koordynacji, a także mogłoby dojść do dramatycznego wzrostu kosztów spowodowanych wyceną walki z koronawirusem⁷⁵. Autor podkreślał także, że w przeciwieństwie do rządów sprawowanych przez Platformę Obywatelską, Ministerstwo Zdrowia nie jest ministerstwem „do spraw zwijania państwa”⁷⁶, ale do wzrostu jego zaangażowania na rzecz ochrony zdrowia obywateli. Na rzecz tej tezy przytaczał szereg argumentów, tj. przykłady ważnych projektów związanych z poprawą systemu opieki zdrowotnej, w tym wsparcia psychiatrii dziecięcej. Jak widzimy, ocena postaci i działań prof. Szumowskiego została wpisana przez autora w kontekst sporu rządu z opozycją. Minister Zdrowia był postrzegany jako dobry i kompetentny nie tylko ze względu na swoje osobiste właściwości i działania, ale przede wszystkim dlatego, że stoi na czele Ministerstwa Zdrowia jako członek rządu utworzonego przez Zjednoczoną Prawicę. Jego działania wpisane są w ogólną strategię rządu, którego sposób rządzenia Polską (a nie tylko zarządzania epidemią) czasopismo ocenia zdecydowanie wyżej, niż wcześniejsze rządy opozycji i jej politykę zdrowotną. W podobnym duchu utrzymany jest wywiad Tomasa Sakiewicza, przeprowadzony z Łukaszem Szumowskim, opublikowany w innym numerze „Gazety Polskiej”. Dziennikarz usiłował wymóc na ministrze negatywną ocenę działań opozycji, krytykującej rządową strategię walki z epidemią i nie podawanie dokładnych informacji na temat realnej sytuacji epidemicznej. Prof. Szumowski nie chciał jednak wypowiadać się na temat określonych preferencji politycznych, zwrócił jednak uwagę na przekroczenie przez opozycję pewnych granic jej wypowiedziami o ukrywaniu epidemii i o kłamstwach rządu

⁷⁴ K. Wołodźko, *Minister zdrowia na trudny czas*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 12, s. 53.

⁷⁵ Ibidem, s. 54.

⁷⁶ Ibidem.

na jej temat⁷⁷. „Gazeta Polska” broniła także Ministra Zdrowia, gdy pojawiły się w przestrzeni publicznej zarzuty opozycji pod jego adresem, dotyczące zakupu „niecertyfikowanych maseczek” i respiratorów od „handlarza bronią”, które mimo dokonania przez Ministerstwo zapłaty za ten towar do Polski nie dotarły w liczbie zgodnej z zamówieniem. Tygodnik bronił ministra przed „kampanią nienawiści” skierowaną w jego stronę przez opozycję⁷⁸.

Pozytywną ocenę wystawił osobie Ministra Zdrowia i jego działaniom przeciwepidemicznym także tygodnik „Do Rzeczy”. Przykładem może być artykuł Katarzyny Pinkosz, przedstawiający m.in. opinię ówczesnego wicepremiera Jarosława Gowina, który określił prof. Szumowskiego „cichym bohaterem ostatnich dni”⁷⁹. Dziennikarka zwróciła uwagę na profesjonalizm wypowiedzi prof. Szumowskiego w tłumaczeniu publiczności kwestii związanych z epidemią, w tym kolejnych rekomendacji i wytycznych, do których obywatele powinni dostosować własną strategię zarządzania epidemią. Porównała wypowiedzi Ministra Zdrowia do przekazywania pacjentowi decyzji o konieczności przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego⁸⁰. Dziennikarka podkreślała także wcześniejszą działalność wolontariacką Łukasza Szumowskiego na rzecz domu założonego przez Matkę Teresę z Kalkuty i jego zaangażowanie religijne.

Zupełnie inną ocenę osoby oraz działań Łukasza Szumowskiego prezentowały oba tygodniki liberalne. Była to ocena zdecydowanie krytyczna, odnoszona zarówno do jego działań osobistych, jak i jako reprezentanta rządu Zjednoczonej Prawicy. Przykładem publikacji utrzymanych w tego rodzaju standardzie interpretacyjnym jest artykuł Ewy Siedleckiej opublikowany w czasopiśmie „Polityka”. Autorka zarzuciła działaniom ministra brak transparentności. Zakup chińskich „niecertyfikowanych maseczek” i respiratorów dla Polski został bowiem dokonany za pośrednictwem handlarza „powiązanego” z Ministrem Zdrowia i jego bratem. Siedlecka podała, że budżet państwa stracił na tej transakcji, bowiem zapłacono 4 mln złotych więcej niż wtedy, gdyby dokonano zakupu nie przez pośrednika, ale bezpośrednio od chińskiego producenta. Autorka zwróciła uwagę na możliwość popełnienia przez Ministra Zdrowia przestępstwa z tytułu niegospodarności lub nadużycia władzy. Zadała pytanie, czy odpowiedzialność ministra można wytłumaczyć naglącą potrzebą zapewnienia Polakom, a w szczególności pracownikom systemu ochrony zdrowia, środków podstawowej ochrony osobistej. Zwróciła jednak uwagę na istotny fakt, iż o tym, że epidemia rozszerza się na następne kraje i prędzej czy później pierwsze przypadki zachorowania będą

⁷⁷ T. Sakiewicz, *Usłyszycie ode mnie tylko prawdę*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 12, s. 10.

⁷⁸ H. Kowalski, *Kampania nienawiści przeciwko Łukaszowi Szumowskiemu*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 24, s. 16.

⁷⁹ K. Pinkosz, *Minister na trudny czas*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr 12, s. 15.

⁸⁰ Ibidem.

potwierdzone w Polsce, rządzący doskonale wiedzieli i deklarowali obywatelom na organizowanych konferencjach prasowych, że państwo jest przygotowane na każdą ewentualność. Przypomniała także zarzuty formułowane pod adresem władzy ze strony producentów, którzy w czasie podejmowanej przez Ministra Zdrowia decyzji o zakupie maseczek od „znajomego” oferowali maseczki polskie, które były tańsze od importowanych, a w czasie, kiedy stały się one najbardziej potrzebne została im narzucona konfiskata produkcji na rzecz Agencji Rezerw Materiałowych po narzuconej przez państwo cenie⁸¹.

Podobnie krytyczną ocenę prof. Szumowskiego przedstawił także „Newsweek Polska”. Aleksandra Pawlicka w jednym z artykułów podkreśliła zysk, jaki uzyskał Łukasz Szumowski podczas trwania pandemii. Przeanalizowała ścieżkę jego kariery, zwracając uwagę na spełnienie jego celu – utworzenie Agencji Badań Medycznych⁸². W artykule zawarła także opinię Bartosza Arłukowicza, byłego Ministra Zdrowia z czasu rządów Platformy Obywatelskiej, który uznał za największy błąd związany z przygotowaniem państwa polskiego do pandemii, jakim był brak decyzji prof. Szumowskiego o stworzeniu specjalnego sztabu kryzysowego, który sprawowałby funkcję doradczą. Umożliwiłoby to bieżącą i profesjonalną ocenę sytuacji epidemicznej w Polsce i w polskim systemie ochrony zdrowia. Według Bartosza Arłukowicza na brak skuteczności działań przeciwepidemicznych wskazują sytuacje mające miejsce w zamykanych oddziałach szpitalnych i całych szpitalach, rozwój zakażeń wśród pracowników ochrony zdrowia i brak dla nich stosownych zabezpieczeń.

Kwestia słuszności działań podejmowanych przez polski rząd i Ministerstwo Zdrowia była jednak przedmiotem krytyki nie tylko ze strony dziennikarzy i polityków, lecz także ze strony lekarzy. Ich opinie przedstawiały „Polityka” i „Newsweek Polska”. Przykładem jest wywiad z profesorem wrocławskiego Uniwersytetu Medycznego, Krzysztofem Simonem, który w czasie pierwszej fali epidemii stał się osobą publicznie znaną (dzięki częstym występom w mediach) nie tylko w środowisku lekarzy klinicznych. Profesor Simon zwrócił uwagę na brak sensowności testowania jedynie tych osób, które wykazywały objawy chorobowe, a nie przeprowadzania masowych testów populacyjnych w celu wykrywania ewentualnych ognisk zakażeń⁸³. Brak dostatecznej liczby przetestowanych osób sprawiał, że ogólny obraz epidemii w Polsce nie był zgodny ze stanem faktycznym, ponieważ dane na temat liczby faktycznie zakażonych osób były zaniżone. Ułatwiało to niekontrolowane rozprzestrzenianie wirusa⁸⁴. Kolejnym zarzutem prof. Simona kierowanym pod adresem Ministerstwa Zdrowia była spóźniona rekomendacja

⁸¹ E. Siedlecka, *Czy minister Szumowski złamał prawo?*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 24, s. 6.

⁸² A. Pawlicka, *Mistrz uniku*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 17, s. 9.

⁸³ Taki sam standard obowiązywał w pierwszych miesiącach epidemii także w USA.

⁸⁴ M. Świąchowicz, *Wstyd mi za państwo*, „Newsweek Polska” 2020, R. 21, nr 16, s. 8.

dotycząca nakazu noszenia maseczek i innych form zakrywania ust i nosa⁸⁵. Brak nakazu zakrywania ust i nosa maseczką spowodował, że próby ich pozyskania podjęto zdecydowanie za późno, podobnie jak innych środków ochrony osobistej, mimo że Polska miała dwa miesiące przed pojawieniem się epidemii od pierwszego potwierdzonego jej przypadku w Chinach na przygotowanie się na to, że choroba przeniesie się do naszego kraju. Profesor podkreślił także, że przed przeniesieniem epidemii do Polski i w trakcie jej rozwoju nie zostały przeprowadzane przez rządzących żadne konsultacje ze specjalistami w dziedzinie chorób zakaźnych, które byłyby przydatne dla opracowania konkretnej strategii działania państwa w okresie masowego zagrożenia epidemicznego⁸⁶. Wiele przewidywań prof. Simona okazało się później zgodnych ze stanem faktycznym. Można je było wyprowadzić z aktualnego standardu klinicznego. Profesor Simon przewidział m.in. ogromny wzrost liczby potwierdzonych przypadków COVID-19 w Polsce (epidemia nie była bowiem w dostateczny sposób kontrolowana). Przewidział, że dla chorych covidowych zajmowane będą kolejne oddziały szpitalne, co przy obłożonych izbach przyjęć i zmęczonym, zajęтым personelu będzie powodować problemy z zaopiekowaniem się pacjentami, które będą mogły mieć dramatyczne konsekwencje⁸⁷. Przyjął także z oburzeniem pismo Ministerstwa Zdrowia dotyczące zakazu wypowiedzi na temat epidemii wydane konsultantom wojewódzким z zakresu chorób zakaźnych, które dotyczyłyby przygotowania państwa do walki z epidemią. Porównał to do sytuacji z czasów Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, gdyż w jego opinii wróciła „tamta atmosfera, zakaz wypowiedzania się i propaganda sukcesu”⁸⁸.

Krytyczny głos lekarza dotyczący sytuacji w polskim systemie medycznym, a także działań państwa w trakcie epidemii, opublikowała także zwykle przychylna rządowi „Gazeta Polska”. Przedstawiła opinię na ten temat Andrzeja Sośnierz, byłego Ministra Zdrowia, a ówczesnego posła obozu Zjednoczonej Prawicy. Zwrócił on uwagę na wady polskiego systemu medycyny publicznej, wynikające z centralizacji Narodowego Funduszu Zdrowia. Dowodem na to był jego zdaniem wysoki wzrost zakażeń COVID-19 w Domach Pomocy Społecznej. Zakażenia te były powodowane m.in. przez pielęgniarki i lekarzy, którzy pracowali w kilku różnych podmiotach medycznych. Konieczność podejmowania pracy na tych zasadach wynikała w dużej mierze ze zbyt małej liczby pracowników ochrony zdrowia, którzy – podejmując pracę w wielu placówkach jednocześnie

⁸⁵ Taki sam standard zalecały ówczesne amerykańskie władze centralne, wywodzące się z partii Republikanów. Noszenie maseczek narzucili jako obowiązkowe gubernatorzy stanów, rządzonych przez Demokratów. Nakaz ten nie był jednak powszechnie przestrzegany.

⁸⁶ Ibidem, s. 8.

⁸⁷ Ibidem, s. 9.

⁸⁸ Ibidem, s. 10.

– umożliwiali ich funkcjonowanie, zapewniając opiekę pacjentom⁸⁹. W trakcie epidemii przyczyniali się jednak do rozprzestrzeniania zakażeń, przenosząc je między DPS-ami. Według A. Sośnierza system medycyny publicznej w Polsce wymaga dogłębnej reformy, w tej postaci, w jakiej występuje obecnie, nie jest w stanie funkcjonować sprawnie zapewniając pacjentom odpowiednią opiekę. Krytyka ta nie odnosiła się personalnie do ministra Szumowskiego, ale do całej rządowej koncepcji publicznej opieki medycznej w Polsce.

Z czasem także inne publikacje w polskich tygodnikach opinii oceniające rządową strategię przeciwepidemiczną nie koncentrowały się już na osobie Ministra Zdrowia, ale na ogólnej sytuacji w polskim lecznictwie w trakcie epidemii. Joanna Solska w tygodniku „Polityka” zwróciła uwagę na fakt, iż z perspektywy pacjenta borykającego się z objawami COVID-19, procedury opracowane na czas epidemii nie spełniają wymagań i są niedopracowane. W sytuacji zamkniętych przychodni i konsultowania się za pomocą teleporad utrudniona była właściwa diagnostyka. Rozróżnienie pomiędzy grypą a COVID-19 było dla lekarzy trudne do przeprowadzenia, ich diagnozy nie były jednoznaczne, a procedury narzucone przez organy Sanepidu były trudne do przejścia dla chorych o niejednoznacznej diagnozie. W sytuacji zwiększonej zachorowalności na grypę i inne choroby układu oddechowego polski system walki z epidemią okazał się niewystarczający i niesprawny⁹⁰.

Szkoda, że system teleporad nie stał się w pierwszych miesiącach pandemii COVID-19 w Polsce tematem większej liczby artykułów prasowych. Budził on bowiem bardzo poważne zastrzeżenia pacjentów, którzy czuli się pozbawieni faktycznej opieki lekarskiej. Do wielu przychodni trudno było się dodzwonić, a sama rozmowa z lekarzem nie dawała podstaw do postawienia dokładnej diagnozy. Bardzo duża liczba pacjentów nie miała smartfonów, na które lekarze mogliby wysyłać dla nich kod recepty. Prośby o wystawienie recepty składane przez pacjentów w przychodniach do specjalnych skrzynek czekały na realizację od kilku dni do 2 tygodni. W przypadku poważnych schorzeń recepta mogła być wystawiona za późno. Problemów z udzielaniem teleporad nie dostrzegali jednak lekarze, a przynajmniej ich większość. Ożywiona debata prasowa na temat tego standardu usług mogłaby stać się źródłem wartościowych uwag dotyczących tego, jak zorganizować ten system w przyszłości. Jednym z nielicznych artykułów, w którym odnotowano problem ograniczonej efektywności teleporad była publikacja w tygodniku „Do Rzeczy”, który zamieścił wywiad z Wiceministrem Zdrowia Waldemarem Kraską. Przyznał on, że w trakcie pierwszych miesięcy epidemii dostęp do lekarzy w przychodniach POZ faktycznie był utrudniony. Zwracał też uwagę, że konieczne jest wprowadzenie w tym systemie istotnych modyfikacji.

⁸⁹ A. Sośnierza, *Nie tylko herosi*, „Gazeta Polska” 2020, R. 28, nr 26, s. 51.

⁹⁰ J. Solska, *Opadły maski*, „Polityka” 2020, R. 64, nr 32, s. 10–11.

Jest to działanie konieczne, w perspektywie możliwości ponownego wzrostu zachorowań na COVID-19, które mogą wystąpić jesienią 2020 r., a także epidemii grypy sezonowej, która zwykle występuje w Polsce w tym samym czasie⁹¹.

Wnioski

Z analizy sposobu przedstawiania epidemii COVID-19 w polskich tygodnikach opinii w trakcie pierwszych sześciu miesięcy jej trwania w Polsce w sposób jednoznaczny wynika, że nie została ona ukazana przede wszystkim w perspektywie medycznej, a argumenty dotyczące tego, w jaki sposób należałoby jej zapobiegać zarówno w skali zbiorowej, jak i indywidualnej nie były oparte w dostatecznym wymiarze na opiniach przedstawicieli polskiego środowiska akademickiego, w tym przede wszystkim lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób zakaźnych. Opinia publiczna nie została w sposób dostateczny poinformowana, że w Polsce istnieje system ochrony przeciwepidemicznej regulowany przez odpowiednie przepisy, skoordynowany z podobnymi systemami funkcjonującymi w innych państwach europejskich. Gdyby system ten został sprawnie zastosowany w przypadku epidemii COVID-19, powinien był umożliwić jej opanowanie za pomocą znanych współcześnie medycynie klinicznej środków i metod. Jak to się stało na początku XXI w. z epidemiami SARS i MERS, które nie rozwinęły się dzięki temu do masowej skali. Czytelników nie poinformowano, że Polska wprowadziła regulacje prawne dotyczące zwalczania chorób zakaźnych już w latach 20. XX w., od razu po odzyskaniu niepodległości po okresie rozbiorów. System ten okazał się sprawny w trakcie walki z epidemiami, które wybuchły na ziemiach polskich zarówno po zakończeniu I, jak i II wojny światowej⁹², w opanowaniu epidemii gruźlicy, ostrych chorób zakaźnych układu pokarmowego, polio, czarnej ospy i wielu innych⁹³. Epidemie te były w Polsce zwalczane zgodnie z procedurami

⁹¹ K. Pinkosz, *Strategia na jesień*, „Do Rzeczy” 2020, R. 8, nr 35, s. 78–79.

⁹² Por. B. Płonka-Syroka, *Organizacja systemu medycyny publicznej w Polsce od 1918 r. ze szczególnym uwzględnieniem Śląska*, [w:] M. Mięgała, B. Płonka-Syroka, S. Jandziś (red.), *Medycyna i rehabilitacja w Polsce w latach 1918–2018*. Cz. 1. *Z historii medycyny i rehabilitacji w Polsce w latach 1918–2018*, Opole 2019, s. 25–54.

⁹³ Por. B. Płonka-Syroka, *Problem chorób zakaźnych w okresie nowożytnym i współczesnym jako element polityki państwowej*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Leczyć, uzdrawiać, pomagać*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 11, Wrocław 2007, s. 161–178; B. Płonka-Syroka, *Podstawy organizacji polskiej publicznej opieki medycznej na Dolnym Śląsku po II wojnie światowej*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Kaźmierczak (red.), *Kultura uzdrowiskowa na Dolnym Śląsku w kontekście europejskim*, t. 2. *Kultura uzdrowiskowa w Europie*, t. 3, Wrocław 2013, s. 113–129; G. Gościński, E. Lonc, A. Okulewicz, B. Płonka-Syroka, *Epidemiczne zagrożenia na Dolnym Śląsku, Polska, w latach 1945–1975 oraz przeciwdziałania*, [w:] G. Bugła-Płoskońska, E. Lonc (red.), *Wektory i patogeny – w przeszłości i przyszłości: in memoriam profesoris Tadeusz M. Lachowicz*, Wrocław

medycznymi, których racjonalności nie kwestionowali dziennikarze i nie przeciwstawiali im „innego spojrzenia” na te choroby, opartego na zdrowym rozsądku, medycynie alternatywnej, albo opiniach tzw. „zwykłych lekarzy”, podważających sensowność działań specjalistów związanych ze środowiskiem klinicznym.

W przypadku epidemii COVID-19 stało się inaczej. Narracja polskich publikacji prasowych oraz przekazów telewizyjnych dotyczących tej choroby podkreślała w pierwszej połowie 2020 r. związane z nią niejasności, zarówno dotyczące pochodzenia patogenu, jak i tego, w jaki sposób rozpowszechnił się na całym świecie. Podkreślano, że lekarze różnią się w opiniach na temat tej choroby. W publikacjach dotyczących epidemii na świecie podkreślano istnienie różnic między lekarzami związanymi z WHO i rządem Chin, a lekarzami w USA, Indiach i Brazylii, doradzającymi własnemu rządowi inne strategie zarządzania epidemią. W publikacjach dotyczących epidemii w Polsce ukazywano różnice w opiniach na temat COVID-19 dzielące profesorów specjalizujących się w chorobach zakaźnych związanych ze środowiskiem akademickim i niektórych lekarzy pracujących w terenie, w otwarty sposób kwestionujących poglądy akademików. Podkreślano także różnice w poglądach na COVID-19 lekarzy związanych z Ministerstwem Zdrowia (w tym samego Ministra Zdrowia) z lekarzami reprezentującymi inne opcje polityczne (w tym byłych Ministrów Zdrowia). Przy żadnej z wcześniejszych epidemii w Polsce tego rodzaju sposób jej przedstawienia medialnego nie wystąpił. Opinii publicznej nie informowano w telewizji i prasie codziennej i tygodniowej o dyskusjach i sporach toczonych w środowisku lekarskim na temat konkretnych metod terapii i leków, uznając, że jest to tematyka interesująca wyłącznie specjalistów, z którą mogą zapoznać się za pośrednictwem profesjonalnej prasy lekarskiej albo sprawozdań z konferencji naukowych.

W rezultacie ten sposób przedstawiania polskiej opinii publicznej epidemii COVID-19 jako kwestii niejednoznacznej dla specjalistów przyczynił się do ukształtowania się jej obrazu jako choroby wyjątkowej, odmiennej od wszystkich innych. Spopularyzowanie przez media sporów między lekarzami, toczonych w języku niezrozumiałym dla laików, odwołujących się do ścisłych norm metodologii klinicznej, które większości Polaków są nieznanne i niezrozumiałe, zrodziło brak zaufania do opinii klinicystów. Pojawiło się także przekonanie, że skoro lekarze nie mogą uzgodnić stanowiska wobec COVID-19, to takiego stanowiska nie ma.

Czytelnikom polskich tygodników opinii nie wytłumaczono, że toczone przez specjalistów spory prowadzone są w obrębie ścisłej metodologii klinicznej,

2015, s. 89–114; E. Lonc, G. Gościński, A. Okulewicz, B. Płonka-Syroka, M. Stych, *Epidemiczne zagrożenia w latach 1975–2015 na Dolnym Śląsku w kontekście zmieniających się systemów ochrony zdrowia publicznego w Polsce*, [w:] E. Lonc, K. Plewa-Tutaj (red.), *Zdrowie dla regionu*. t. 2, Uzdrowska, Wałbrzych 2017, s. 13–20.

a w ich wyniku wyprowadzane są wnioski, które są powszechnie przez lekarzy akceptowane – do czasu, gdy nie pojawią się nowe odkrycia, które podważą dotychczasowy stan wiedzy. Nie wytłumaczono także czytelnikom, że krytyka poglądów specjalistów dokonywana z punktu widzenia zdrowego rozsądku, standardu medycyny alternatywnej albo słabo uzasadnionych metodologicznie konceptów prowincjonalnych lekarzy, jest nieuprawniona. Medycyna jest bowiem nauką ścisłą, opartą na precyzyjnych podstawach metodologicznych i doświadczalnych, które są jedyną racjonalną podstawą do opracowania strategii zarządzania epidemią, zarówno w skali indywidualnej, jak i zbiorowej. Lekarze zgadzają się m.in. w tak podstawowych kwestiach, jak ta, że epidemię wywołał wirus, że wirus ten mutuje, że szerzy się drogą kropelkową, że rozprzestrzenianie epidemii odbywa się przez kontakt z osobą zakażoną, że skuteczną metodą ochrony przed zakażeniem jest izolacja, a przede wszystkim szczepienia ochronne, w kierunku których opracowania prowadzono w 2020 r. intensywne badania. Zgadzają się także co do tego, że epidemii COVID-19 nie wywołują smugi kondensacyjne z samolotów, promieniowanie stacji przekątnikowych telefonii komórkowej, kosmiczne wpływy i inne przyczyny, szeroko kolportowane na stronach internetowych wśród osób odrzucających medyczne interpretacje epidemii. Brak wyraźnego rozgraniczenia w pierwszych miesiącach trwania epidemii COVID-19 w Polsce dyskursu naukowego od paranaukowego i alternatywnego uznać należy za niekorzystny z punktu widzenia konstruowania przez dużą część Polaków własnych indywidualnych strategii zarządzania epidemią. Nie potraktowali bowiem epidemii w sposób dostatecznie poważny, ponieważ nie zostali do tego przez polskie media we właściwy sposób przekonani.

Polskie tygodniki opinii przedstawiły epidemię COVID-19 nie jako poważny problem medyczny, wymagający dla swojego rozwiązania przyjęcia strategii określonej przez specjalistów, a gdy strategia ta zostanie określona, upowszechniania jej wdrażania przez społeczeństwo (jak w trakcie walki z gruźlicą, masowymi zakażeniami salmonellą, czy z powodzią 1997 r.), ale jako problem polityczny, ekonomiczny i społeczny. Polski przekaz prasowy zdominowało ukazywanie sporów między rządem RP a opozycją, dotyczących niemal wszystkich aspektów epidemii. W narracji tygodników wspierających partie opozycyjne działania przeciwepidemiczne rządu przedstawiane były jako źle zaplanowane i przeprowadzane nieudolnie, urzędnikom państwowym zarzucano brak odpowiednich kompetencji i prywatę, pracownikom sanepidów nieprzestrzeganie istniejących procedur lub stosowanie ich w sposób „nadmierny”. Podważano rygory zarządzeń przeciwepidemicznych narzucone przez rząd, jako naruszające prawa człowieka i nieoparte na dostatecznych podstawach prawnych. W narracji tygodników wspierających rząd także brak było jednoznacznego poparcia dla tych zarządzeń i tłumaczenia czytelnikom konieczności podporządkowania im własnych strategii zarządzania epidemią. W rezultacie wielu czytelników zidentyfikowało

epidemię politycznie, a nie medycznie. Brak ogólnej akceptacji dla aktualnego rządu RP połączył się w ich świadomości z brakiem akceptacji wprowadzanych przez ten rząd zarządzeń przeciwepidemicznych i rekomendacji dotyczących metod profilaktyki (np. noszenia maseczek, nieuczestniczenia w zgromadzeniach publicznych, masowego odwiedzania cmentarzy, organizacji uroczystości rodzinnych z okazji chrzcin, I komunii, ślubu i in.). Skutkiem tego było masowe nieprzestrzeżenie tych zarządzeń i rekomendacji.

Rozpatrywanie epidemii w kategoriach ekonomicznych odbywało się z uwzględnieniem tylko jednej perspektywy – strat przedsiębiorców związanych z unieruchomieniem przedsiębiorstw przez lockdown (lub znaczącym zmniejszeniem ich rentowności). Ocena zarządzeń przeciwepidemicznych zawierała także odniesienia do zmniejszenia zarobków pracowników, czy ogólnego poziomu polskiego PKB, który w wyniku wprowadzenia tych zarządzeń przez rząd ulegnie zmniejszeniu. Nie zaprezentowano czytelnikom polskich tygodników opinii, jaki długoterminowy sens ekonomiczny (pozytywny!) miała polityka ochrony zasobów zastosowana w marcu 2020 r. przez rząd RP, oparta na przesłankach populacyjnych. Pełną ochroną objęto w trakcie pierwszych trzech miesięcy epidemii COVID-19 w Polsce dzieci i młodzież, jako najważniejszy element populacji, kluczowy dla jej dalszego rozwoju. Szeroką ochroną objęto także najwyżej wykształconych specjalistów w wieku produkcyjnym, zdolnych zachować sprawność kierowania wieloma obszarami państwa nie tylko w czasie epidemii, lecz także po jej zakończeniu. Nie wyjaśniono czytelnikom w sposób dostateczny, że pełne otwarcie gospodarki i uruchomienie tkwiących w niej potencjalnie zasobów będzie możliwe po zaszczepieniu przeciw COVID-19 większości polskiej populacji, kiedy szczepionka zostanie opracowana i będzie dostępna do masowego użytku. Nie wytwarzano w mediach pozytywnych oczekiwań związanych z wprowadzeniem bezpłatnych szczepień ochronnych dla wszystkich i nie wiązano ich ze świadomością indywidualnego wzrostu bezpieczeństwa osób zaszczepionych. W rezultacie – dla odbiorców przekazu polskich tygodników opinii argumenty ekonomiczne związane z COVID-19 nie były zgodne z rekomendacjami medycznymi. Kwarantanna i izolacja, przedstawiane w czasopismach jako przyczyna strat finansowych, nie zostały zrozumiane przez czytelników jako środek umożliwiający uzyskiwanie zysków w przyszłości (tylko ci, którzy przeżyją epidemię, będą bowiem mogli owe zyski uzyskać). Brak odpowiedniej popularyzacji szczepień ochronnych spowodował, że ich zastosowania nie połączono w szerokiej świadomości społecznej z możliwością ochrony tylko przed śmiercią z powodu COVID-19, lecz także przed długotrwałą niepełnosprawnością po przebyciu tej choroby, utrudniającą efektywną pracę zarobkową.

Rozpatrywanie epidemii w kategoriach społecznych wiązało się w większości publikacji polskich tygodników opinii w pierwszym półroczu trwania epidemii w Polsce z ukazywaniem jej negatywnych skutków dla psychiki jednostek,

stosunków rodzinnych itp. Jak pokazały badania opinii publicznej, polski przekaz medialny z pierwszych miesięcy epidemii zdecydowanie rozmiął się z realnymi odczuciami Polaków. Większość z nich przyjęła lockdown pozytywnie (75%), tak samo jak możliwość wspólnego przebywania w domu z członkami najbliższej rodziny. Czas przymusowej izolacji przeznaczono nie tylko na naukę i pracę zdalną, lecz także na pogłębienie więzi między członkami rodzin. Wiele rodzin wykorzystało czas kwarantanny na różnego typu konstruktywne działania wspólnie przeprowadzone w przestrzeni domowej, takie jak remonty, czy upiększenie ogrodu. Dla mniejszości Polaków epidemia i kwarantanna okazała się być sama w sobie przeżyciem dramatycznym i bardzo uciążliwym. Stała się za to zdarzeniem wyzwalającym wcześniej już istniejące emocje w relacjach między wspólnie zamieszkującymi osobami. Dla części z nich stała się inspiracją decyzji o ślubie, dla innych – o rozwodzie. To jednak nie choroba stała się źródłem tych decyzji o istotnym wymiarze osobistym, ale konieczność skonfrontowania się z niebezpieczeństwem. Dla jednych rodzin miała znaczenie integrujące, dla innych wręcz przeciwnie. Z polskich tygodników opinii integrujący relacje rodzinne wpływ epidemii dostrzegły tylko „Gazeta Polska” i „Do Rzeczy”. W obu tygodnikach liberalnych przekaz o społecznych skutkach epidemii zdominowały informacje dotyczące różnego rodzaju problemów, z którymi opisywane osoby radziły sobie z najwyższym trudem lub wcale.

Charakterystyczną cechą prasowego obrazu epidemii COVID-19 w pierwszym półroczu jej trwania w Polsce jest spersonalizowanie dotyczącego jej przekazu. Artykuły dotyczące epidemii miały często charakter fabularny, a nie analityczny. Dziennikarze przedstawiali w nich losy pojedynczych osób, które zderzają się z różnymi problemami związanymi z epidemią. Ukazują chorobę w ich jednostkowej perspektywie. Brak jest natomiast artykułów ukazujących przebieg epidemii w Polsce w sposób kompleksowy, z wykorzystaniem tabel i map, oraz danych porównawczych przedstawiających sytuację epidemiczną w Polsce na tle innych krajów Europy i świata. Spersonalizowana forma przekazu dotyczącego epidemii nie umożliwiła wytworzenia się u czytelników jej obrazu widzianego z perspektywy makro. Brak odpowiednich danych uniemożliwił wnioskowanie w szerszej skali, niż pozwalają na to przykłady indywidualnych biografii. Wśród bohaterów artykułów w tygodnikach liberalnych dominowały ponadto osoby, które z różnych względów z epidemią sobie nie radzą, cierpią z jej powodu. Nie były natomiast popularyzowane postacie „liderów covidowych” spośród laików, którzy byliby zdolni inspirować lokalne działania samopomocowe albo edukacyjne. Tygodniki opinii powołują się na popularnych lekarzy, którzy w trakcie epidemii często gościli w mediach (np. prof. Krzysztofa Simona). Nie zaproponowano jednak czytelnikom nowych liderów spośród laików, którzy okazaliby się zdolni ukierunkowywać poglądy i praktykę życiową czytelników w sposób zgodny z profilaktycznymi zaleceniami lekarzy.

Ogólny obraz prasowy epidemii COVID-19 w Polsce, przedstawiany od końca lutego do początków października 2020 r., rozmijał się z odczuciami i opiniami większości Polaków⁹⁴. Nie sprzyjało to jego ogólnej wiarygodności. Była to jedna z przesłanek dla wytworzenia się u dużej części polskiej opinii publicznej braku zaufania do wszystkich oficjalnych przekazów dotyczących tej choroby.

W dalszych częściach książki skonfrontujemy przekaz prasowy wybranych czterech polskich tygodników opinii z publikacjami ze specjalistycznej polskiej prasy lekarskiej oraz opiniami pacjentów, zebranymi na przełomie 2020/2021 r. w Szpitalu Specjalistycznym MSWiA Głuchołazach im. św. Jana Pawła II, w którym jako pierwszym w kraju od września 2020 r. zaczęto realizować rehabilitację pocovidową. Postaramy się ukazać, jakimi kwestiami związanymi z przebiegiem epidemii COVID-19 w Polsce zajmowali się autorzy artykułów przeznaczonych dla lekarzy oraz zestawieć je z doświadczeniami pacjentów.

Formation of the image of COVID-19 in Poland in Polish weekly opinion magazines in the first year of the epidemic (February to October 2020)

The COVID-19 epidemic in Poland was introduced into the public discourse by national opinion weeklies in late February 2020. Until the end of September 2020, it was a regular topic of articles published in liberal (“Polityka”, “Newsweek Polska”) and conservative (“Do Rzeczy” and “Gazeta Polska”) weeklies. The aim of this study is to analyze the narrative strategy used in these articles, the selection of facts concerning the epidemic situation in Poland, the anti-epidemic regulations introduced by the authorities and the social reactions to the epidemic, as well as the arguments used by journalists of these periodicals. The conclusions of this analysis are intended to answer the question of whether the personal strategies of epidemic management by Poles, formed under the influence of articles published in the four investigated weekly opinion magazines, could have been based primarily on the standard of contemporary clinical medicine. If not, we intend to show other bases for the formation of these strategies and the consequences of this process for the spread of the COVID-19 epidemic in Poland in 2020–2021.

Key words: COVID-19, epidemic in Poland, press discourse on epidemic

⁹⁴ Rząd wobec epidemii. Oceny w ostatniej dekadzie sierpnia. https://www.cbos.pl/SPIS-KOM.POL/2020/K_107_20. PDF (dostęp: 18.05.2021).

Część II

**Obraz epidemii COVID-19
zgodny ze standardem
Evidence Based Medicine**

Wiktoria Kurzyna

Epidemia COVID-19 w świetle badań naukowych z 2020 r.

Wprowadzenie

Dla zrozumienia zagrożeń związanych z epidemią COVID-19, a także uświadomienia sobie trudności z przekazaniem wiedzy na ten temat laikom, dokonam obecnie rekapitulacji ustaleń na ten temat opracowanych w oparciu o współczesny standard kliniczny. Są to jedyne ustalenia, które zgodnie ze współczesną metodologią naukową możemy uznać za wiarygodne i tworzyć na ich podstawie oparte na faktach strategie zarządzania epidemią, zarówno w skali zbiorowej, jak i indywidualnej.

Wirus SARS-CoV-2 i sposoby jego rozpowszechniania

Termin SARS-CoV-2 pojawił się w oficjalnej nomenklaturze wirusologicznej, a także w mediach i globalnej świadomości 11 lutego 2020 r. Nowy patogen, który pod koniec 2019 r. wywołał w Chinach masowe zachorowania na zapalenie płuc, był wcześniej tymczasowo określany jako 2019-nCoV. Oficjalna nazwa, przyznana przez Międzynarodowy Komitet ds. Taksonomii Wirusów, motywowana była wysokim stopniem podobieństwa nowoodkrytego wirusa do SARS-CoV – koronawirusa, odpowiedzialnego za epidemię w 2002 r. Oba patogeny wywołują ciężką ostrą niewydolność oddechową – *Severe acute respiratory syndrome* o akronimie SARS. Choroba wywoływana przez nowego koronawirusa została nazwana COVID-19, co stanowi skrót od *coronavirus disease 2019*¹.

¹ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2 (dostęp: 05.02.2021).

Koronawirusy (*Coronaviridae*) znane są nauce od wielu lat jako patogeny wywołujące choroby u ssaków i ptaków. U ludzi powodują łagodne infekcje układu oddechowego, a także wspomnianą wcześniej ciężką ostrą niewydolność oddechową SARS (*severe acute respiratory syndrome*) oraz MERS (*middle east respiratory syndrome*). Szacuje się, że odpowiadają za 15–30% infekcji układu oddechowego, występujących co roku w okresie zimowym. Zgodnie z obecną klasyfikacją koronawirusy należą do rzędu *Nidovirales* i rodziny *Coronaviridae*, w obrębie której wyróżnia się podrodziny w zależności od kształtu nukleokapsydu – *Coronavirinae* o kapsydzie helikalnym oraz *Torovirinae* o kapsydzie cylindrycznym. Wszystkie obecnie znane koronawirusy należą do rodzaju alfakoronawirusów lub betakoronawirusów. Ich materiał genetyczny stanowi jednoniciowa i stosunkowo długa cząsteczka RNA o dodatniej polarności. Wirion jest opłaszczony i kolisty, o średnicy ok. 120 nm. Kapsyd zbudowany jest z 4 białek strukturalnych: małych białek otoczki E, białek błony M, transbłonowych białek nukleokapsydu N oraz glikoprotein wypustek S. Szczególnie istotnym dla patomechanizmu jest ostatnie z wymienionych. To właśnie z białka S zbudowane są charakterystyczne maczugowate wypustki glikoproteinowe na powierzchni wirusów, przypominające koronę kwiatu. Odpowiadają za rozpoznawanie receptorów na powierzchni komórek gospodarza, a następnie wnikanie do ich wnętrza. W cytoplazmie zainfekowanej komórki dochodzi do replikacji wirusowego RNA, a na rybosomach związanych z retikulum endoplazmatycznym ma miejsce synteza białek wirusa. Oba procesy odbywają się poza jądrem komórkowym, stąd wniosek, że wirusy z omawianej grupy korzystają z enzymów, jakie zakodowane są w ich własnym genomie. Receptorem wykorzystywanym przez koronawirusy do adsorpcji i wnikania jest aminopeptydaza N w przypadku alfakoronawirusów oraz enzym konwertujący angiotensynę 2 w przypadku SARS-CoV².

SARS-CoV-2 wykazuje duże genetyczne podobieństwo do SARS-CoV (79%) i umiarkowane do MERS-CoV (51,8%). Podobnie jak one należy do betakoronawirusów, jego materiał genetyczny stanowi cząsteczka RNA o dodatniej polarności, a receptorem jest angiotensyna 2 (ACE-2)³. Intensywne badania molekularne nad SARS-CoV-2 umożliwiły dokładniejsze poznanie funkcji poszczególnych białek strukturalnych wirusa. Białko N odpowiada za prawidłowe upakowanie genomu i bierze udział w wewnątrzkomórkowych reakcjach biochemicznych. Białko M oddziałuje z białkiem S w celu utrzymania wirusa w kompleksie siateczka śródplazmatyczna – aparat Golgiego, w którym ma miejsce składanie nowych wirionów, a następnie ich uwalnianie na drodze egzocytozy. Nagromadzenie

² M. Węglewska, *Koronawirusy*, [w:] A. Goździcka-Józefiak (red.), *Wirusologia*, Warszawa 2019, s. 90–94.

³ K. Krzystyniak, *KORONAWIRUS. COVID-19, MERS, SARS – epidemiologia, leczenie, profilaktyka*, wyd. 2, Warszawa 2020, s. 15–18.

białek wirusowych w czasie infekcji może wywoływać kaskadę reakcji prowadzącą do śmierci komórki w wyniku przeciążenia siateczki śródplazmatycznej. Białko E odpowiada za formowanie wirionów, a także tworzenie porów w błonie komórkowej, co ułatwia wydostanie się nowych form wirusa z komórki. Uczestniczy ponadto w indukcji uwalniania czynników prozapalnych, przez co uważa się, że jest głównym białkiem odpowiadającym za zjadliwość wirusa. Tworzące charakterystyczną „koronę” białka S składają się z dwóch podjednostek – S1 i S2. Pierwsza z nich odpowiedzialna jest za wiązanie do receptora, podczas gdy druga uczestniczy w fuzji wirusa z błoną komórkową gospodarza⁴. Wirus łączy się z receptorem tworząc kompleks, który następnie wnika do wnętrza komórki na drodze endocytozy⁵.

Powinowactwo SARS-CoV-2 do receptora, ludzkiej angiotensyny 2, jest od 10 do 20 razy większe niż w przypadku SARS-CoV⁶, co jest jednym z czynników warunkujących jego wysoką zakaźność. Angiotensyna 2 występuje w dużych ilościach przede wszystkim na powierzchni komórek nabłonkowych kielicha nosa, pneumocytów typu II oraz w komórkach wydzielniczych i rzęskowych górnych dróg oddechowych. Z tej lokalizacji receptorów wynika łatwość wiązania się wirusa do komórek budujących układ oddechowy i w konsekwencji rozwój infekcji płuc.

Co istotne, wykryto dwie różnice molekularne pomiędzy SARS-CoV-2, a SARS-CoV i MERS-CoV, które mają znaczący wpływ na jego zakaźność. Wśród tych różnic wymienia się:

1. Ułatwienie aktywacji proteolitycznej przez furynę.

Furyna jest proteazą serynową, jednym z głównych enzymów tnących białka w komórkach człowieka. Szacuje się, że tnie ponad 150 białek, w tym wirusowych, bakteryjnych i ludzkich. Wśród jej substratów znajdują się też glikoproteinowe otoczki koronawirusów. Furyna przecina je w miejscu złącza podjednostki S1 i S2, zwanym miejscem cięcia dla furyny. SARS-CoV-2 ma w tym miejscu inną budowę niż znane koronawirusy – znajduje się tam aminokwas prolina i tlenowo przyłączone glikany. Podejrzewa się, że taka budowa ułatwia furynie cięcie, a tym samym aktywację proteolityczną, która jest kluczowa podczas infekowania komórki.

2. Obecność 5 nowych aminokwasów w miejscu ataku komórki.

SARS-CoV-2 wymienia pięć z sześciu kluczowych aminokwasów w miejscu wiązania się z komórką, co znacznie ułatwia patogenowi wnikanie do jej wnętrza⁷.

⁴ K. Kuczyńska, J.B. Zawilska, J. Badura, B. Strehl, *Wirus SARS-CoV-2: pochodzenie, budowa i cykl replikacyjny*, „Farmacja Polska” 2021, t. 77, nr 3, s. 143–149.

⁵ K. Krzystyniak, *op. cit.*, s. 15–18.

⁶ K. Kuczyńska i wsp., *op. cit.*, s. 143–149.

⁷ K. Krzystyniak, *op. cit.*, s. 15–18.

Na początku 2021 r. w mediach zaczęły pojawiać się niepokojące informacje o nowych wariantach SARS-CoV-2, które powstały w wyniku mutacji genetycznych wirusa. Prawdopodobieństwo wystąpienia mutacji wzrasta wraz ze wzrostem transmisji patogenu, dlatego nowe warianty koronawirusa pojawiały się w państwach o najgorszej sytuacji epidemicznej. Początkowo mutacje nazywano potocznie od nazwy kraju, w którym je wykryto – media donosiły o wariantcie brytyjskim czy brazylijskim. W maju 2021 r. WHO, chcąc zmniejszyć społeczną stygmatyzację poszczególnych państw i narodowości, wprowadziło nomenklaturę dla zaistniałych mutacji, nazywając je kolejnymi literami greckiego alfabetu⁸. Zgodnie z danymi z października 2021 r., wariantem szczególnie niebezpiecznym dla zdrowia publicznego jest Delta – mutacja wykryta po raz pierwszy w Indiach. SARS-CoV-2 typu Delta charakteryzuje się lepszą zdolnością transmisji oraz potencjalnie większą odpornością na neutralizację przez przeciwciała monoklonalne i przeciwciała powstałe po szczepieniu⁹.

SARS-CoV-2 wywołuje chorobę COVID-19, której przebieg jest bardzo zróżnicowany w populacji. W łagodnej postaci choroby objawy mogą być nawet niezauważone lub ograniczone do tymczasowego upośledzenia zmysłu smaku i węchu, czy lekkiego kłucia w płucach. Taki przebieg najczęściej obserwowany jest u osób w młodym wieku, o dobrym ogólnym stanie zdrowia i prawidłowym BMI. W większości przypadków pojawia się jednak wysoka gorączka, kaszel i trudności w oddychaniu, będące najbardziej charakterystycznymi objawami COVID-19¹⁰. Na radiogramach klatki piersiowej obserwuje się obustronne nacieki w płucach¹¹. Ciężki przebieg COVID-19, według początkowych ustaleń, miał dotyczyć 25%¹² lub 20% chorych¹³. Z czasem okazało się jednak, że ciężki przebieg występuje u 15%, a krytyczny u 5% pacjentów¹⁴. W ostrym przebiegu choroby pojawia się

⁸ <https://www.who.int/news/item/31-05-2021-who-announces-simple-easy-to-say-labels-for-sars-cov-2-variants-of-interest-and-concern> (dostęp: 22.10.2021).

⁹ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/variants/variant-info.html#Consequence> (dostęp: 22.10.2021).

¹⁰ K. Krzystyniak, *op. cit.*, s. 21–25.

¹¹ <https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-advice-for-international-traffic-in-relation-to-the-outbreak-of-the-novel-coronavirus-2019-ncov-24-jan/> (dostęp: 09.01.2021).

¹² [https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (dostęp: 09.01.2021).

¹³ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200128-sitrep-8-ncov-cleared.pdf?sfvrsn=8b671ce5_2 (dostęp: 09.01.2021).

¹⁴ L. Borkowski, A.M. Fal, K.J. Filipiak, B. Homola, Z. Hruba, A. Kobayashi, B. Łoza, A. Matyja, P. Pruszczyk, P. Rzymyski, J. Szepietowski, K. Szuldrzyński, J. Szczegieliński, J. Wysocki, J. Zajkowska, S. Zduński, *Charakterystyka choroby COVID-19, objawy oraz skutki zdrowotne. Rekomendacje i doświadczenia polskich klinicystów*, Warszawa 2021, s. 10.

zapalenie płuc i niewydolność oddechowa, a infekcja może doprowadzić do zgonu¹⁵. Obserwowano również obustronne rozlane uszkodzenia w pęcherzykach płucnych¹⁶. SARS-CoV-2 atakuje głównie płuca i jest silnym induktorem cytokin prozapalnych. Proponowanym przez badaczy mechanizmem uszkodzenia narządów wewnętrznych jest kaskada cytokin wydzielanych w śródbłonku płuc, a bezpośrednią przyczyną zgonu rozregulowanie układu immunologicznego, a nie samo namnażanie wirusa w komórkach organizmu. Parametrem potwierdzającym tę hipotezę jest limfopenia, często obserwowana u pacjentów z ostrym przebiegiem, która świadczy o rozregulowaniu układu odpornościowego. Populacjami pacjentów zdecydowanie bardziej narażonymi na ostry przebieg choroby są osoby w podeszłym wieku, chorzy przewlekle oraz pacjenci z rzadkimi, często ukrytymi anomaliami genetycznymi, które skutkują np. niedoborem produkcji przeciwciał. Wspomniane schorzenia przewlekle często związane są z otyłością i wymienia się wśród nich cukrzycę, choroby sercowo-naczyniowe oraz przewlekle choroby płuc.

Co ciekawe, zaobserwowano różnice w śmiertelności chorych na COVID-19 w poszczególnych rejonach świata. W Chinach oszacowano ją na 3–4%, podczas gdy we Włoszech, w których w krytycznym momencie I fali pandemii umierało ponad tysiąc osób dziennie, śmiertelność oszacowano na 9%. Prawdopodobnie może mieć to związek z wymienionymi wcześniej chorobami cywilizacyjnymi, pogarszającymi przebieg COVID-19, na które statystycznie częściej zapadają Europejczycy niż Azjaci¹⁷.

Wraz z rozwojem wiedzy na temat choroby COVID-19 lepiej poznawano jej objawy. Zgodnie z danymi WHO z października 2021 r., oprócz najczęstszych symptomów – gorączki, suchego kaszlu i ogólnego zmęczenia, pacjenci mogą doświadczyć również zaniku smaku i węchu, zatkanego nosa, zapalenia spojówek, bólu gardła, głowy, mięśni lub stawów, wysypek skórnych, nudności i wymiotów, biegunki oraz dreszczy i zawrotów głowy. W ciężkim przebiegu choroby pojawia się skrócony oddech, zmniejszony apetyt, poczucie rozbicia, bólu lub ucisku w klatce piersiowej oraz wysoka temperatura ciała, powyżej 38°C. Infekcja SARS-CoV-2 może ponadto, co szczególnie niepokojące, wywoływać objawy długotrwałe, potocznie zwane w polskich mediach „długim COVID-em”, które pojawić się mogą zarówno u pacjentów wymagających hospitalizacji, jak i u tych z lekkim przebiegiem choroby. Wśród długotrwałych objawów choroby wymienia się osłabienie oraz zaburzenia oddechowe i neurologiczne¹⁸.

¹⁵ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200128-sitrep-18-ncov-cleared.pdf?sfvrsn=8b671ce5_2 (dostęp: 09.01.2021).

¹⁶ K. Krzystyniak, *op. cit.*, s. 15.

¹⁷ *Ibidem*, s. 23–24.

¹⁸ <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19> (dostęp: 21.10.2021).

Przypuszczenie dotyczące dróg rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2 wysnuto na podstawie wiedzy uzyskanej podczas epidemii spowodowanych innymi koronawirusami – SARS-CoV i MERS-CoV, które wybuchły odpowiednio w 2002 i 2012 r. Transmisja następowała drogą kropelkową, poprzez kontakt cielesny, np. uścisk ręki, a także za pośrednictwem powierzchni nieożywionych. Zaszeregowano, że sposób rozprzestrzeniania się nowego koronawirusa może być podobny¹⁹. Na przedmiotach nieożywionych koronawirusy mogą utrzymywać się nawet przez kilka dni, dlatego tak istotna miała być dezynfekcja powierzchni użytkowych²⁰. Jak podaje Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, zgodnie z danymi z października 2021 r., SARS-CoV-2 rozprzestrzenia się przede wszystkim drogą kropelkową. Zakażenia spowodowane kontaktem ze skontaminowaną powierzchnią nieożywioną zdarzają się rzadziej, a wirus może na nich przetrwać od kilku godzin do kilku dni, w zależności od rodzaju tworzywa²¹. Podczas obrad Komisji Nadzwyczajnej Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych (*International Health Regulations Emergency Committee*, IHR) na początku stycznia 2020 r. oszacowano podstawową liczbę odtwarzania wirusa na 1,4–2,5²². Podstawowa liczba odtwarzania (*basic reproductive number*) to teoretyczna liczba osób, którą zarazi każdy chory. Wyliczana jest na podstawie liczby kontaktów chorej osoby ze zdrowymi jednostkami, z uwzględnieniem prawdopodobieństwa zakażenia w czasie tych kontaktów oraz czasu trwania okresu zaraźliwości. Parametr ten nie uwzględnia jednak występowania w populacji osób odpornych na patogen, dlatego jest on zawsze nieco zawyżony względem rzeczywistości²³. Wartość podstawowej liczby odtwarzania oszacowana w styczniu 2020 r. okazała się jednak nieco zaniżona. Zgodnie z danymi zebranymi we wrześniu tego samego roku liczba ta wynosi około 3²⁴. W 2021 r. natomiast pojawiły się badania szacujące podstawową liczbę odtwarzania na nawet 3,5–6,4²⁵. Ponadroczna obserwacja pandemii COVID-19 umożliwiła stwierdzenie, że nowy koronawirus rozprzestrzenia się głównie pomiędzy ludźmi przebywającymi

¹⁹ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200124-sitrep-4-2019-ncov.pdf?sfvrsn=9272d086_8 (dostęp: 10.01.2021).

²⁰ K. Krzystyniak, *op. cit.*, s. 20.

²¹ <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/questions-answers/questions-answers-basic-facts> (dostęp: 22.10.2021).

²² [https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (dostęp: 09.01.2021).

²³ A. Zieliński, *Pojęcie odporności zbiorowskiej w zastosowaniu do oceny efektywności szczepień ochronnych*, „Przegląd Epidemiologiczny” 1999, t. 53, s. 245–255.

²⁴ K. Krzystyniak, *op. cit.*, s. 20.

²⁵ R. Ke, E. Romero-Severson, S. Sanche, N. Hengartner, *Estimating the reproductive number R_0 of SARS-CoV-2 in the United States and eight European countries and implications for vaccination*, „Journal of Theoretical Biology” 2021, t. 157, artykuł 110621.

w bliskiej odległości, w promieniu 1 m, a także w słabo wentylowanych, zatłoczonych pomieszczeniach²⁶.

Na początku lutego 2020 r. sądzono, że przypadki bezobjawowe nie mają szczególnego znaczenia dla rozprzestrzeniania choroby, a głównym źródłem infekcji są osoby wykazujące takie objawy, jak kaszel czy kichanie²⁷. Wraz z rozwojem epidemii okazało się jednak, że również przypadki bezobjawowe mogą stanowić źródło zakażenia, co wykazały badania chińskich naukowców²⁸. Okres inkubacji wirusa został oszacowany na 2 do 10 dni²⁹, a badania kliniczne wykazały, że zdolność do zarażenia pojawia się 2 do 3 dni przed wystąpieniem typowych objawów klinicznych choroby³⁰.

Kluczowe pytanie – jak ograniczyć transmisję SARS-CoV-2?

Ustalono, że – podobnie jak większość patogenów – SARS-CoV-2 jest wrażliwy na wysoką temperaturę, promieniowanie ultrafioletowe, 75% etanol i inne substancje o właściwościach dezynfekujących, jak chlor, chloroform i kwas chlorooctowy³¹. Dzięki temu posiadano wiedzę w jaki sposób pozbyć się nowego koronawirusa z przedmiotów, powierzchni i rąk. Jednak, jak wspomniano wcześniej, zakażenie za pośrednictwem powierzchni nieożywionych jest rzadkie, a główną drogą transmisji SARS-CoV-2 jest droga kropelkowa. Zalecenia profilaktyczne WHO, mające ograniczyć transmisję wirusa, na początku epidemii obejmowały proste czynności higieniczne:

1. Częste mycie rąk z użyciem mydła i wody lub środka na bazie alkoholu.
2. Zakrywanie ust i nosa w czasie kaszlu i kichania łokciem lub chusteczką, którą następnie należy natychmiast wyrzucić i umyć ręce.
3. Unikanie bliskiego kontaktu z osobami, mającymi takie objawy jak kaszel i gorączka.
4. Szybkie szukanie opieki medycznej w razie gorączki, kaszlu i trudności w oddychaniu, przy czym należało udzielić informacji o ostatnich podróżach.

²⁶ <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted> (dostęp: 25.10.2021).

²⁷ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200201-sitrep-12-ncov.pdf?sfvrsn=273c5d35_2 (dostęp: 19.01.2021).

²⁸ W. Rymer, A. Wroczyńska, *COVID-19 – co nowego*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 351, nr 5, s. 140.

²⁹ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200126-sitrep-6-2019-ncov.pdf?sfvrsn=beae0c_4 (dostęp: 17.01.2021).

³⁰ X. He, E.H. Lau, P. Wu, X. Deng, J. Wang, X. Hao i wsp., *Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19*, „Nature Medicine” 2020, t. 26, nr 5, s. 672–675.

³¹ K. Krzystyniak, *op. cit.*, s. 15–18.

5. W przypadku przebywania na tzw. „mokrych targach”³² na obszarach, na których pojawiły się już przypadki infekcji nowym koronawirusem, należało unikać bezpośredniego kontaktu z żywymi zwierzętami oraz powierzchniami, które miały z nimi kontakt.
6. Unikanie spożywania surowych lub niedogotowanych zwierząt. Z surowym mięsem, mlekiem lub narządami zwierząt powinno się obchodzić ostrożnie.

Od początku 2020 do października 2021 r. zalecenia profilaktyczne WHO uległy sporej zmianie i tylko pierwszy z powyższych punktów pozostał praktycznie niezmienny. Po upływie niemal dwóch lat od pojawienia się nowego koronawirusa, zasady, jakich należy przestrzegać w celu ograniczenia transmisji wirusa prezentują się następująco:

1. Zaszczepienie się, jeśli jest to możliwe.
2. Zachowanie co najmniej 1 m odległości od innych osób, nawet jeśli nie wyglądają na chorych.
3. Noszenie odpowiednio dopasowanej do twarzy maseczki, jeśli zachowanie dystansu fizycznego jest niemożliwe lub w przypadku przebywania w słabo wentylowanym pomieszczeniu.
4. Wybieranie otwartych, dobrze wentylowanych pomieszczeń i otwieranie okien.
5. Regularne mycie rąk z użyciem mydła i wody lub środka do dezynfekcji na bazie alkoholu.
6. Zakrywanie ust i nosa przy kichaniu lub kaszlu.
7. W przypadku złego samopoczucia pozostanie w domu i dobrowolna izolacja do wyzdrowienia³³.

W nadzorze epidemiologicznym według WHO podstawową kwestią miało być ponadto wykonywanie testów diagnostycznych w możliwie najszerszym zakresie. Test na obecność SARS-CoV-2 początkowo zalecano wykonywać każdej osobie spełniającej definicję przypadku prawdopodobnego (*suspect case*), o ile pozwalają na to zdolności laboratoryjne danego państwa i aktualna sytuacja epidemiologiczna³⁴. W dniu 31 stycznia 2020 r. rozszerzono te wytyczne o możliwość przeprowadzenia testu również u innych osób, jeśli taką decyzję podejmą lekarze na podstawie istotnych klinicznie obserwacji. W dniu 7 sierpnia 2020 r. WHO wydało zalecenie, wedle którego test na obecność SARS-CoV-2 należało przeprowadzać zarówno u przypadków prawdopodobnych, jak i możliwych

³² Pojęcie to oznaczało targowiska, na których oferowano do sprzedaży żywe zwierzęta wielu różnych gatunków, w tym m.in. dzikie. Stwarzało to bardzo dogodne warunki do międzygatunkowej transmisji patogenów, które mogły następnie przenosić się na ludzi.

³³ https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_2 (dostęp: 25.10.2021).

³⁴ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336097/WHO-2019-nCoV-Surveillance-Guidance-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 18.01.2021).

(*probable case*)³⁵. To, w jaki sposób należało rozumieć wymienione przypadki, było wyraźnie zdefiniowane klinicznie w materiałach WHO i na bieżąco uaktualniane.

Testy na obecność COVID-19 należało wdrażać za pośrednictwem istniejących krajowych ośrodków nadzoru pod kątem chorób grypopodobnych ILI (*influenza like illness*) i ciężkiej ostrej infekcji dróg oddechowych SARI³⁶. Materiał kliniczny pochodzący z dolnych dróg oddechowych miał zgodnie z wytycznymi WHO większą wartość diagnostyczną względem materiału pobranego z górnych dróg oddechowych. Jeśli to możliwe, do testów powinien zostać pobrany taki materiał jak płwocina, aspirat z tchawicy lub popłuczyny oskrzelowo-pęcherzykowe, otrzymane podczas płukania oskrzelowo-pęcherzykowego. W przypadku, gdy takie postępowanie jest niemożliwe, rekomendowano pobranie materiału z górnych dróg oddechowych, takich jak aspirat z nosogardzieli lub wymazy z nosogardła, jamy ustnej i gardła. Zgodnie z zaleceniami powinno się też wykonać więcej testów w przypadku, gdy pomimo otrzymania wyniku negatywnego objawy kliniczne bardzo wyraźnie wskazują na infekcję nowym koronawirusem³⁷. „Złoty” standardem w diagnostyce SARS-CoV-2 był w trakcie pierwszej fali epidemii test RT-PCR (*real-time polymerase chain reaction*), który jest wykorzystywany również obecnie, w październiku 2021 r. Jest testem genetycznym, umożliwiającym wykrycie nawet niewielkiej ilości materiału genetycznego wirusa, który jest w trakcie testu wielokrotnie namnażany z wykorzystaniem termostabilnej polimerazy. W przeciwieństwie do testów serologicznych, umożliwia diagnostykę we wczesnej fazie choroby i jest w stanie wykryć zarówno przebieg objawowy, jak i bezobjawowy³⁸.

Zwracano ponadto uwagę na potrzebę ochrony personelu medycznego przed nową chorobą³⁹. Placówki opieki zdrowotnej na początku 2020 r. wymagały ulepszenia standardowych praktyk zapobiegania zakażeniom i ich kontroli w szpitalach, zwłaszcza na oddziałach ratunkowych⁴⁰. PPE, czyli *Personal Protective Equipment*, to środki ochrony osobistej przeznaczone dla pracowników ochrony zdrowia objętych wysokim ryzykiem epidemicznym. Opublikowany przez WHO wykaz sprzętu ochronnego uwzględniał standardowe procedury ochrony przed

³⁵ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333752/WHO-2019-nCoV-Surveillance-Guidance-2020.7-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 03.03.2021).

³⁶ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333752/WHO-2019-nCoV-Surveillance-Guidance-2020.7-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 03.03.2021).

³⁷ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336097/WHO-2019-nCoV-Surveillance-Guidance-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 18.01.2021).

³⁸ K. Krzystyniak, *op. cit.*, s. 61.

³⁹ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200126-sitrep-6-2019--ncov.pdf?sfvrsn=beae0c_4 (dostęp: 17.01.2021).

⁴⁰ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200127-sitrep-7-2019--ncov.pdf?sfvrsn=98ef79f5_2 (dostęp: 18.01.2021).

zarażeniem drogą kropelkową oraz ewentualne zestawy do opieki domowej na czas kwarantanny dla osób bezobjawowych lub o łagodnym przebiegu. Do badania zalecano noszenie nitrylowych, bezpudrowych jednorazowych rękawiczek, przy czym nie musiały one być sterylne. Powinny natomiast mieć długie mankiety sięgające znacznie powyżej nadgarstka, najlepiej do połowy przedramienia. Zarówno pacjenci, jak i pracownicy ochrony zdrowia mieli nosić maski chirurgiczne z wyraźnie oznaczoną powierzchnią zewnętrzną i wewnętrzną o dobrej oddychalności. Personelowi rekomendowano typ II lub wyższy, a pacjentom typ I. WHO opublikowało również listę niezbędnej aparatury, w jaką muszą być wyposażone placówki ochrony zdrowia w czasie pandemii. Wśród licznych pozycji na liście znalazły się m.in. koncentratory tlenu, pulsoksymetry do pomiaru saturacji, czy rozdzielacze przepływu tlenu⁴¹. Pomimo przestrzegania reguł reżimu sanitarnego i izolacji pacjentów, w placówkach ochrony zdrowia dochodziło, zgodnie z badaniami przeprowadzonymi przez chińskich naukowców w lutym 2020 r., do 41% przypadków zakażeń, przy czym 29% dotyczyło personelu⁴².

W trakcie trwania pierwszej fali pandemii COVID-19 wyprodukowano wstępnie niemal 200 różnych szczepionek, przed którymi stanęło trudne zadanie pomyślnego przejścia przez wszystkie etapy badań umożliwiających wprowadzenie do obrotu. W tym okresie, tj. w 2020 r., największe nadzieje wzbudzały szczepionki:

1. ChAd0x1nCoV-19, nad którą prace prowadził Uniwersytet Oksfordzki we współpracy z firmą AstraZeneca.
2. Ad5-nCoV-19 opracowywana przez chińskich naukowców – Sinovac i Sino-pharm.
3. Szczepionka rosyjska – Sputnik V.

Szczepionki firm Moderna oraz Pfizer, również brane były w 2020 r. pod uwagę, chociaż początkowo zdawały się być mniej obiecujące niż wyżej wymienione⁴³, prawdopodobnie ze względu na inny, nowatorski mechanizm działania. Szczepionki zostały wprowadzone do powszechnego zastosowania już po zakończeniu I fali pandemii. Na terenie Unii Europejskiej pojawiły się kolejno szczepionki firmy: Pfizer (21.12.2020 r.), Moderna (06.01.2021 r.) i AstraZeneca (29.01.2021 r.). Było to możliwe po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku ich producentów przez specjalistów z EMA (*European Medicines Agency*)⁴⁴.

Szczepionka przeciw COVID-19 wprowadzona przez firmę AstraZeneca (COVID-19 Vaccine AstraZeneca) należy do szczepionek wektorowych, czyli

⁴¹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331434/WHO-2019-nCoV-DCPv3-2020.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 02.03.2021).

⁴² K. Krzystyniak, *op. cit.*, s. 20.

⁴³ *Ibidem*, s. 46–47.

⁴⁴ https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/questions-and-answers-covid-19-vaccination-eu_pl#01 (dostęp: 22.03.2021).

zawierających gen SARS-CoV-2 na innym wektorze wirusowym. Funkcję wektora pełni zmodyfikowany aktywny wirus, niewywołujący chorób u ludzi⁴⁵, którym w preparacie firmy AstraZeneca jest rekombinowany adenowirus szympansi. Z genów SARS-CoV-2 wykorzystano natomiast sekwencję kodującą glikoproteinę S. Po podaniu szczepionki dochodzi do miejscowej syntezy glikoproteiny S i wytwarzania przeciwciał. Cykl szczepień składa się z dwóch oddzielnych dawek, podanych w odstępie od 28 do 84 dni. Zgodnie z zapewnieniami producenta, ochrona przed COVID-19 pojawia się po ok. 3 tygodniach od przyjęcia drugiej dawki⁴⁶.

Rosyjska szczepionka, nazwana Sputnik V, również jest szczepionką wektorową i ma analogiczny mechanizm działania do preparatu firmy AstraZeneca. Wykorzystuje adenowirus w charakterze wektora, a genem pochodzącym od SARS-CoV-2 też jest sekwencja kodująca białko S⁴⁷.

Wśród chińskich szczepionek przodowały preparaty opracowane przez firmy Sinovac i Sinopharm. Są to szczepionki inaktywowane, zawierające fragmenty wirusa, które wywołują czynną odpowiedź immunologiczną bez rozwinięcia wyraźnych objawów choroby. Wśród szczepionek na COVID-19 jest to najbardziej tradycyjny mechanizm działania⁴⁸.

Szczepionki firmy Pfizer/BioNTech (Comirnaty) i Moderna (COVID-19 Vaccine Moderna) należą do szczepionek mRNA, wykorzystujących kwas rybonukleinowy jako molekularną matrycę do produkcji wirusowego białka, wobec którego w organizmie człowieka są wytwarzane przeciwciała. Materiał genetyczny w szczepionkach mRNA jest niestabilny, dlatego do ich przechowywania niezbędna jest niska temperatura⁴⁹. Zarówno Pfizer, jak i Moderna, wykorzystują w swoich preparatach geny kodujące białko szczytowe S wirusa SARS-CoV-2 osadzone w nanocząsteczkach lipidowych⁵⁰. Nanocząsteczki umożliwiają przeniknięcie mRNA do komórek gospodarza, co poprzedza przejściową ekspresję antygeny S wirusa⁵¹. Szczepionki mRNA to nowatorskie rozwiązanie, które nigdy wcześniej nie było stosowane na tak dużą skalę.

⁴⁵ L. Borkowski, M. Drąg, A.M. Fal, R. Flisiak, J. Jemielity, J. Krajewski, A. Mastalerz-Migas, A. Matyja, K. Pyrc, P. Rzymiski, M. Sutkowski, K. Simon, J. Wysocki, J. Zajkowska, *Szczepienia przeciw COVID-19. Innowacyjne technologie i efektywność*, Warszawa 2020, s. 10.

⁴⁶ https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20210129150842/anx_150842_pl.pdf (dostęp: 24.03.2021).

⁴⁷ <https://sputnikvaccine.com/about-vaccine/> (dostęp: 24.03.2021).

⁴⁸ <https://www.bbc.com/news/world-asia-china-55212787> (dostęp: 24.03.2021).

⁴⁹ L. Borkowski i wsp., *Szczepienia przeciw COVID-19. Innowacyjne technologie i efektywność...*, s. 10.

⁵⁰ https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20210106150575/anx_150575_pl.pdf (dostęp 24.03.2021); https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20201221150522/anx_150522_pl.pdf (dostęp 24.03.2021).

⁵¹ Ibidem.

W dniu 11 marca 2021 r. w Unii Europejskiej dopuszczono do obrotu czwarty preparat – szczepionkę firmy Janssen, która podlega koncernowi Johnson & Johnson. Mechanizm działania jest wektorowy, podobnie jak w przypadku wyżej wymienionego preparatu firmy AstraZeneca. W skład szczepionki firmy Janssen wchodzi ludzki inaktywowany adenowirus zawierający sekwencję kodującą białko S SARS-CoV-2. W przeciwieństwie do innych szczepionek dostępnych do obrotu w Unii Europejskiej, zapewnia ona ochronę już po pierwszej dawce – druga nie jest potrzebna⁵².

„Nowy koronawirus z Chin”. Teorie na temat genety i rozwoju epidemii

W dniu 20 grudnia 2019 r. dr Andrew Ball w imieniu Światowej Organizacji Zdrowia oficjalnie podziękował za wsparcie i współpracę w minionej dekadzie. Zakreślił również zdrowotne priorytety na nadchodzącą dekadę i otwierający ją 2020 r. Za cel postawił dążenie do wyeliminowania wirusa HIV, wirusowego zapalenia wątroby i innych chorób przenoszonych drogą płciową⁵³. Jedenaście dni później chińskie biuro WHO podało jednak informację, będącą preludium do całkowicie nowego zagrożenia, które w nadchodzącym 2020 r. usunęło na drugi plan nie tylko HIV i WZW, ale również dotychczasowe priorytety gospodarcze, polityczne i osobiste każdego człowieka na świecie.

O wystąpieniu kilkudziesięciu przypadków zapalenia płuc o nieznannej etiologii Państwowe Chińskie Biuro WHO zostało poinformowane 31 grudnia 2019 r. Zgłoszone zachorowania dotyczyły osób przebywających w mieście Wuhan, w chińskiej prowincji Hubei⁵⁴. Od tego czasu Światowa Organizacja Zdrowia rozpoczęła intensywne badania, mające na celu wnikliwe poznanie nowego zagrożenia i opracowanie skutecznej strategii ochrony. Dość szybko zaobserwowano podobieństwo nowej choroby do MERS (*Middle East respiratory syndrome* – bliskowschodni zespół oddechowy), dlatego 11 stycznia 2020 r. opublikowano pierwsze tymczasowe wytyczne dotyczące nadzoru nad nowym patogenem, będące bezpośrednim odwzorowaniem wytycznych dla kontroli wirusa MERS-CoV⁵⁵. Wraz z rozwojem wiedzy pojawiały się uaktualnione wersje tego doku-

⁵² <https://szczepienia.pzh.gov.pl/czwarta-szczepionka-przeciw-covid-19-dopuszczona-do-obrotu-w-unii-europejskiej/> (dostęp: 24.10.2021).

⁵³ <https://www.who.int/news/item/20-12-2019-welcome-to-2020-the-decade-for-elimination> (dostęp 09.01.2021).

⁵⁴ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4 (dostęp: 09.01.2021).

⁵⁵ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330376/WHO-2019-nCoV-Surveillance-v2020.1-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (dostęp: 13.02.2021).

mentu. Pierwszy raport Światowej Organizacji Zdrowia, opisujący nową jednostkę chorobową, ukazał się 21 stycznia 2020 r. i od tego dnia kolejne raporty pojawiały się codziennie aż do 16 sierpnia 2020 r. Po tym dniu publikowano już tylko raporty tygodniowe, zamiast dziennych.

W kolejnych raportach sytuacyjnych Światowa Organizacja Zdrowia sukcesywnie informowała o ustaleniach naukowców, zaleceniach sanitarnych oraz, niestety, coraz większej liczbie zachorowań i zgonów spowodowanych nową chorobą.

W dniach 11 i 12 stycznia 2020 r., na podstawie informacji otrzymanych od Chińskiej Narodowej Komisji Zdrowia, ustalono związek pomiędzy wybuchem epidemii, a ekspozycją na jednym z tzw. „mokrych targów”, popularnych w tej części świata⁵⁶. „Mokre targi” są dominującymi punktami sprzedaży detalicznej świeżej żywności i mięsa w chińskich miastach, a w dużych metropoliach funkcjonuje zazwyczaj kilkaset tego typu placówek. Rząd chiński próbował przekształcić je w supermarkety w 2002 r. Projekt ten nie odniósł jednak sukcesu, ponieważ nie udało się zapewnić świeżej żywności w niższej cenie, co spowodowało utratę pierwotnych klientów. Na „mokrych targach” nabyć można dzięki zwierzęta, takie jak jeże, pawie, węże, krokodyle czy jelenie⁵⁷. Są one przetrzymywane na targu żywe, w ciasnych klatkach. Krótkie życie wiodą w brudnych warunkach, jęcząc się we własnych odchodach, przez co inkubują choroby, które następnie są przenoszone na ludzi w wyniku zjedzenia lub kontaktu ze zwierzęciem. Działalność chińskich „mokrych targów” już w przeszłości przyczyniła się do transmisji patogenów ze zwierząt na ludzi, konsekwencją czego były epidemie zoonoz. Tak było w przypadku epidemii spowodowanej wirusem SARS-CoV, pochodzącym najprawdopodobniej od nietoperzy, w wyniku której na początku XXI w. zmarło 800 osób⁵⁸. Spożywanie mięsa dzikich zwierząt jest mocno zakorzenione w chińskiej kulturze. Dla Chińczyków jest to wyznacznik bogactwa i luksusu, ponieważ dzikie zwierzęta są rzadsze, a ich mięso droższe niż zwierząt hodowlanych. Są również uważane za bardziej naturalne i dlatego mające więcej właściwości odżywczych w porównaniu z mięsem pochodzącym od zwierząt hodowlanych. Według tradycyjnej medycyny chińskiej taki pokarm działa stymulująco na układ immunologiczny. W konsekwencji tych przekonań, wielu ludzi woli kupować mięso na „mokrych targach” niż w supermarketach. Ponadto miejsca te stanowią dla mieszkańców miejsce spotkań i socjalizacji⁵⁹. Z przypadkami zapalenia płuc

⁵⁶ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4 (dostęp: 09.01.2021).

⁵⁷ <https://www.npr.org/2020/01/22/798644707/why-wet-markets-persisted-in-china-despite-disease-and-hygiene-concerns> (dostęp 24.02.2021).

⁵⁸ <https://www.theguardian.com/environment/2020/jan/30/make-coronavirus-ban-on-chinese-wildlife-markets-permanent-says-environment-expert-aoe> (dostęp 24.02.2021).

⁵⁹ <https://www.npr.org/2020/01/22/798644707/why-wet-markets-persisted-in-china-despite-disease-and-hygiene-concerns> (dostęp 24.02.2021).

o etiologii SARS-CoV-2 został powiązany hurtowy market Huanan w Wuhan, który 1 stycznia 2020 r. został zamknięty i poddany dezynfekcji⁶⁰. Dokładne źródło wirusa pozostawało nieznanne, jednak ustalono, że najbardziej prawdopodobne jest odzwierzęce⁶¹. Na targu Huanan konsumenci mogli wybierać spośród kilkudziesięciu gatunków zwierząt, takich jak wilki, salamandry, cykady, cywety czy szczury bambusowe⁶². Za poważny czynnik predysponujący do rozwoju nowej epidemii uznano Chiński Nowy Rok, którego obchody zostały zaplanowane na ostatni tydzień stycznia. WHO prognozowało zwiększoną liczbę zachorowań po tym okresie. Chińskie władze zobowiązały się jednak nie wyrazić zgody na niepotrzebne duże zgromadzenia publiczne podczas tego święta, w dniu 25 stycznia⁶³. W związku z sytuacją epidemiologiczną postanowiono odwołać huczne masowe obchody Chińskiego Nowego Roku także w Beijingu, Hong Kongu i Szanghaju⁶⁴.

Na temat genezy SARS-CoV-2 wysnuto hipotezę, zgodnie z którą najprawdopodobniej pochodzi on od nietoperzy. W populacji tych zwierząt cyrkuluje wiele różnych koronawirusów, w tym również takie o zbliżonym genomie do SARS-CoV-2. Do transferu najprawdopodobniej nie doszło jednak bezpośrednio i za ogniwo pośredniczące pomiędzy nietoperzem, a człowiekiem naukowcy uważali pancernika. Hipoteza ta nadal jednak wzbudza kontrowersje i nie wszyscy badacze się z nią zgadzają⁶⁵. Na podstawie analizy filogenetycznej 23 pełnych sekwencji genomu SARS-CoV-2 przekazanych do GISAID (*Global Initiative on Sharing Avian Influenza data* – międzynarodowej organizacji udostępniającej informacje genetyczne wirusów grypy w trybie otwartego dostępu) ustalono, że sekwencje te wykazują niewielką zmienność genetyczną, co wskazuje na niedawne pochodzenie wirusów, będących źródłem materiału. Zsekwencjonowane genomy nie wykazywały żadnych dowodów na dodatkowe wprowadzenie wirusa ze zwierzęcego rezerwuaru, innego niż człowiek⁶⁶, co działa na niekorzyść

⁶⁰ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4 (dostęp: 09.01.2021).

⁶¹ [https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (dostęp: 09.01.2021).

⁶² <https://www.theguardian.com/environment/2020/jan/30/make-coronavirus-ban-on-chinese-wildlife-markets-permanent-says-environment-expert-aoe> (dostęp: 24.02.2021).

⁶³ <https://www.who.int/news-room/articles-detail/updated-who-advice-for-international-traffic-in-relation-to-the-outbreak-of-the-novel-coronavirus-2019-ncov-24-jan/> (dostęp: 09.01.2021).

⁶⁴ <https://www.newsweek.com/china-coronavirus-chinese-new-year-events-canceled-beijing-hong-kong-shanghai-disneyland-1483837> (dostęp: 24.02.2021).

⁶⁵ T. Burki, *The origin of SARS-CoV-2*, „The Lancet Infectious Diseases” 2020, t. 20, nr 9, s. 1018–1019.

⁶⁶ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200123-sitrep-3-2019-ncov.pdf?sfvrsn=d6d23643_8 (dostęp: 09.01.2021).

hipotezy zoonotycznej. Zaznaczono jednak, że liczba sekwencji jest obecnie ograniczona⁶⁷.

Alternatywne hipotezy na temat genezy SARS-CoV-2 wskazują na przypadkowe wydostanie tego patogenu z laboratoriów w Chinach lub w USA. Pierwsza z nich wskazuje na wydostanie wirusa z laboratorium wirusologicznego w Wuhan. Wśród argumentów ją popierających znajduje się np. informacja o hospitalizacji naukowców z laboratorium wirusologicznego w Wuhan w listopadzie 2020 r. oraz fakt, że rząd chiński nie zezwolił na przeprowadzenie starannego dochodzenia na terenie tej placówki. Jednocześnie Chiny propagują sprzeczną z tym hipotezę, zgodnie z którą SARS-CoV-2 pochodzi z amerykańskiego ośrodka wojskowego o nazwie Fort Detrick, z którego miał się wydostać⁶⁸. Oficjalnie żadna z tych teorii nie została potwierdzona, a specjaliści WHO i innych organizacji w październiku 2021 r. nadal prowadzą dochodzenia, mające wyjaśnić pochodzenie SARS-CoV-2.

Pierwszy przypadek nowego koronawirusa poza Chinami, potwierdzony testem laboratoryjnym, został zgłoszony już 13 stycznia 2020 r. w Tajlandii. Przypadek z Tajlandii, podobnie jak zgłoszone w kilku kolejnych dniach przypadki z Korei Południowej i Japonii, dotyczyły osób podróżujących wcześniej do Wuhan⁶⁹, co dawało w owym czasie cień nadziei na brak transmisji międzyludzkiej wirusa. Został on jednak szybko zdementowany – 23 stycznia ustalono, że dalsze rozprzestrzenianie choroby nie ma związku z ekspozycją na targu Huanan w Wuhan – ponad 85% nowych przypadków zakażeń wirusem dotyczyło bowiem ludzi, którzy wspomnianego marketu nie odwiedzili. Ponadto w jednej z chińskich prowincji, Guangdong, zostały wykryte rodzinne klaster, w skład których wchodziły osoby bez historii podróży do Wuhan. Klaster jest pojęciem epidemiologicznym oznaczającym nagromadzenie przypadków choroby na danym obszarze i w danym okresie w liczbie większej niż się spodziewano⁷⁰. Transmisja międzyludzka została niniejszym potwierdzona. Tego samego dnia, 23 stycznia 2020 r., zgłoszono również pierwszy przypadek poza kontynentem azjatyckim, który dotyczył osoby podróżującej z Chin do Stanów Zjednoczonych⁷¹. Pierwszym europejskim państwem, do którego zawleczono SARS-CoV-2, była Francja.

⁶⁷ Ibidem.

⁶⁸ <https://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,89053,media-raport-wywiadu-usa-bez-ostatecznej-konkluzji-ws-genezy-koronawirusa> (dostęp: 25.10.2021).

⁶⁹ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4 (dostęp: 09.01.2021).

⁷⁰ <http://www.przegl Epidemiol.pzh.gov.pl/slowniczek-terminow-epidemiologicznych> (dostęp: 11.02.2021).

⁷¹ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200123-sitrep-3-2019-ncov.pdf?sfvrsn=d6d23643_8 (dostęp: 09.01.2021).

Trzy przypadki zachorowania na COVID-19 odnotowano w tym państwie już 25 stycznia 2020 r.⁷²

Państwem najmocniej dotkniętym nowym koronawirusem pozostawały w tym okresie Chiny. Na czas pierwszego raportu, czyli od 31.12.2019 r. do 20.01.2020 r. odnotowano w Chinach 44 zachorowania i 6 zgonów spowodowanych SARS-CoV-2. Miasto Wuhan w prowincji Hubei zostało zamknięte 23 stycznia 2020 r. W całych Chinach rozpoczęto instalację termometrów na podczerwień w takich miejscach, jak porty lotnicze, stacje kolejowe i autobusowe oraz promy. Wdrożono również działania edukacyjne, mające zwiększyć wiedzę społeczeństwa na temat zaleceń sanitarnych i możliwości zapobiegania zakażeniom. Podobne działania wdrożono w innych państwach, do których wirus został zawleczony z Chin. W Tajlandii, Japonii i Korei Południowej szczególną kontrolą objęto osoby podróżujące z Wuhan⁷³. Poziom zagrożenia zdrowia publicznego został początkowo oszacowany na bardzo wysoki w Chinach, wysoki na poziomie regionalnym i, co z perspektywy czasu może dziwić, umiarkowany na poziomie globalnym⁷⁴. W kolejnych raportach dokonano jednak korekty, uznając zagrożenie globalne za wysokie⁷⁵. Bardzo wysokie ryzyko na wszystkich trzech poziomach ogłoszono w raporcie z 28 lutego 2020 r.

Dyrektor Generalny WHO, dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, zarządził organizację telekonferencji Komisji Nadzwyczajnej IHR w celu omówienia zagrożenia epidemicznego, spowodowanego nowym koronawirusem. Pierwsze telekonferencje komisji odbyły się w dniach 22 i 23 stycznia 2020 r. Przedmiotem obu spotkań była konieczność ustalenia, czy rozprzestrzenianie się nowej choroby powinno być zaklasyfikowane jako stan zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym (*Public Health Emergency of International Concern, PHEIC*), który wymagałby międzynarodowej współpracy w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się choroby. W tym czasie, pomimo rozbieżności opinii, zdecydowano się nie wprowadzać tego stanu, podkreślono jednak, że sprawa wymaga uwagi i dalszych dyskusji w nadchodzących dniach. Zaapelowano również do wszystkich państw członkowskich WHO o przygotowanie się do wdrożenia działań, mających na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się nowego patogenu. Wyszczególniono, że zgodnie z wytycznymi uwzględnionymi w Międzynarodowych Przepisach Zdrowotnych z 2005 r., wszystkie państwa członkowskie są zobowiązane do udostęp-

⁷² https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200125-sitrep-5-2019-ncov.pdf?sfvrsn=429b143d_8 (dostęp: 17.01.2021).

⁷³ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4 (09.01.2021).

⁷⁴ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200123-sitrep-3-2019-ncov.pdf?sfvrsn=d6d23643_8 (dostęp: 09.01.2021).

⁷⁵ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200126-sitrep-6-2019-ncov.pdf?sfvrsn=beae0c_4 (dostęp: 17.01.2021).

niania Światowej Organizacji Zdrowia pełnych danych, w celu sprawnego nadzorowania kontroli nad chorobą⁷⁶.

Oficjalne rekomendacje WHO dotyczące globalnego nadzoru nad rozprzestrzenianiem się SARS-CoV-2 pojawiły się wraz z pierwszym raportem sytuacyjnym, w dniu 21 stycznia 2020 r. (*Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV)*). Dokument ten, podobnie jak jego uaktualnione wersje pojawiające się z czasem na stronie internetowej WHO, miał pomóc państwom członkowskim we wdrażaniu nowych metod kontroli wirusa oraz ułatwić zgłaszanie przypadków infekcji do WHO, aby wspierać nadzór globalny nad epidemią. Działania te miały ułatwić ustalenie podstawowych epidemiologicznych parametrów, takich jak objawy kliniczne czy wpływ chorób współistniejących na przebieg COVID-19. Oficjalne zalecenia miały być wprowadzone w każdym kraju członkowskim, na miarę jego możliwości. Według WHO ograniczenie transmisji wirusa miało zostać osiągnięte dzięki: szybkiej diagnozie, monitorowaniu zachorowań, przesłedzeniu kontaktów zainfekowanych, zapobieganiu kolejnym infekcjom, kontroli placówek ochrony zdrowia, wdrażaniu środków zdrowotnych dla podróżujących, a także podnoszeniu świadomości społeczeństwa oraz informowaniu o zagrożeniu⁷⁷. Początkowo, w styczniu 2020 r., wszystkie możliwe i potwierdzone przypadki nowego koronawirusa, z uwzględnieniem zgonów, miały być zgłaszane przez władze wszystkich państw w ciągu 24 godzin od momentu identyfikacji. Specjalny formularz zawierający wymagane informacje na temat pacjenta, obrazu klinicznego, ekspozycji i badania laboratoryjnego miał być dostarczony za pośrednictwem Krajowego lub Regionalnego Punktu Kontaktowego ds. Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych do odpowiedniego biura regionalnego WHO. Ponadto państwa członkowskie miały dokonywać cotygodniowych zestawień, zawierających skumulowaną liczbę przypadków i śmierci od początku obecności wirusa w danym kraju, tygodniową liczbę zgłoszonych przypadków, w tym liczbę ciężkich, śmierci oraz hospitalizacji z uwzględnieniem udziału poszczególnych grup wiekowych i płci. Raport tygodniowy miał ponadto zawierać liczbę wszystkich wykonanych testów laboratoryjnych oraz tych o wyniku pozytywnym i, jeśli to możliwe, liczbę zidentyfikowanych i przesłedzonych kontaktów⁷⁸.

W marcu 2020 r., wraz z coraz trudniejszą sytuacją epidemiologiczną na świecie, nadano władzom krajowym pewną dowolność w wyborze trybu raportowania, jaki będą stosowały – dziennie zgłaszanie szczegółowe każdego przypadku

⁷⁶ [https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)) (dostęp: 09.01.2021).

⁷⁷ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200124-sitrep-4-2019-ncov.pdf?sfvrsn=9272d086_8 (dostęp: 10.01.2021).

⁷⁸ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330857/WHO-2019-nCoV-Surveillance-Guidance-2020.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 18.01.2021).

czy tygodniowe skumulowane zestawienie danych. Pierwszy typ był preferowany, jeśli liczba przypadków się zmniejszy, a drugi – jeśli wzrośnie⁷⁹. W sierpniu 2020 r. do informacji wymaganych w tygodniowym raporcie zbiorczym dodano liczbę potwierdzonych i możliwych infekcji oraz zgonów wśród pracowników ochrony zdrowia w odniesieniu do wszystkich zachorowań i zgonów. Raportowanie pojedynczych przypadków na tym etapie rozwoju pandemii nie było już wymagane.

Stan zagrożenia zdrowia publicznego o zasięgu międzynarodowym (PHEIC) został oficjalnie ogłoszony 30 stycznia 2020 r. Tego dnia, podczas obrad komisji nadzwyczajnej IHR, wyrażono pozytywną opinię na temat zaangażowania chińskiego rządu we współpracę międzynarodową, mającą na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się nowego patogenu. W raportach podkreślano ten fakt, prawdopodobnie częściowo w obawie przed pojawieniem się na świecie nastrojów ksenofobicznych wobec Chińczyków. Specjaliści Światowej Organizacji Zdrowia utworzyli w tym okresie platformę informacyjną, na której rozprawili się z popularnymi mitami dotyczącymi SARS-CoV-2. Zweryfikowali nawet tak absurdalną teorię, jak uznawanie sieci mobilnej telefonii komórkowej 5G za źródło nowej choroby. Również na popularnej wśród internautów platformie YouTube WHO zaczęło publikować krótkie filmiki edukacyjne z podstawowymi informacjami na temat epidemii COVID-19⁸⁰. W kolejnych dniach pojawił się pulpit nawigacyjny, ilustrujący liczbę potwierdzonych przypadków na całym świecie, a także lista najczęściej zadawanych przez różne organizacje i jednostki pytań, wraz z odpowiedziami udzielonymi przez specjalistów Światowej Organizacji Zdrowia⁸¹. Działania te okazały się szczególnie istotne ze względu na coraz intensywniejsze narastanie wokół nowego koronawirusa „infodemii”, czyli nadmiaru nierzetelnych informacji upowszechnianych w przestrzeni publicznej, dotyczących rzekomo skutecznych sposobów leczenia nowej choroby⁸². WHO w porozumieniu z interesariuszami PSCN (*The Pandemic Supply Chain Network*) podjęło także kroki, mające na celu zapewnienie dystrybucji niezbędnych środków ochrony przed epidemią do najbardziej potrzebujących krajów⁸³.

Tymczasem nowy koronawirus nadal się rozprzestrzeniał. Idealnymi warunkami dla progresji patogenu były wszelkiego rodzaju masowe skupiska ludności.

⁷⁹ <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331506/WHO-2019-nCoV-Surveillance-Guidance-2020.6-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (dostęp: 03.03.2021).

⁸⁰ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200131-sitrep-11-ncov.pdf?sfvrsn=de7c0f7_4 (dostęp: 18.01.2021).

⁸¹ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200203-sitrep-14-ncov.pdf?sfvrsn=f7347413_4 (dostęp: 19.01.2021).

⁸² https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf?sfvrsn=195f4010_6 (dostęp: 19.01.2021).

⁸³ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200207-sitrep-18-ncov.pdf?sfvrsn=fa644293_2 (dostęp: 19.01.2021).

W dniu 3 lutego 2020 r. odnotowano wybuch epidemii COVID-19 na statku wycieczkowym Diamond Princess, stacjonującym wtedy u wybrzeży Japonii. Do 19 lutego aż 17% osób przebywających na statku (619 z 3700)⁸⁴ (według późniejszych ustaleń ta liczba była wyższa – zachorowało 634 pasażerów⁸⁵) uzyskało pozytywny wynik na obecność SARS-CoV-2. W tym okresie było to największe ognisko COVID-19 poza Chinami kontynentalnymi. Na statkach wycieczkowych liczni pasażerowie przebywają na ograniczonej przestrzeni przez okres znacznie dłuższy niż w przypadku innych środków transportu, dlatego stanowią one duże zagrożenie epidemiczne. W przeszłości zdarzały się już masowe zachorowania na statkach wycieczkowych. Przykładowo w maju 2009 r. podczas jednego z rejsów miał miejsce wybuch epidemii grypy o zróżnicowanej etiologii – 3,0% z pasażerów i załogi zarażonych było wirusem H1N1, a 3,6% podróżnych chorowało na grypę spowodowaną wirusem H3N2. Przeprowadzone w sprawie Diamond Princess dochodzenie epidemiologiczne wskazało, że źródłem choroby był pasażer z Hongkongu, który na statku przebywał od 21 do 25 stycznia 2020 r. Japońskie Ministerstwo Zdrowia objęło statek 14-dniową kwarantanną. Zgodnie z oficjalnymi informacjami na pokładzie zostały osoby z negatywnym wynikiem testu w kierunku SARS-CoV-2, a potwierdzone przypadki izolowano w japońskich szpitalach. Decyzję o ewakuacji statku podjęto 20 lutego. Dopiero wtedy ponad 3000 pasażerów mogło opuścić Diamond Princess. Pod koniec lutego odnotowano 6 zgonów w wyniku ciężkiego przebiegu COVID-19 wśród osób zainfekowanych podczas podróży statkiem⁸⁶. Historia Diamond Princess, dla pasażerów i załogi oraz ich rodzin dramatyczna, dla naukowców stała się doskonałym materiałem badawczym. Na jej podstawie powstały liczne opracowania naukowe charakteryzujące nowego koronawirusa i chorobę, którą wywołuje.

Epidemia na Diamond Princess okazała się być dopiero początkiem problemu z SARS-CoV-2 na morzach i oceanach całego świata. Na początku czerwca 2020 r. Związek Armatorów Niemieckich szacował, że z powodu nowego koronawirusa unieruchomiono ponad 11% floty transportowej na świecie. Statki turystyczne całkowicie wstrzymały swoje rejsy i utknęły w portach razem z załogami. Na pokładach uwięzieni zostali marynarze, maszyniści, kucharze, recepcjoniści. Ogarnięci klaustrofobią i strachem, niektórzy z nich nie wytrzymali trudnych warunków i podejmowali próby samobójcze⁸⁷. Głównym problemem, leżącym u podstaw tej sytuacji, było sparaliżowanie funkcjonującego od dawna systemu

⁸⁴ J. Rocklöv, H. Sjödin, A. Wilder-Smith, *COVID-19 outbreak on the Diamond Princess cruise ship: estimating the epidemic potential and effectiveness of public health countermeasures*, „Journal of Travel Medicine” 2020, t. 27, nr 3, s. 1–7.

⁸⁵ L. Sulikowska, *Walka trwa*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 3, s. 63.

⁸⁶ J. Rocklöv, H. Sjödin, A. Wilder-Smith, *op. cit.*, s. 1–7.

⁸⁷ <https://alebank.pl/100-tysiecy-ludzi-uwiezionych-na-statkach-wycieczkowych-z-powodu-koronawirusa/?id=329211&catid=25926> (dostęp: 21.03.2021).

wymiany załóg jednostek pływających. Pod koniec czerwca na pokładach statków 200 000 marynarzy czekało na zmienników, a drugie tyle czekało na lądzie na ich oddelegowanie do pracy. Na funkcjonowaniu branży marynarskiej mocno odbiły się stale zmieniające się przepisy wizowe oraz zróżnicowane lokalne regulacje dotyczące kwarantanny⁸⁸.

Oprócz statków wycieczkowych, idealne warunki do rozprzestrzeniania wirusa SARS-CoV-2 stwarzały imprezy masowe. To właśnie taka okoliczność spowodowała w marcu 2020 r. kryzys epidemiczny w Korei Południowej. Władze tego kraju dość dobrze radziły sobie z okiełznaniem nowego patogenu, a działania prewencyjne zaczęto wdrażać już w styczniu. Przywódca sekty religijnej o nazwie Shincheonji Church of Jesus, 88-letni Lee Man-hee, zbagatelizował jednak zagrożenie i kontynuował organizację masowych nabożeństw w koreańskim mieście Daegu w prowincji Gyeonggi. Ich uczestnicy klęczeli na podłodze w odstępach ok. 10 cm. Podczas nabożeństw dzielili oni ponadto naczynia z jedzeniem⁸⁹. Noszenie na twarzy czegokolwiek w trakcie modlitwy, w tym również maski ochronnej, było zakazane i postrzegane jako obraza boskiego majestatu. Nieobecność na nabożeństwie, nawet z powodu choroby, nie była tolerowana, a przyjsście na spotkanie wierni potwierdzali dzięki posiadaniu specjalnych kart identyfikacyjnych⁹⁰. Zagrożenie epidemiczne nie przekonało Lee Man-hee do złagodzenia restrykcyjnych reguł. Nazwał on wirusa złem walczącym z gwałtownym rozwojem jego kościoła⁹¹. Dodatkowym problemem natury ideologicznej był fakt, że członkowie Shincheonji wierzą w nieśmiertelność zarówno duszy, jak i ciała⁹². Przekonanie o własnej niezniszczalności mogło przyczynić się do braku świadomości o zagrożeniu chorobą. Nabożeństwa miały miejsce w lutym, a pod koniec pierwszego tygodnia marca prawie dwie trzecie wszystkich koreańskich przypadków COVID-19 (w przybliżeniu 5 tysięcy) dotyczyło osób, które brały w nich udział⁹³. Dużą przeszkodą dla koreańskich autorytetów z dziedziny zdrowia publicznego była zamknięta struktura sekty, oparta na tajemnicy i izolacji. Wielu jej członków nie odbierało telefonów od osób spoza kościoła, przez co władze musiały prosić innych wiernych o pośrednictwo w kontakcie. Z 239 lokacji, jakie grupa Shincheonji miała na terenie prowincji Gyeonggi, tylko 100 adresów

⁸⁸ <https://www.dw.com/pl/pandemia-koronawirusa-za%C5%82ogi-statki-C3%B3w-na-przymusowej-kwarantannie/a-54140648> (dostęp: 21.03.2021).

⁸⁹ Hyung-Ju Kim, Hyun-Seong Hwang, Yong-Hyuk Choi, Hye-Yeon Song, Ji-Seong Park, Chae-Young Yun, Sukhyun Ryu, *The delay in confirming COVID-19 cases linked to a religious group in Korea*, „Journal of Preventive Medicine and Public Health” 2020, t. 53, nr 3, s. 164–167.

⁹⁰ <https://edition.cnn.com/2020/02/26/asia/shincheonji-south-korea-hnk-intl/index.html> (dostęp: 18.03.2021).

⁹¹ W.J. Wildman, J. Bulbulia, R. Sosis, U. Schjoedt, *Religion and the COVID-19 pandemic*, „Religion, Brain & Behavior” 2020, t. 10, nr 2, s. 115–117.

⁹² Hyung-Ju Kim i wsp., *op. cit.*

⁹³ W.J. Wildman i wsp., *op. cit.*

z listy udostępnionej władzom okazało się być poprawnych⁹⁴. Koreańskie społeczeństwo zawrzało i domagało się oskarżenia Man-hee o morderstwo z powodu jego umyślnego i rażącego zaniedbania⁹⁵. Ostatecznie mężczyzna otrzymał wyrok w zawieszeniu. Uznano go za winnego defraudacji, ale uniewinniono z zarzutu łamania przepisów dotyczących kontroli wirusów⁹⁶.

Rząd koreański, pomimo trudności we współpracy z przywódcą i członkami sekty, miał mimo wszystko ułatwione zadanie dzięki kartom identyfikacyjnym, które posiadali wierni uczestniczący w nabożeństwach kościoła Shincheonji. Sytuacja jest trudniejsza w przypadku śledzenia kontaktów osób uczestniczących w imprezach masowych anonimowo. Sprawilo to problemy m.in. w Tajlandii, bardzo popularnym państwie turystycznym, słynącym z dzielnic rozrywkowych. W marcu 2020 r. wykryto dwa klasterki w Bangkoku, powiązane z miejscami gęsto zajętymi przez puby, bary i kluby nocne. W pierwszym klasterze odnotowano 15 przypadków, a w drugim 31, przy czym 18% infekcji dotyczyło pracowników tych lokali. Przypadków połączonych z tymi klasterami było jednak bez wątpienia znacznie więcej, jednak ze względu na specyfikę funkcjonowania lokali rozrywkowych prześledzenie ich było niemożliwe. Za zachowania, które znacząco wpłynęły na międzyludzką transmisję SARS-CoV-2, uznano dzielenie się naczyniami, szklankami i papierosami oraz mikrofonami do karaoke. Po tym wydarzeniu wszystkie puby i kluby nocne w Bangkoku zostały zamknięte, a 22 marca rozszerzono to postanowienie na cały kraj⁹⁷.

W dniu 4 marca 2020 r. Minister Zdrowia w rządzie RP, prof. Łukasz Szumowski, oficjalnie poinformował opinię publiczną o pojawieniu się pierwszego potwierdzonego przypadku infekcji o etiologii SARS-CoV-2 w Polsce. Pacjent w czasie wydania oświadczenia przebywał w szpitalu w Zielonej Górze, a wszystkie osoby mające z nim kontakt zostały objęte kwarantanną. W wywiadzie znalazła się informacja o historii podróży pacjenta do Niemiec⁹⁸, w którym to państwie na początku marca 2020 r. liczba przypadków przekraczała już setkę⁹⁹. Przed otrzymaniem pierwszego pozytywnego wyniku wykonano w Polsce ponad 500 testów laboratoryjnych na obecność SARS-CoV-2. Zgodnie z informacjami podanymi 4 marca

⁹⁴ <https://edition.cnn.com/2020/02/26/asia/shincheonji-south-korea-hnk-intl/index.html> (dostęp: 18.03.2021).

⁹⁵ W.J. Wildman i wsp., *op. cit.*

⁹⁶ <https://www.bbc.com/news/world-asia-55642653> (dostęp: 25.03.2021).

⁹⁷ Somkid Kripattanapong, Charuttaporn Jitpeera, Suphanat Wongsanuphat, Mila Issarasongkhram, Anek Mungaomklang, Rapeepong Suphanchaimat, *Clusters of Coronavirus Disease (COVID-19) in Pubs, Bars and Nightclubs in Bangkok, 2020*, „OSIR Journal” 2020, t. 13, nr 4, s. 146–153.

⁹⁸ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce> (dostęp: 02.03.2021).

⁹⁹ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200302-sitrep-42-covid-19.pdf?sfvrsn=224c1add_2 (dostęp: 15.02.2021).

2020 r., testy prowadzone były w Polsce w dziewięciu laboratoriach, a Ministerstwo Zdrowia zapewniało zwiększenie liczby placówek¹⁰⁰. Na kolejne potwierdzone przypadki COVID-19 nie trzeba było długo czekać – pojawiły się już po dwóch dniach, 6 marca. Wśród czterech nowych przypadków tylko jeden miał kontakt z polskim „pacjentem zero”, polegający na wspólnym podróżowaniu autobusem¹⁰¹. Od tego czasu polskie media codziennie informowały o kolejnych przypadkach. Pierwsza śmierć w wyniku ciężkiego przebiegu COVID-19 miała miejsce w Polsce 12 marca 2020 r.¹⁰² Pracowników ochrony zdrowia nowa choroba dotknęła w połowie marca 2020 r. Pierwszymi polskimi medykami zainfekowanymi SARS-CoV-2 byli lekarz i pielęgniarka ze szpitala w Grójcu w województwie mazowieckim¹⁰³.

Komunikaty informacyjne o nowym koronawirusie pojawiały się na oficjalnych stronach rządowych już przed pierwszym potwierdzonym przypadkiem w Polsce. Kierowane były głównie do podróżnych wracających z miejsc, w których stwierdzono dużą liczbę przypadków, przede wszystkim z Chin, a pod koniec lutego również z północnych Włoch. Główny Inspektorat Sanitarny już w styczniu 2020 r. informował, że wszyscy podróżni przybywający z obszarów wysokiego ryzyka, czyli w tym okresie z Azji, otrzymają Kartę Lokalizacyjną Pasażera, wedle której mają podać dane kontaktowe i miejsce pobytu. Ponadto w samolotach już wtedy sprawdzano podróżnych pod kątem obecności objawów, takich jak gorączka. W razie stwierdzenia symptomów u osoby przybywającej z obszaru wysokiego ryzyka, była ona kierowana do lotniskowej służby zdrowia. GIS poinformował również, że według obecnych ustaleń nie ma ryzyka zainfekowania nowym koronawirusem za pośrednictwem paczek zamawianych z Chin¹⁰⁴, co stanowiło istotną informację, zważywszy na to jak dużą popularnością cieszyły się w Polsce chińskie sklepy internetowe. W lutym 2020 r. pojawiły się na stronie Ministerstwa Zdrowia apele dedykowane podróżującym do północnej części Włoch. W tym czasie był to rejon z najgorszą sytuacją epidemiologiczną w Europie. Osoby, które po powrocie do kraju zaobserwowały u siebie takie objawy jak gorączka, kaszel, duszności i problemy z oddychaniem, miały niezwłocznie kontaktować się telefonicznie ze stacją sanitarno-epidemiologiczną lub zgłaszać się bezpośrednio do oddziału zakaźnego. Podróżni bezobjawowi byli zachęceni do codziennego pomiaru temperatury ciała i szczególnej obserwacji swojego orga-

¹⁰⁰ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce> (dostęp: 02.03.2021).

¹⁰¹ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/cztery-nowe-potwierdzone-przypadki-koronawirusa-w-polsce> (dostęp: 02.03.2021).

¹⁰² <https://www.gov.pl/web/koronawirus/od-dzis-wprowadzimy-stan-zagrozenia-epidemicznego> (dostęp: 02.03.2021).

¹⁰³ K. Krzystyniak, *op. cit.*, s. 19.

¹⁰⁴ <https://www.gov.pl/web/gis/informacja-dotyczaca-koronawirusa-2019-ncov--postepowanie-dla-podrozujacych> (dostęp: 02.03.2021).

nizmu w ciągu 14 dni od zakończenia pobytu we Włoszech. Ministerstwo Zdrowia w tym okresie nie wdrażało kwarantanny dla wszystkich podróżnych, ani nie podejmowało decyzji o zamykaniu szkół, a jedynie rekomendowało wszystkim obywatelom częste mycie rąk z wodą i mydłem lub ich dezynfekowanie środkiem na bazie alkoholu¹⁰⁵. W dniu 10 marca 2020 r., czyli dzień przed oficjalnym ogłoszeniem stanu pandemii przez Światową Organizację Zdrowia, Główny Inspektor Sanitarny wydał apel, w którym zachęcał do unikania imprez masowych i podróży do krajów z wysokim ryzykiem zakażenia¹⁰⁶.

Pomimo podjętych przez władze wielu krajów i organizacje pozarządowe stała się sytuacja epidemiologiczna stopniowo się pogarszała. Dnia 11 marca 2020 r. SARS-CoV-2 był już obecny w 114 krajach i zaraził ponad 118 000 ludzi, z których 4 291 zmarło w wyniku choroby COVID-19. Tego dnia Dyrektor Generalny WHO oficjalnie poinformował o wprowadzeniu stanu pandemii, czyli epidemii w skali globalnej. Tym samym epidemia COVID-19 stała się pierwszą w historii ludzkości pandemią wywołaną przez koronawirusa. Dyrektor podkreślił, że po raz pierwszy w historii mamy również do czynienia z pandemią w pełni kontrolowaną, a decyzje rządów wszystkich państw mogą zahamować jej rozwój. Kluczowe działania prewencyjne polegać miały na wykrywaniu prawdopodobnych przypadków, testowaniu ich, leczeniu, izolowaniu i prześledzeniu kontaktów¹⁰⁷. Nadzieje na kontrolę przebiegu epidemii okazały się jednak złudne.

Strategie polityczne w walce z COVID-19 w okresie I fali epidemii

Pomimo formalnego zobowiązania na mocy wspomnianych wcześniej Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych, nie wszystkie państwa członkowskie wdrożyły zalecane przez WHO środki nadzorcze. Wbrew pozorom nie dotyczyło to tylko krajów o niskim PKB i znikomej pozycji na arenie międzynarodowej. Zagrożenie epidemiczne zbagatelizował ówczesny prezydent Stanów Zjednoczonych Donald Trump. Publicznie wyrażał przekonanie, że nowy wirus „zniknie” i nie wprowadził zalecanego przez WHO programu testowania i śledzenia potencjalnych przypadków zachorowań. Ponadto wybierał te statystyki, które korzystniej przedstawiały sytuację epidemiologiczną w USA. Kilka miesięcy po pojawieniu się zagrożenia, 3 kwietnia 2020 r., podczas wygłaszania zaleceń CDC (*Centers for*

¹⁰⁵ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/informacja-dla-osob-powracajacych-z-polnocnych-wloch> (dostęp: 02.03.2021).

¹⁰⁶ <https://www.gov.pl/web/gis/apel-glownego-inspektora-sanitarnego-w-zwiazku-z-wystepowaniem-koronawirusa-w-polsce> (dostęp: 02.03.2021).

¹⁰⁷ <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (dostęp: 21.01.2021).

Disease Control and Prevention), zgodnie z którymi każdy Amerykanin powinien zasłaniać twarz w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa drogą kropelkową, prezydent skwitował wypowiedź komentarzem, że noszenie masek będzie dobrowolne, a on sam raczej nie będzie tego robił. Trzymał się tego postanowienia przez następne trzy miesiące i dopiero w lipcu po raz pierwszy wystąpił publicznie w maseczce, po tym jak ponad 130 000 obywateli Stanów Zjednoczonych zmarło w wyniku ciężkiego przebiegu COVID-19¹⁰⁸.

Zalecenia WHO zlekceważył również rząd Brazylii. Testy na obecność wirusa rozpoczęto tam bardzo późno, a procedury śledzenia kontaktów w ogóle nie wprowadzono. Prezydent Brazylii Jair Bolsonaro, znany z radykalnych poglądów, ignorował zagrożenie epidemiczne przez cały 2020 r. W 2021 r. liczba przypadków COVID-19 należała w Brazylii do największych na świecie, po USA i Indiach, które nie mając na większości terytorium kraju żadnych placówek medycyny publicznej i lekarzy nie były w stanie kontrolować rozprzestrzeniania się epidemii.

Błędy popełnił także prezydent Meksyku, który bardzo długo wzbraniał się przed zamknięciem granic i wdrożeniem zalecanych środków prewencyjnych na lotniskach.

Z zamknięciem granic państwa zwlekał zbyt długo również rząd Wielkiej Brytanii. Decyzję o ich zamknięciu podjęto dopiero wtedy, kiedy z powodu nowego koronawirusa zmarło prawie trzystu Brytyjczyków. Na dodatek w marcu 2020 r. rząd brytyjski zaprzestał śledzenia kontaktów, a ochronie zdrowia nie zapewnił odpowiedniego sprzętu ochronnego¹⁰⁹.

Strategie rządzących w poszczególnych krajach świata były różne, jednak prędzej czy później w większości z nich wprowadzono rygorystyczne ograniczenia w celu spowolnienia rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2, czyli tzw. lockdown. Ograniczono przemieszczanie się podróżnych – zarówno pomiędzy państwami, jak i wewnątrz nich. Nakazano obywatelom pozostanie w domach, zamknięto szkoły, sklepy i miejsca poświęcone kultowi religijnemu¹¹⁰. Już w marcu i kwietniu 2020 r. obserwowano głęboki kryzys systemów ochrony zdrowia wielu państw, a kryzys ekonomiczny stał się kwestią czasu. Wprowadzenie obostrzeń było jednak koniecznością. Wirus zebrał bowiem największe żniwo w państwach, których rządy nie podjęły wystarczających środków ochronnych.

Pod koniec pierwszej fali pandemii najgorsza sytuacja epidemiologiczna panowała w USA, Brazylii i Indiach, których władze zbagatelizowały zagrożenie. W państwach tych nie funkcjonują ponadto systemy medycyny publicznej. USA,

¹⁰⁸ <https://time.com/5879086/us-covid-19/> (dostęp: 20.03.2021).

¹⁰⁹ <https://www.movehub.com/blog/best-and-worst-covid-responses/#three> (dostęp: 21.03.2021).

¹¹⁰ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332051/WHO-2019-nCoV-National_Surveillance-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (dostęp: 03.03.2021).

Brazylia i Indie odnotowały nawet po tysiąc zgonów na dobę i setki tysięcy zachorowań¹¹¹. Z powodu braku systemów medycyny publicznej realna liczba zachorowań i zgonów w tych krajach pozostaje jednak nieznana. Wśród krajów europejskich najwięcej zachorowań i zgonów odnotowano w trakcie pierwszej fali epidemii w Wielkiej Brytanii, której rząd nie wprowadził dostatecznych środków ochronnych. Było to praktycznie możliwe, ponieważ w Wielkiej Brytanii funkcjonuje od ponad 100 lat system medycyny publicznej, z którego można było skorzystać. Decyzje o wdrożeniu efektywnych działań przeciwepidemicznych podjęto jednak w tym kraju dopiero wtedy, gdy epidemia rozwinęła się na masową skalę i wymknęła się spod kontroli.

Warto wspomnieć o taktyce obranej przez gubernatora japońskiej wyspy Hokkaido, której skutki stanowiły ważną lekcję dla rządów całego świata. Przypadki COVID-19 pojawiły się na Hokkaido pod koniec stycznia 2020 r., a ich źródłem był zimowy festiwal w mieście Sapporo, który odwiedziło aż 2 miliony osób, w tym wielu turystów z Chin. Miesiąc później odnotowano w tym rejonie 66 zachorowań, co stanowiło w tym okresie w Japonii liczbę rekordową. Gubernator postanowił podjąć radykalne środki. Zamknięto szkoły oraz proszono restauratorów i innych biznesmenów oferujących usługi o czasowe zamknięcie swoich lokali (japońska konstytucja uniemożliwia rządowy nakaz zamknięcia przedsiębiorstwa), na co wielu z nich się zgodziło. W połowie marca 2020 r. kryzys został zażegnany, a nowych przypadków na Hokkaido było bardzo niewiele. Gubernator osiągnął sukces, a opracowany przez niego „model Hokkaido” miał stać się inspiracją dla innych polityków. Jednocześnie zwiększały się jednak naciski ze strony przedsiębiorców, a główne gałęzie przemysłu wyspy, turystyka i rolnictwo, zostały objęte kryzysem. W dniu 19 marca 2020 r. podjęto decyzję o zniesieniu stanu wyjątkowego, jednocześnie prosząc mieszkańców o ograniczanie interakcji społecznych. Do 9 kwietnia, dokładnie 3 tygodnie po wycofaniu obostrzeń, pojawiła się na wyspie rekordowa liczba przypadków, w wysokości 18 na dzień. Stan wyjątkowy w Hokkaido został ponownie wprowadzony, a cały świat utwierdził się w przekonaniu, że walka z nowym koronawirusem będzie długa i żmudna¹¹².

Wśród europejskich państw podczas I fali pandemii COVID-19 najgorsza sytuacja epidemiczna panowała we Włoszech, przede wszystkim w rejonie Lombardii. Z powodu zatrważającej liczby zachorowań w lutym 2020 r. odwołano huczne obchody karnawału w Wenecji. Stopniowo zaczęto również wprowadzać obostrzenia, a ich ostrość zależała od sytuacji epidemicznej panującej w danym regionie – podobnie jak później w Polsce dzielono państwo na czerwone i żółte strefy. Na początku marca 2020 r. rząd włoski podjął decyzję o przekształceniu Lombardii w czerwoną strefę. Restrykcje, jakie wprowadzono w tym regionie,

¹¹¹ K. Krzystyniak, *op. cit.*, s. 42.

¹¹² <https://time.com/5826918/hokkaido-coronavirus-lockdown/> (dostęp: 21.03.2021).

opisywane były wówczas w mediach jako „najostrzejsze poza Chinami”¹¹³. Kiedy dzienna liczba zakażeń we Włoszech osiągnęła ponad pięć tysięcy, władze krajowe wprowadziły zakaz przemieszczania poza miejsce zamieszkania, z wyłączeniem sytuacji szczególnych. Zamknięto ponadto wszystkie przedsiębiorstwa nieoferujące usług pierwszej potrzeby¹¹⁴. Z czasem sytuacja zaczęła się nieco polepszać, co skłoniło włoski rząd do stopniowego łagodzenia wprowadzonych obostrzeń, co można porównać z polskim planem tzw. „odmrażania gospodarki”. Miało to miejsce na początku maja 2020 r., a już w czerwcu tego samego roku zniesiono zakaz podróży w obrębie Unii Europejskiej¹¹⁵.

Podobnie jak to miało miejsce w innych częściach Europy, „wakacyjne” zniesienie lockdownu doprowadziło we Włoszech do wybuchu II fali pandemii COVID-19 jesienią 2020 r.¹¹⁶ Większość państw w obliczu tej perspektywy zdecydowała się przywrócić panujące wcześniej restrykcje, mimo niezadowolenia wielu obywateli, w tym szczególnie młodszych roczników, a także prywatnych przedsiębiorców z branży turystycznej i usługowej.

Inaczej było jednak w Rosji, której rząd jesienią 2020 r. nie wprowadził lockdownu, przekładając zdaniem badaczy gospodarkę ponad zdrowie obywateli. Mimo że Rosjanie jako pierwsi w świecie, już w połowie 2020 r., wprowadzili do obrotu szczepionkę przeciwko COVID-19 – Sputnik V, do października 2021 r. zaszczepiło się nią zaledwie ok. 30% obywateli. Statystyki dotyczące zachorowań i śmierci z powodu COVID-19 są w Rosji zaniżane – uwzględnia się przykładowo tylko te zgony, w których infekcja wywołana wirusem SARS-CoV-2 była jedynym powodem śmierci. Liczby te, mimo że zaniżane, i tak są zatrważające. W 2021 r. Rosja ma najwyższy wskaźnik umieralności wśród państw europejskich oraz drugi najwyższy w Azji, zaraz po Indiach¹¹⁷.

W pierwszej połowie 2020 r. jedynym państwem, któremu faktycznie udało się skutecznie ograniczyć transmisję SARS-CoV-2, była Chińska Republika Ludowa. Za tym sukcesem stał ścisły lockdown, przeprowadzony na bardzo restrykcyjnych zasadach, na które mógł sobie pozwolić komunistyczny rząd chiński. W bardziej liberalnych państwach takie rozwiązanie nie spotkałoby się ze społeczną akceptacją. Chiny, będąc ekonomiczną potęgą na skalę globalną, mogły ponadto pozwolić sobie na rozwiązania, które w innych państwach prawdopodobnie zrujnowałyby gospodarkę. Ścisły lockdown w Wuhan trwał aż 76 dni

¹¹³ <https://www.nytimes.com/2020/03/07/world/europe/coronavirus-italy.html> (dostęp: 24.10.2021).

¹¹⁴ <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/22/italian-pm-warns-of-worst-crisis-since-ww2-as-coronavirus-deaths-leap-by-almost-800> (24.10.2021).

¹¹⁵ <https://www.bbc.com/news/world-europe-52914089> (24.10.2021).

¹¹⁶ F. Chirico, A. Sacco, G. Nucera, N. Magnavita, *Coronavirus disease 2019: the second wave in Italy*, „Journal of Health Research” 2021, t. 35, nr 4, s. 359–363.

¹¹⁷ <https://carnegieendowment.org/publications/85677> (dostęp: 29.10.2021).

i oficjalnie zakończył się 8 kwietnia 2020 r. Według Chińskiego Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom, strategia Chin polegała na aktywnym wyszukiwaniu i zarządzaniu nowymi przypadkami z uwzględnieniem identyfikacji i kwarantanny bliskich kontaktów, a także na znoszeniu ograniczeń w oparciu o ryzyko. Przykładowo po zidentyfikowaniu trzech przypadków COVID-19 w październiku 2020 r. w Qingdao w ciągu zaledwie 5 dni wykonano testy u niemal całej populacji miasta – 10,9 miliona osób. Społeczeństwo chińskie charakteryzuje się ponadto wysokim stopniem zaufania do rządu, dzięki czemu obywatele w większości przestrzegają zasad wprowadzonych w celu utrzymania zdrowia publicznego, jak unikanie zgromadzeń czy podróżowania¹¹⁸.

Przyglądając się innym państwom, które w 2020 r. najlepiej uporały się z pandemią, takim jak Nowa Zelandia, Australia, Korea Południowa czy Islandia, wyraźnie widać, że sekret ich sukcesu tkwił w skrupulatnym testowaniu, śledzeniu i izolowaniu przypadków. Ich przykład świadczy o tym, że staranne wdrożenie zaleceń WHO dotyczących nadzoru było skuteczną taktyką walki z COVID-19¹¹⁹. Wspominane wcześniej państwa – USA, Brazylia, Indie i Wielka Brytania, których władze nie podjęły zdecydowanych działań, najmocniej odczuły tego skutki.

Pandemia COVID-19 była szokiem dla systemów opieki zdrowotnej i rządów całego świata, jednak państwa azjatyckie były do niej lepiej przygotowane niż Europa. To właśnie w Azji w ciągu ostatnich 20 lat miały miejsce epidemie innych koronawirusów – SARS-CoV i MERS-CoV, co zmusiło władze do inwestowania w zdrowie publiczne. Nawet ludność cywilna tych rejonów jest bardziej świadoma zagrożenia epidemicznego i noszenie masek ochronnych było powszechną praktyką Azjatów jeszcze przed pandemią COVID-19. Nie ulega wątpliwości, że Polska należała do państw nieprzygotowanych na epidemię o takiej skali. Na początku 2021 r. oszacowano, że SARS-CoV-2 spowodował największe straty ludnościowe w Polsce od zakończenia II wojny światowej¹²⁰.

Nieunikniony wybuch II fali epidemii – gdzie i dlaczego epidemia wybuchła ponownie, a gdzie nastąpiło płynne przejście z I do II fali?

Decyzje przeciwepidemiczne rządów państw europejskich, w tym Polski, były zbliżone do wyżej opisanej taktyki przyjętej we Włoszech. W obliczu nadciągającego kryzysu ekonomicznego władze krajowe decydowały się stopniowo znosić

¹¹⁸ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00823-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00823-0/fulltext) (dostęp: 22.10.2021).

¹¹⁹ <https://time.com/5851633/best-global-responses-covid-19/> (dostęp: 25.03.2021).

¹²⁰ <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Liczba-ludnosci-Polski-spadla-najmocniej-od-czasow-II-wojny-swiatowej-8046484.html> (dostęp: 25.03.2021).

wprowadzone obostrzenia, gdy tylko sytuacja epidemiczna minimalnie się poprawiała, czyli w okolicach maja 2020 r. Beztroskie lato sprzyjało zignorowaniu problemu, a Europejczycy cieszyli się podróżami i imprezami masowymi. Liczba nowych zachorowań stawała się znowu coraz większa, a decyzja o wznowieniu stacjonarnej edukacji w szkołach we wrześniu 2020 r. okazała się fatalna w skutkach dla zdrowia publicznego. W ten sposób w październiku COVID-19 uderzył ponownie w postaci tzw. II fali epidemii, która wybuchła we wszystkich krajach europejskich i przybrała charakter masowy, ze stale rosnącą liczbą przypadków i zgonów. W tym czasie w Chinach liczba dziennych zachorowań wynosiła raptem kilkanaście przypadków¹²¹. Jak nietrudno się domyślić, było to zasługą wyżej opisanych, aktywnych działań chińskiego rządu oraz wysokiego stopnia społecznej akceptacji dla wprowadzanych przez władze zasad profilaktyki zakażeń.

Analiza i ocena działań Unii Europejskiej z punktu widzenia medycyny klinicznej (zakup masek, respiratorów i szczepionek)

Wiosną 2020 r. Unia Europejska podjęła działania mające ułatwić państwom członkowskim walkę z pandemią COVID-19. Uruchomiono wspólne zamówienia w celu ułatwienia i przyspieszenia zakupu niezbędnego sprzętu medycznego. Wprowadzono również regulacje prawne, dotyczące obrotu tymi artykułami – czasowo zniesiono cło i podatek VAT za ich przywóz z krajów trzecich. Transport artykułów przez granice państw członkowskich UE miał być też maksymalnie usprawniony i przyspieszony¹²². Utworzono rezerwę sprzętu medycznego, który miał być wysyłany do państw o szczególnie złej sytuacji epidemicznej. Z rezerwy tej w październiku 2020 r. skorzystały Czechy, otrzymując jednak tylko 30 respiratorów¹²³.

Na początku epidemii COVID-19 dążono przede wszystkim do przeciwdziałania rażącemu deficytowi artykułów medycznych, w tym środków ochrony osobistej dla pracowników ochrony zdrowia. W tym celu na wniosek Komisji Europejskiej udostępniono informacje o normach, jakie muszą spełniać te artykuły. Działanie to miało ułatwić przedsiębiorstwom rozpoczęcie ich produkcji z zachowaniem europejskich norm i należytej jakości¹²⁴. Mimo to maseczki ochronne, które za pośrednictwem Unii Europejskiej dotarły do Polski w maju

¹²¹ <https://www.polityka.pl/tygodnikpolityka/swiat/1976150,1,caly-swiat-zalewa-nowa-fala-pandemii-dlaczego-omija-chiny.read> (dostęp: 25.10.2021).

¹²² A. Stawicka, R. Stawicki, *Pandemia Covid-19. Sytuacja w wybranych krajach europejskich*, Warszawa 2020, s. 22–23.

¹²³ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_1971 (dostęp: 26.10.2021).

¹²⁴ https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/pl/ip_20_502 (dostęp: 26.10.2021).

2020 r., okazały się nie spełniać należytych norm, o czym informował ówczesny Minister Zdrowia Łukasz Szumowski. W oficjalnych rekomendacjach zalecano, aby pracownicy ochrony zdrowia, mogący mieć kontakt z pacjentami chorymi na COVID-19, używali masek typu FFP2 lub FFP3¹²⁵. Jednak nie tylko maski otrzymane z transzy Unii Europejskiej okazały się nie spełniać tych kryteriów. W omawianym okresie, w maju 2020 r., problem ten był znacznie szerszy i dotyczył również masek zakupionych przez Ministerstwo Zdrowia za 5 mln zł od kontrahenta mającego, zgodnie ze śledztwem przeprowadzonym przez „Gazetę Wyborczą”, przyjazne stosunki osobiste z Ministrem Zdrowia prof. Łukaszem Szumowskim, co wywołało wówczas kontrowersje w polskich mediach. Również maseczki zakupione dla medyków przez KGHM i Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy nie spełniały norm określonych przez UE¹²⁶. Określenie przez Unię Europejską bardzo wysokich norm jakości, które musiały spełniać stosowane w krajach członkowskich maseczki, miało chronić producentów z krajów Unii przed zalewem produktów z importu. Ponieważ kraje UE wprowadziły w początkach epidemii COVID-19 okresowy zakaz wywozu leków i produktów sanitarnych wytwarzanych na ich terenie, stawiało to rządy krajów, w których nie wytwarzano maseczek w dostatecznej wobec potrzeb liczbie, przed poważnym problemem. Zdecydowano się ostatecznie w trakcie I fali epidemii na masowe zakupy „niecertyfikowanych maseczek” w Chinach i Turcji, bo tylko takie były wówczas dostępne. Spotkało się to jednak ze zmasowaną krytyką lekarzy, którzy nie uznali ich dla siebie za bezpieczne. Krytyka ta utrzymała się w polskich mediach przez wiele miesięcy, aż do rozwiązania problemu z zakupem „maseczek certyfikowanych”, produkowanych zgodnie z normami UE na terenie zrzeszonych w niej krajów, a także do uruchomienia w Polsce masowej produkcji maseczek ochronnych.

Podobną taktykę przyjęto w UE także wobec szczepionek. Miały być one zakupione wspólnie, tylko u tych producentów, którzy pomyślnie przejdą unijne procedury kontrolne i rejestracyjne. Tylko takie szczepionki mogły być następnie rozdysponowane do państw członkowskich i być wykorzystywane w szczepieniach. Procedura ta wyeliminowała z obrotu w krajach UE szczepionki rosyjską i chińskie, ponieważ nie zostały one oficjalnie zarejestrowane.

Zgodnie z danymi z oficjalnej strony internetowej Unii Europejskiej, od rozpoczęcia w grudniu 2020 i styczniu 2021 r. w krajach UE powszechnych szczepień populacyjnych, do 13 października 2021 r. dostarczono w sumie 817,4 mln dawek szczepionek. Udało się osiągnąć poziom 75,7% w pełni zaszczepionych

¹²⁵ A. Wroczyńska, W. Rymer, 2019-nCoV – nowy koronawirus z Chin, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 348, nr 2, s. 119–133.

¹²⁶ <https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1477079,maseczki-ochronne-mz-wosc-ghm-koronawirus-zamowienia.html> (dostęp: 29.10.2021).

dorosłych mieszkańców UE¹²⁷. Występowały jednak bardzo duże różnice między poszczególnymi państwami UE odnośnie odsetka osób zaszczepionych. W krajach Europy Wschodniej i Środkowej (Rumunia, Bułgaria, Litwa, Łotwa, Estonia) liczba ta sięgała ok. 30% populacji, podczas gdy w Niemczech, Francji czy we Włoszech było to aż 80%. Różnice te wynikały z niechęci obywateli niektórych krajów Europy do poddania się dobrowolnym szczepieniom ochronnym. Skutkiem tego był bardzo wysoki wzrost zachorowań w tych krajach, odnotowany w 2021 r. W Polsce od stycznia 2021 do października 2021 r. szczepionkę przeciw COVID-19 przyjęło ok. 51% mieszkańców. Wystąpiły jednak bardzo duże różnice w poziomie wyszczepienia. W województwach wschodnich (podlaskie, mazowieckie, lubelskie, podkarpackie) poziom ten zbliża się zaledwie do 30% (w wielu powiatach jest jeszcze niższy), podczas gdy w pozostałej części Polski przekracza 60%. W wielkich miastach i ich dzielnicach podmiejskich zbliża się do 80%, podobnie jak wśród pracowników wyższych uczelni i kadry kierowniczej polskich przedsiębiorstw i ich rodzin. Skutkiem tych różnic jest zróżnicowany poziom zagrożenia epidemicznego w różnych częściach Polski, powiązany ze statusem socjoekonomicznym.

Organizacja przez Unię Europejską wspólnych zakupów szczepionek przeciw COVID-19 nadała UE względnie silną pozycję w negocjacjach z sektorem prywatnym, w tym przypadku koncernami farmaceutycznymi, dla których dostęp do tak dużego rynku jak Unia Europejska był bardzo intratny. Dzięki temu udało się wynegocjować korzystną cenę. Działania Komisji Europejskiej spotkały się jednak ze społeczną krytyką, głównie ze względu na długotrwałość procesu rejestracji szczepionek i procedur związanych z ich zakupem. Nie wszyscy producenci wywiązywali się także w 2021 r. z podpisanych umów, co doprowadziło do zakłócenia krajowych programów szczepień populacyjnych. Zakupione szczepionki nie były dostarczane do poszczególnych krajów zgodnie z harmonogramem dostaw. Sytuacja ta wystąpiła także w Polsce. Wiele wcześniej ustalonych terminów szczepień trzeba było odwoływać i przesuwać na później, co negatywnie wpłynęło na zaufanie obywateli do programu szczepień i ogólnej sprawności działań państwa w zakresie zwalczania epidemii. Mieszkańcy UE, w wyniku strategii sprzedaży szczepionek przez wielkie koncerny farmaceutyczne, przez wiele miesięcy 2021 r. „pozostawali w tyle” za Brytyjczykami i Amerykanami, którzy szybciej uzyskali dostęp do szczepionek, kupując je po wyższych cenach na rynku komercyjnym¹²⁸. Z podobnej możliwości skorzystał także Izrael.

¹²⁷ https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans_pl (dostęp: 25.10.2021).

¹²⁸ <https://www.politico.eu/article/europe-coronavirus-vaccine-struggle-pfizer-biontech-astazeneca/> (dostęp: 25.10.2021).

Działania przeciwepidemiczne krajów nienależących do Unii Europejskiej

Na początku 2021 r. globalnym liderem pod względem szybkości szczepienia obywateli przeciw COVID-19 stał się Izrael. Organizacja wakcynacji była niezwykle sprawna dzięki właściwej infrastrukturze i efektywnemu systemowi podstawowej opieki zdrowotnej, który oparty jest na przychodniach prowadzonych przez cztery kasy chorych. Punkty szczepień działały w Izraelu w styczniu 2021 r. bardzo intensywnie – niektóre z nich otwarte były przez 24 godziny 7 dni w tygodniu. Czynnikiem, który dodatkowo usprawnił proces, był w pełni z informatyzowany system baz danych o pacjentach. Ponadto stanowił on doskonałe źródło dalszych badań nad właściwościami szczepionek¹²⁹. Sukces Izraela niestety osłabł w drugiej połowie 2021 r., kiedy liczba zakażeń zaczęła gwałtownie rosnąć. Wśród proponowanych wyjaśnień tego zjawiska epidemiolodzy podają m.in. zbyt szybkie zniesienie ograniczeń przeciwepidemicznych lub spadek odporności u osób zaszczepionych przeciw COVID-19 wiele miesięcy temu. Jesienią 2021 r. podobna sytuacja wystąpiła także w Wielkiej Brytanii, w której poziom wyszczepienia populacji sięga 75%. W październiku 2021 r. wystąpiła jednak w tym kraju nowa fala masowych zakażeń COVID-19, obejmując do 50 tys. zarażonych dziennie. Wzrosła także znacznie liczba zgonów. Trwają obecnie badania nad wyjaśnieniem przyczyn tej sytuacji. Można powiązać je zarówno ze spadkiem odporności osób zaszczepionych wiele miesięcy wcześniej, jak i z faktem, że zakażenia są wywoływane przez nowe mutacje wirusa, w tym Omikron.

Podsumowanie

Doświadczenia z 2020 i 2021 r. pokazują, że osiągnięcie sukcesu w walce z pandemią COVID-19 wymaga sprawnych działań koordynowanych centralnie. Widać to na przykładzie wspomnianych wcześniej Chin, Nowej Zelandii czy Australii. Brak takich działań prowadzi do przekształcenia się ognisk epidemicznych w pandemię rozwijającą się w tempie niepodlegającym kontroli. Można to zauważyć przyglądając się decyzjom rządu Białorusi, który zlekceważył zalecenia o zachowaniu dystansu społecznego, a w imprezach masowych w 2020 r. brał udział sam prezydent Alaksandr Łukaszenka¹³⁰. Trudna sytuacja panuje w październiku

¹²⁹ <https://www.osw.waw.pl/pl/publikacje/analizy/2021-02-01/izrael-awangarda-szczepien-i-nowe-mutacje> (dostęp: 28.10.2021)

¹³⁰ <https://www.osw.waw.pl/pl/publikacje/komentarze-osw/2020-04-03/zaklinanie-rzeczywistosci-bialorus-w-obliczu-pandemii-covid-19> (dostęp: 28.10.2021).

2021 r. również na Ukrainie, co spowodowane jest podejmowaniem doraźnych, chaotycznych decyzji w 2020 r.¹³¹

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia, od momentu pojawienia się SARS-CoV-2 do 29 października 2021 r. wykryto prawie trzysta milionów zachorowań na COVID-19 w populacji światowej (245 373 039). Blisko pięć milionów osób zmarło w wyniku tej choroby (4 979 421). Podanych zostało niemal siedem miliardów dawek szczepionki przeciw COVID-19 (6 838 727 352)¹³². Masowe szczepienia polepszyły sytuację epidemiologiczną, lecz SARS-CoV-2 nadal stanowi poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Jedynym sposobem na rozwiązanie problemu biologicznego, jakim jest epidemia, jest wdrożenie przez władze odpowiednich metod i procedur, opracowanych przez specjalistów z dziedziny medycyny. Nie wszystkie kraje świata były w stanie zarządzać epidemią COVID-19 w sposób adekwatny do zagrożenia biologicznego, co wynikało zarówno ze względów ustrojowych, jak i finansowych. Z tego powodu strategie wdrażane przez poszczególne rządy krajowe miały i nadal mają bardzo zróżnicowany poziom efektywności.

The image of the COVID-19 pandemic compatible with the clinical standard

The COVID-19 pandemic has become a matter of wide-scale scientific research conducted on the basis of the modern clinical standard. In the result, a series of findings had been introduced, and they are going to be described below. The aim of this paper is to present the scientific image of the pandemic and to show data on the pandemic's spread in the world. Those information had been collected by medical institutions from various countries and by the WHO and it's of official character.

Key words: COVID-19, etiology, epidemiology, statistics

¹³¹ V. Bakhnivskyi, O. Ignashchuk, *Ukrainian response to the COVID-19 pandemic: governmental interventions*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2020, t. 18, nr 1, s. 80–87.

¹³² <https://covid19.who.int/> (dostęp: 29.10.2021).

Część III

**Obraz epidemii COVID-19
w opiniach polskiego środowiska lekarskiego**

Bożena Płonka-Syroka, Wiktoria Kurzyna

Obraz epidemii COVID-19 w wybranych polskich czasopismach lekarskich z 2020 r.

Wprowadzenie

Wirus SARS-CoV-2, wywołujący chorobę COVID-19, który jeszcze w styczniu 2020 r. wydawał się w Polsce odległym problemem, w marcu pojawił się w naszym kraju i zyskał rangę zagadnienia o znaczeniu priorytetowym – zarówno w polskiej nauce, jak i praktyce medycznej. Patogen został zidentyfikowany i wyizolowany przez chińskich naukowców 7 stycznia 2020 r.¹ Zainicjowało to rozpoczęcie badań nad lekami, które mogą być wykorzystywane w terapii tej choroby, a także nad metodami efektywnej profilaktyki zakażeń. Liczba przypadków COVID-19 zaczęła bowiem w Chinach szybko wzrastać. W lutym 2020 r. odnotowywać zaczęto przypadki zachorowań także w innych krajach, a w marcu tego roku masowe zachorowania na całym świecie przybrały postać pandemii. W dyskusjach nad metodami leczenia i profilaktyki COVID-19 uczestniczyli także polscy lekarze kliniczni. Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie dyskusji toczonych w wybranych dwóch tytułach polskiej prasy lekarskiej dotyczących metod leczenia tej choroby, problemów związanych z realizowaniem wytycznych terapeutycznych w polskich szpitalach, analizy wpływu COVID-19 na możliwości leczenia innych chorób oraz metod profilaktyki tej choroby. Podstawą analiz były czasopisma „Gazeta Lekarska” i „Medycyna Praktyczna”, z okresu od stycznia do października 2020 r., czyli z okresu tzw. I fali pandemii COVID-19 w Polsce. O wyborze czasopism do analizy zdecydowała ich popularność wśród polskich lekarzy. Ze względu na duży nakład i sposób dystrybucji jedno z tych czasopism dociera do wszystkich lekarzy, mających w Polsce prawo wykonywania zawodu, natomiast drugie cieszy się wśród wielu z nich zainteresowaniem i jest przez nich

¹ https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4 (dostęp: 09.01.2021).

systematycznie kupowane w formie prenumeraty. Można więc uznać, że oba tytuły w istotny sposób kształtują poglądy lekarzy praktykujących w Polsce, lub przynajmniej mają taką możliwość.

„Gazeta Lekarska” jest oficjalnym miesięcznikiem wydawanym przez Naczelną Radę Lekarską, instytucję reprezentującą samorząd lekarzy i stomatologów na szczeblu państwowym. Ukazuje się w Polsce od 1990 r., a jej nakład wynosi ok. 170 tysięcy. Egzemplarze w formie papierowej są wysyłane bezpłatnie do wszystkich członków Izby Lekarskiej, czyli do wszystkich lekarzy i stomatologów posiadających prawo wykonywania zawodu, pod warunkiem, że nie złożyli rezygnacji z prenumeraty. Treść „Gazety Lekarskiej” dotyczy przede wszystkim bieżących wydarzeń polityczno-społecznych związanych ze sferą medyczną, a także działalności Naczelnej Izby Lekarskiej i Okręgowych Izb Lekarskich. Każdy z numerów rozpoczyna się od felietonu prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, profesora Andrzeja Matyi, w którym wyraża swoją opinię na temat spraw bieżących. W czasopiśmie pojawiają się ponadto wywiady ze specjalistami różnych dziedzin, reportaże i opisy wydarzeń ze świata. Nowości i postępy w badaniach klinicznych przedstawiane są na ogół w „Gazecie Lekarskiej” w formie krótkich wzmianek, a nie dłuższych artykułów.

„Medycyna Praktyczna” ma odmienny charakter. Tematyka publikowanych w niej artykułów dotyczy najnowszych badań, wytycznych terapeutycznych i diagnostycznych, opisów przypadków klinicznych, a także nowości w prawie medycznym. Wśród praktykujących lekarzy, a także studentów kierunków medycznych w Polsce, jest to jedno z najpopularniejszych czasopism specjalistycznych. Jest przez nich traktowane jako źródło najnowszej wiedzy medycznej, przedstawionej w przystępny sposób, często w formie pytań i odpowiedzi. Miesięcznik kierowany jest do internistów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz specjalistów innych dziedzin². Redaktorem naczelnym „Medycyny Praktycznej” w 2020 r. był dr n. med. Piotr Gajewski. Nakład czasopisma wynosi ok. 23 tysiące. Ukazuje się od 1991 r.

Dyskusje nad terapią choroby COVID-19

Pierwszy artykuł na temat COVID-19 ukazał się w czasopiśmie „Medycyna Praktyczna” w marcu 2020 r.³ Jego autorzy informowali, że nie ma jeszcze opracowanego schematu leczenia tej choroby i prowadzone są dopiero badania w tym zakresie.

² Wydawnictwo publikuje również dwumiesięczniki dedykowane konkretnym specjalistom, takie jak „Lekarz Rodzinny”, „Pediatria” czy „Chirurgia”.

³ A. Wroczyńska, W. Rymer, 2019-nCoV – nowy koronawirus z Chin, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 348, nr 2, s. 119–133.

Postępowanie z pacjentem podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 polegało w pierwszych miesiącach epidemii przede wszystkim na leczeniu objawowym. Zgodnie z zaleceniami opublikowanymi w „Medycynie Praktycznej”, pacjenta tego należało jednak przede wszystkim zaopatrzyć w maseczkę ochronną i odizolować. Istotne było również przeprowadzenie wywiadu na temat historii podróży. Następnie lekarz miał dokonać oceny stanu klinicznego pacjenta i na tej podstawie stwierdzić wskazania do hospitalizacji. Decyzja podejmowana była na podstawie badania przedmiotowego lub podstawowej diagnostyki, obejmującej morfologię krwi z rozmazem, oznaczenie poziomu białka C-reaktywnego i aminotransferaz w surowicy, RTG klatki piersiowej, pomiaru wysycenia hemoglobiny tlenem oraz testów w kierunku obecności patogenów oddechowych, m.in. wirusa grypy. W przypadku braku wskazań do hospitalizacji, przy łagodnym przebiegu choroby, zalecano, aby pacjenta odesłać do domu i przekazać pod dalszą opieką w placówce POZ. Hospitalizacji mieli podlegać wyłącznie pacjenci, u których stwierdzono ciężki przebieg choroby. Mieli zostać przewiezieni do wyznaczonego oddziału zakaźnego, w którym by podjęto ich leczenie. O stwierdzonym zakażeniu COVID-19 lekarz powinien był powiadomić Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny⁴. W przedstawionych wytycznych czasopismo nie wspomina o konieczności przeprowadzeniu testu real-time PCR w kierunku obecności wirusa SARS-CoV-2. Testy te nie były wówczas w Polsce dostępne, poza kilkoma laboratoriami specjalistycznymi o najwyższym poziomie referencyjności.

W kolejnym numerze czasopisma „Medycyna Praktyczna”, wydanym w kwietniu 2020 r., podano już bardziej szczegółowe wytyczne dotyczące zasad postępowania terapeutycznego u chorych na COVID-19. Wytyczne te dotyczyły dorosłych pacjentów przebywających w szpitalach na oddziałach intensywnej opieki medycznej (OIOM) w stanie krytycznym. Artykuł przekazywał treść wytycznych *Surviving Sepsis Campaign* (SSC), największej medycznej kampanii non-profit, zrzeszającej lekarzy z ponad 100 krajów, której celem jest zmniejszenie śmiertelności w wyniku sepsy⁵. Od wielu lat publikuje wytyczne dotyczące optymalnej diagnostyki i leczenia sepsy. SSC opracowało pięćdziesiąt zaleceń dotyczących leczenia COVID-19 na oddziałach intensywnej opieki medycznej, których podstawą były wyniki badań przeprowadzonych w dwunastu krajach. Zaprezentowane w artykule wytyczne uwzględniały stosunek korzyści do ryzyka, koszty i zużycie zasobów systemu ochrony zdrowia, omawiały także możliwości zastosowania danej metody w Polsce. Wiele z zaprezentowanych przez „Medycynę Praktyczną” rekomendacji dotyczących leczenia COVID-19 zostało przeniesionych z aktualnych wytycznych dotyczących zasad postępowania w leczeniu sepsy i ostrej

⁴ W. Rymer, A. Wroczyńska, A. Matkowska-Kocjan, *COVID-19 – aktualny stan wiedzy*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 349, nr 3, s. 102–121.

⁵ <https://www.sccm.org/SurvivingSepsisCampaign/About-SSC> (dostęp: 03.11.2021).

niewydolności oddechowej (ARDS). W przedstawianych polskiemu czytelnikowi zaleceniach SSC znalazł się również fragment dotyczący leczenia swoistego – przeciwwirusowego. Taka terapia była sugerowana u pacjentów wentylowanych mechanicznie. Podkreślano jednak, że ma ona charakter empiryczny, z czego wynika konieczność wnikliwego monitorowania stanu klinicznego pacjenta i wykonywania badań mikrobiologicznych w trakcie leczenia⁶. Wytyczne SSC odegrały ważną rolę w polskiej praktyce klinicznej w pierwszych miesiącach epidemii COVID-19. Może o tym świadczyć fakt, że w kolejnych numerach „Medycyny Praktycznej” wielokrotnie do nich nawiązywano, podając kolejne zalecenia dotyczące terapii tej choroby.

W kwietniu 2020 r. szacowano, że od 5 do 10% chorych na COVID-19 będzie potrzebowało wentylacji mechanicznej. Wspomaganie oddychania za pomocą respiratora zostało wówczas uznane za jedną z najistotniejszych interwencji terapeutycznych u pacjentów, których stan zdrowia uznano za ciężki⁷. Według rekomendacji „Medycyny Praktycznej” tlenoterapię należało stosować u chorych z objawami niewydolności oddechowej i wstrząsu. Zasady jej wykonywania nie różniły się znacząco od tlenoterapii u chorych na wirusowe zapalenie płuc o innej etiologii⁸. Intubację dotchawiczą powinna wykonywać (zgodnie z wytycznymi SSC, przytaczanymi przez czasopismo „Medycyna Praktyczna”) osoba najbardziej kompetentna w zabezpieczeniu dróg oddechowych, aby maksymalnie zminimalizować ryzyko transmisji wirusa⁹. Jeśli hipoksemia utrzymywała się pomimo konwencjonalnej tlenoterapii biernej, należało stosować HFNOT, czyli wysokoprzepływową tlenoterapię donosową. W przypadku, gdy HFNOT jest niedostępna, sugerowano podjęcie próby wentylacji nieinwazyjnej mechanicznej o akronimie NIPPV. Zdaniem polskich autorytetów medycznych, stosowanie HFNOT i NIPPV w polskich szpitalach miało jednak sprawiać trudności logistyczne, ze względu na konieczność pełnego odizolowania pacjenta i umieszczenia go w pomieszczeniu ze sprawnym systemem wentylacji. Procedura ta miała być trudna do wdrożenia np. w szpitalnych oddziałach ratunkowych¹⁰.

Powszechne wprowadzenie tlenoterapii do leczenia pacjentów w ciężkim stanie, chorych na COVID-10, było jednak w Polsce niemożliwe. Wynikało to zarówno z niedostatecznego zaopatrzenia polskich szpitali w respiratory, jak i z braku zatrudnionych w nich anestezjologów, którzy posiadają odpowiednie

⁶ W. Szczeklik, J. Górka, R. Owczuk, R. Jaeschke, *Postępowanie u dorosłych chorych na COVID-19 w stanie krytycznym na oddziałach intensywnej terapii. Podsumowanie wytycznych Surviving Sepsis Campaign*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 350, nr 4, s. 10–19.

⁷ Ibidem, s. 10–19.

⁸ *Leczenie COVID-19 – wytyczne National Institutes of Health (USA)*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 351, nr 5 (supl.), s. 3–34.

⁹ Ibidem, s. 3–34.

¹⁰ W. Szczeklik, J. Górka, R. Owczuk, R. Jaeschke, *op. cit.*, s. 10–19.

kwalifikacje do przeprowadzenia tego rodzaju leczenia. W maju 2020 r. temat ten podjęła „Gazeta Lekarska”. Opublikowała artykuł przewodniczącego Naczelnego Sądu Lekarskiego (NSL), dra n. med. Jacka Miarki, w którym zwraca on uwagę, że Polska ma najniższą w Unii Europejskiej liczbę lekarzy i pielęgniarek w przeliczeniu na jednego mieszkańca kraju. Przyznawał, że „zakup respiratorów nie poprawi tej sytuacji, bo ze względu na brak anestezyjologów i pielęgniarek anestezyjologicznych nie będzie miał kto ich obsługiwać”¹¹. Realia polskiego systemu medycyny publicznej powodowały, że nie było u nas możliwe szerokie wdrożenie schematów terapeutycznych opracowanych dla krajów, w których występowała znacznie większa niż w Polsce liczba łóżek na oddziałach intensywnej opieki medycznej, wraz ze specjalistyczną kadrą lekarzy i pielęgniarek. Według statystyk, opublikowanych przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w listopadzie 2020 r., liczba lekarzy w Polsce w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców była najniższa w UE¹². Liczba ta zmniejszyła się w 2020 r. w porównaniu z 2019 r., gdy Polska wyprzedzała w tym rankingu dwa kraje europejskie: Albanie (12 lekarzy/10 tys. mieszkańców) i Czarnogórę (23 lekarzy/10 tys. mieszkańców)¹³.

Inną procedurą terapeutyczną, stosowaną w leczeniu pacjentów chorych na COVID-19 była płynoterapia. Jej omówienie zostało przedstawione polskim czytelnikom zgodnie z wytycznymi SSC. Płynoterapię należało zastosować podczas wstrząsu we wstępnej resuscytacji płynowej. Najlepszym rodzajem płynu były zrównoważone roztwory krystaloidów¹⁴. W pragmatycznym badaniu z randomizacją, obejmującym ponad 15 tys. dorosłych chorych w stanie krytycznym, stosowanie zrównoważonych roztworów krystaloidów wiązało się ze zmniejszeniem ryzyka wystąpienia złożonego punktu końcowego, rozumianego jako zgon lub trwałe uszkodzenie nerek¹⁵.

W leczeniu pacjentów z COVID-19 wykorzystywano także farmakoterapię. Polskie czasopisma lekarskie omawiają różne typy leków, które były stosowane w celach terapeutycznych, relacjonując dyskusje na temat celowości i efektywności ich podawania w tej chorobie. Nie budziło wątpliwości podawanie pacjentom paracetamolu jako środka obniżającego gorączkę. Było to jednak wyłącznie leczenie objawowe¹⁶.

Kontrowersje wzbudzało natomiast wśród naukowców i lekarzy praktyków podawanie chorym na COVID-19 glikokortykosteroidów (GSK). Stanowisko na

¹¹ J. Miarka, *Postawy lekarzy w czasie epidemii*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 5, s. 35.

¹² OECD/European Union, *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the UE Cycle*, Paris 2020, s. 46.

¹³ <https://oko.press/szumowski-liczba-lekarzy-w-polsce/> (dostęp: 30.04.2021).

¹⁴ W. Szczeklik, J. Górka, R. Owczuk, R. Jaeschke, *op. cit.*, s. 10–19.

¹⁵ *Leczenie COVID-19 – wytyczne National Institutes of Health (USA)*..., s. 3–34.

¹⁶ W. Szczeklik, J. Górka, R. Owczuk, R. Jaeschke, *op. cit.*, s. 10–19.

ten temat ulegało zmianie. Przybliżmy więc jego kolejne etapy. W marcu 2020 r., zgodnie z zaleceniami prof. Radosława Owczuka, opublikowanymi w marcowym wydaniu „Medycyny Praktycznej”, było to stanowisko bardzo ostrożne, by nie powiedzieć negatywne. Profesor Owczuk stwierdził, że należało unikać stosowania tych leków, jeśli nie było bezwzględnych wskazań do ich użycia. Było to motywowane obserwacją, jaką poczyniono kilka lat wcześniej u pacjentów zakażonych MERS-CoV, u których glikokortykosteroidy nie spowodowały korzyści terapeutycznych, ale zwiększały ryzyko przedłużenia replikacji wirusa. Dlatego, zdaniem profesora, nie powinno się rutynowo podawać tych substancji w leczeniu ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) i wirusowego zapalenia płuc¹⁷. W miarę rozwoju epidemii i wzrostu liczby obserwowanych przypadków, stanowisko to zaczęło jednak ulegać zmianie. W polskich czasopismach lekarskich relacjonowano opinię specjalistów SSC, którzy zaczęli zalecać stosowanie glikokortykosteroidów u chorych z ostrą niewydolnością oddechową (ARDS). Rekomendacje SSC zawierały jednak zalecenie, by nie stosować tych leków u chorych z niewydolnością oddechową, ale bez ARDS. Sugerowali również podawanie małych dawek glikokortykosteroidów w razie pojawienia się wstrząsu opornego na leczenie¹⁸. Stanowisko SSC w kwestii zastosowania glikokortykosteroidów w ciężkim przebiegu COVID-19 było powielane w zaleceniach Panelu Ekspertów w majowym numerze „Medycyny Praktycznej”. Dodano do nich zalecenie, aby nie stosować tych leków u chorych niebędących w stanie krytycznym¹⁹, co prawdopodobnie miał na myśli prof. Owczuk w pierwotnych zaleceniach, publikowanych w marcu 2020 r. W polskiej prasie lekarskiej dyskutowano także na temat stosowania glikokortykosteroidów u chorych przyjmujących te leki przewlekle, w sytuacji, gdy zachorują oni na COVID-19. Polscy specjaliści byli zgodni, że w takim przypadku leków tych nie należy odstawić²⁰. W kolejnych miesiącach epidemii, wraz ze wzrostem liczby obserwacji klinicznych, które umożliwiły przeprowadzenie dalszych szczegółowych badań, dotyczących celowości i efektywności stosowania glikokortykosteroidów w leczeniu COVID-19, pojawiało się coraz więcej danych świadczących o pozytywnych rezultatach stosowania tej grupy leków w terapii tej choroby. W maju 2020 r. opublikowano w „Medycynie Praktycznej” wyniki badań, zgodnie z którymi stosowanie tych leków u chorych z ARDS w porównaniu z placebo lub opieką standardową zmniejszało ryzyko zgonu i wystąpienia hiperglikemii. Skracало również okres stosowania wentylacji mechanicznej u pacjentów²¹. Było to

¹⁷ W. Rymer, A. Wroczyńska, A. Matkowska-Kocjan, *op. cit.*, s. 102–121.

¹⁸ W. Szczeklik, J. Górka, R. Owczuk, R. Jaeschke, *op. cit.*, s. 10–19.

¹⁹ *Leczenie COVID-19 – wytyczne National Institutes of Health (USA)*..., s. 3–34.

²⁰ *Ibidem*, s. 3–34.

²¹ R. Jaeschke, *Komentarz. W: Skuteczność i bezpieczeństwo stosowania glikokortykosteroidów w leczeniu zespołu ostrej niewydolności oddechowej – przegląd systematyczny*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 351, nr 5, s. 150–152.

stwierdzenie istotne dla leczenia COVID-19 w warunkach polskich, ze względu na ograniczoną liczbę łóżek na oddziałach intensywnej terapii, w których prowadzono leczenie za pomocą respiratorów, których liczba także była ograniczona. Przełom w stosowaniu glikokortykosteroidów w COVID-19 został opisany w wakacyjnym wydaniu „Medycyny Praktycznej” i dotyczył jednego z leków, należącego do tej grupy – deksametazonu. Przedstawiono w nim wyniki badań, zgodnie z którymi stosowanie tego leku w niskiej dawce zmniejszyło ryzyko zgonu u chorych wymagających zarówno inwazyjnej mechanicznej wentylacji (ryzyko obniżone o 36%), jak i nieinwazyjnych metod tlenoterapii (o 18%), w porównaniu z leczeniem standardowym. Ponadto zwiększyło o prawie 50% szansę na wypisanie pacjentów ze szpitala oraz zmniejszyło ryzyko wystąpienia wskazań do inwazyjnej wentylacji mechanicznej. Zaznaczono zarazem, że u chorych, którzy nie wymagali tlenoterapii, deksametazon nie wywołał korzyści terapeutycznych. Polscy specjaliści w komentarzu do badania dodali, że lek ten jest tani i ogólnodostępny, co ułatwi wprowadzenie go do praktyki klinicznej²².

Jak widać na przykładzie dyskusji dotyczących stosowania glikokortykosteroidów w terapii COVID-19, reprezentujący różne stanowiska lekarze nawiązywali do tej samej metodologii wyprowadzanej ze standardu Evidence Based Medicine. Występujące pomiędzy nimi różnice stanowisk wynikały z faktu, iż niektórzy z nich stali na pryncypialnym stanowisku niepodawania pacjentom leków znanych medycynie klinicznej bez konkretnych i ściśle określonych wskazań dotyczących celowości i bezpieczeństwa ich stosowania. Inni lekarze uważali natomiast za celowe podjęcie opartych na ścisłych regułach metodologicznych badań klinicznych, w wyniku których będzie można określić potencjalne nowe wskazania i ocenić efektywność stosowania w leczeniu COVID-19 już znanych leków. Badania te musiały być prowadzone zgodnie z polskim prawem medycznym (tj. po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej, za zgodą pacjentów na udział w badaniach eksperymentalnych), jak również zgodnie z regułami dobrej praktyki, określającymi zasady prowadzenia eksperymentów klinicznych (tj. m.in. z wyróżnieniem grupy badawczej i grupy kontrolnej). Tylko badania oparte na możliwości porównania ich efektów z udziałem pacjentów, którym podawano badany lek i drugiej grupy, której podawano substancję obojętną (placebo) umożliwiają bowiem obiektywną ocenę efektywności terapeutycznej i bezpieczeństwa stosowania tego leku. Opublikowane w polskich czasopismach lekarskich kilka miesięcy po wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce wyniki badań nad stosowaniem glikokortykosteroidów w pełni spełniały te wymagania. Z tego względu ich wyniki mogły zostać zaakceptowane przez polskie środowisko

²² W. Szczeklik, J. Mrukowicz, R. Jaeschke, *Komentarz. Deksametazon w porównaniu z opieką standardową u chorych na COVID-19 leczonych w szpitalu – wstępne wyniki badania RECOVERY*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 353, nr 7–8, s. 158–164.

lekarskie i akademickie jako racjonalne i oparte na właściwym standardzie eksperymentów²³.

²³ Standardu tego nie spełniało leczenie przez jednego z lekarzy w przychodni podstawowej opieki lekarskiej pacjentów chorych na COVID-19 amantydyną. Lekarz podawał chorym lek poza wskazaniami opisanymi w farmakopealnym opisie produktu, będącym podstawą rejestracji tego leku w Polsce. Nie informował pacjentów, że będą uczestniczyli w terapii o charakterze eksperymentalnym, ani nie uzyskał na to ich formalnej zgody. Nie wystąpił do Komisji Bioetycznej o udzielenie zgody na wykonanie badań klinicznych nad celowością i bezpieczeństwem stosowania amantydyny w terapii COVID-19. Nie prowadził statystyki medycznej, w której zebrałby dokładną liczbę przypadków, w których zastosował ten sposób terapii wraz z opisem przebiegu leczenia i jego rezultatów. Nie wydzielił wśród pacjentów grupy badawczej i grupy kontrolnej, u której zastosowałby środek pozabawiony działania leczniczego (tzw. placebo). Nie zastosował także metody podwójnej ślepej próby, która uniemożliwia lekarzom prowadzącym eksperyment kliniczny i ich pacjentom uzyskanie wiedzy, jaki środek (lek czy placebo) w danym przypadku zastosowano. Lekarz w wywiadzie telewizyjnym, udzielonym w połowie 2021 r. dziennikarzowi telewizji POLSAT, nie był w stanie określić, jak wielu chorych „wyleczył” z COVID-19 podając im amantydynę. Stwierdził, że „wyleczył wszystkich”. Ze względu na niezastosowanie przez lekarza ścisłych reguł metodologicznych, obowiązujących w standardzie Evidence Based Medicine, wyniki przeprowadzonych przez niego kuracji nie mogą zostać zaakceptowane przez klinicystów. Opierają się bowiem jedynie na przeświadczeniu lekarza (że „wyleczył wszystkich” pacjentów z COVID-19) i jego pacjentów (że „zostali skutecznie wyleczeni” z COVID-19). Brak jest na to jednak wymiernych, opartych na podstawach naukowych dowodów. Nie wiadomo też, czy leczone przez niego amantydyną osoby rzeczywiście chorowały na COVID-19. Brak jest bowiem na potwierdzenie tego faktu odpowiedniej dokumentacji. Na podstawie oświadczeń lekarza, dotyczących rzekomo wysokiej efektywności zastosowanej przez niego kuracji amantydyną w leczeniu COVID-19, brak jest podstawowych przesłanek dla ich wiarygodności. Nie są nimi także oświadczenia pacjentów, którzy „czują się wyleczeni” z COVID-19. Nie wiadomo bowiem, czy rzeczywiście chorowali na tę chorobę (w takim przypadku „wyzdrowieliby” z choroby realnie u nich nieistniejącej), a jeżeli byli rzeczywiście chorzy – jakie jest tego potwierdzenie (czy mieli wykonane testy) i jakie inne procedury terapeutyczne (w tym leczenie objawowe) równocześnie stosowali.

Jesienią 2021 r. jedna z polskich wyższych uczelni wyraziła zainteresowanie podjęciem poprawnych metodologicznie badań klinicznych dotyczących celowości i efektywności leczenia COVID-19 za pomocą amantydyny. W badaniach tych miał uczestniczyć lekarz, wcześniej prowadzący bez wymaganych zezwoleń i nie stosując się do wymogów metodologii klinicznej eksperymenty z amantydyną. Badania te trwają do chwili obecnej. Nie zgłosiła się bowiem w 2021 r. do ich przeprowadzenia dostateczna liczba pacjentów. Na sceptyczny stosunek potencjalnych uczestników eksperymentu klinicznego nad celowością i bezpieczeństwem stosowania amantydyny w leczeniu COVID-19 decydujący wpływ wywarło – jak można sądzić – uzyskanie przez nich informacji, że mają uczestniczyć w badaniu eksperymentalnym i że lek ten ma w swoim opisie farmakopealnym, umożliwiającym jego rejestrację, inne wskazania terapeutyczne, nie związane z COVID-19, a także szereg skutków ubocznych. Lekarz prowadzący niezarejestrowane eksperymentalne leczenie amantydyną nie przekazywał pacjentom takich informacji.

Przykład ten ukazuje istotę sporów, toczonych między lekarzami prowadzącymi doświadczenia dotyczące metod leczenia zgodnie z obowiązującym we współczesnej medycynie klinicznej standardem metodologicznym i poza granicami tego standardu. Medycyna kliniczna jest nauką opartą na ścisłych podstawach naukowych. Nie ma możliwości ani uzasadnienia wprowadzania do praktyki metod terapii opartych jedynie na przeświadczeniu pojedynczego lekarza, zgodnie z którym „leczy skutecznie”, albo na oświadczeniach pacjentów, że „czują się wyleczeni”. Aby dana

Poza leczeniem objawowym, ukierunkowanym na poprawę wydolności układu oddechowego, utrzymanie odpowiedniego poziomu nawodnienia organizmu pacjenta, zmniejszenie objawów bólowych i obniżenie temperatury, w pierwszych miesiącach trwania pandemii COVID-19 w wielu ośrodkach akademickich i szpitalach na świecie poszukiwano sposobu swoistego leczenia osób cierpiących na ciężki przebieg zakażenia SARS-CoV-2. Pacjenci z lekkim przebiegiem choroby nadal mieli być leczeni tylko objawowo. W czasie epidemii wirusa SARS-CoV, która miała miejsce w początkach XXI w., badacze z Hongkongu wykazali, że podawanie zakażonym pacjentom lopinawiru z rytonawirem zmniejszyło ryzyko pojawienia się ciężkiej niewydolności oddechowej i zgonu w jej następstwie²⁴. Obie substancje zarejestrowane są w terapii zakażenia wirusem HIV jako preparat złożony o nazwie Kaletra. Należą do inhibitorów proteazy wirusowej, co znaczy, że hamują enzym odpowiedzialny za utworzenie prawidłowych białek wirusowych. W efekcie działania lopinawiru i rytonawiru replikujący wirus tworzy błędne białka, z których następnie powstają nieprawidłowe, nieinfekcyjne wirusy. Rytonawir hamuje ponadto metabolizm lopinawiru, przez co nasila jego aktywność²⁵. Narodowa Komisja Zdrowia Chińskiej Republiki Ludowej w trzeciej wersji zaleceń postępowania z osobami zakażonymi SARS-CoV-2 zalecała stosowanie lopinawiru i rytonawiru w skojarzeniu z interferonem alfa²⁶. W kwietniowym numerze „Medycyny Praktycznej” specjaliści z SSC odradzali jednak rutynowe stosowanie tych substancji w przebiegu COVID-19, ze względu na brak wystarczających danych naukowych dotyczących ich stosowania w tym wskazaniu. Odradzany był nie tylko lopinawir i rytonawir, ale również rekombinowane interferony²⁷. W tym okresie dostępne było tylko jedno recenzowane badanie z użyciem lopinawiru i rytonawiru w leczeniu COVID-19, przeprowadzone w Chinach. Nie wykazało ono znaczących korzyści terapeutycznych, jednak w grupie pacjentów, którzy nie otrzymywali wymienionych leków, odnotowano częstsze występowanie ciężkiej niewydolności oddechowej²⁸.

metoda leczenia została uznana za efektywną przez współczesnych lekarzy klinicznych, musi zostać potwierdzona przez eksperymenty oparte na ścisłych podstawach metodologicznych. O podstawach współczesnej metodologii klinicznej por. szerzej: H.R. Wulf, P.C. Gotsche, *Racjonalna diagnoza i leczenie. Wprowadzenie do medycyny wiarygodnej, czyli Evidence Based Medicine*, tłum. Z. Szawarski, red. naukowa R. Niżankowski, Łódź 2005. O zagrożeniach związanych z leczeniem poza standardem klinicznym por. B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Miraże pseudoterapii i ich koszty zdrowotne i społeczne. Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 3, Wrocław 2017 (tu: obszerna bibliografia).

²⁴ W. Rymer, A. Wroczyńska, A. Matkowska-Kocjan, *op. cit.*, s. 102–121.

²⁵ R. Korbut, *Farmakologia*, Warszawa 2017, s. 276–277.

²⁶ W. Rymer, A. Wroczyńska, A. Matkowska-Kocjan, *op. cit.*, s. 102–121.

²⁷ W. Szczeklik, J. Górka, R. Owczuk, R. Jaeschke, *op. cit.*, s. 10–19.

²⁸ F. Mejza, J. Mrukowicz, R. Jaeschke, *Komentarz. Lopinawir z rytonawirem w połączeniu z opieką standardową w porównaniu z samą opieką standardową u chorych na COVID-19 o ciężkim przebiegu*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 350, nr 4, s. 142–144.

Panel Ekspertów polskich nie pochwałał stosowania lopinawiru i rytonawiru, podobnie jak innych inhibitorów proteazy HIV poza badaniami klinicznymi, z powodu niekorzystnego profilu farmakodynamicznego tych leków oraz negatywnych wyników badań klinicznych. Nie zalecał również interferonów, argumentując swoje stanowisko brakiem skuteczności wobec MERS i SARS oraz wysokim stopniem toksyczności²⁹.

Powyższy przykład ukazuje podłoże sporów toczonych między specjalistami pracującymi w standardzie klinicznym. Standard ten dostarcza lekarzom wymierne wyniki, które mogą następnie zinterpretować. Nie ma kontrowersji dotyczących samych wyników badań, o ile zostały przeprowadzone zgodnie ze ścisłą metodologią kliniczną. Polem dla kontrowersji w debatach toczonych między specjalistami są takie czynniki jak stosunek efektywności terapii do związanego z nią ryzyka albo potwierdzone występowanie poważnych skutków ubocznych związanych z wysokim stopniem toksyczności leku będącego tematem takich debat. Istotnym argumentem na korzyść wykorzystania w terapii badanego leku bywa natomiast fakt zmniejszenia liczby ciężkich przypadków choroby w wyniku jego zastosowania u pacjentów, którym lek podano, w stosunku do pacjentów, którym podano placebo. Tak było w przypadku opisywanej tu terapii. Polscy specjaliści, analizujący przedstawione przez lekarzy chińskich wyniki badań, zalecali ostrożność w praktycznej aplikacji zastosowanego przez nich schematu leczenia.

Innym lekiem, który w pierwszych miesiącach epidemii COVID-19 budził duże nadzieje środowisk medycznych, był remdesiwir. Jest to lek przeciwwirusowy, analog nukleotydowy, używany w leczeniu zakażeń wirusem Ebola, skuteczny również wobec MERS-CoV-2³⁰. Działa na wirusową polimerazę RNA, hamując replikację RNA wirusa i tworzenie wirionów pochodnych³¹. W marcowym wydaniu „Medycyny Praktycznej” stwierdzano, że „Obecnie wydaje się najlepszym kandydatem do leczenia zakażeń koronawirusami, ale nie oceniono jeszcze jego skuteczności i bezpieczeństwa stosowania w leczeniu zakażeń SARS-CoV-2. (...) remdesiwir wydaje się obok chlorochiny najlepszym kandydatem do leczenia chorych na COVID-19”³². W Chinach wykazano zdolność remdesiwiru do hamowania rozwoju SARS-CoV-2 na hodowlach komórkowych. W szpitalach stosowano go w terapii eksperymentalnej. Zgodnie z danymi dostępnymi w kwietniu 2020 r., odnotowano jeden przypadek pacjenta z USA, wyleczonego z COVID-19 za pomocą remdesiwiru³³. W czerwcu opublikowano w „Medycynie Praktycznej” wstępne wyniki badań ACTT-1 (*Adaptive COVID-19 Treatment*

²⁹ *Leczenie COVID-19 – wytyczne National Institutes of Health (USA)...*, s. 3–34.

³⁰ W. Rymer, A. Wroczyńska, A. Matkowska-Kocjan, *op. cit.*, s. 102–121.

³¹ *Leczenie COVID-19 – wytyczne National Institutes of Health (USA)...*, s. 3–34.

³² W. Rymer, A. Wroczyńska, A. Matkowska-Kocjan, *op. cit.*, s. 102–121.

³³ A. Wroczyńska, W. Rymer, S. Olszanecki, M. Szczepanek, A. Szymanek-Pasternak, J. Mrukwicz, *COVID-19 – co nowego*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 350, nr 4, s. 126.

Trial), porównując działanie remdesiwiru z placebo. Polscy specjaliści w komentarzu do badania stwierdzali, że wykazano w nim istotną klinicznie korzyść leczenia remdesiwirem. Ponadto uznali, że powinien on stać się lekiem pierwszego wyboru w leczeniu COVID-19. W tym czasie remdesiwr oczekiwiał jeszcze na rejestrację w Unii Europejskiej, a w Polsce dostępny był w ramach programu rozszerzonego dostępu w czterech szpitalach specjalistycznych: w Łodzi, Poznaniu, Warszawie i we Wrocławiu³⁴. O remdesiwrze wspomina również „Gazeta Lekarska” w numerze z maja 2020 r. Autorzy krótkiego artykułu z jednej strony zwracali uwagę na pozytywne wyniki badań, z drugiej jednak radzili, aby nie wyciągać pochopnych wniosków i poczekać na dalsze publikacje na ten temat³⁵. Prezes Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, prof. Miłoz Parczewski, w wywiadzie udzielonym pod koniec I fali pandemii dla „Gazety Lekarskiej” mówił o minusach terapii remdesiwirem. Zwracał uwagę na trudną dostępność tego leku oraz fakt, że nie można go zastosować w każdej sytuacji – okazał się być mało skuteczny u pacjentów z uszkodzonymi płucami i osłabionym układem odpornościowym³⁶. W 2021 r. nadzieje pierwotnie związane z remdesiwirem nie znalazły jednak potwierdzenia. Lek nie stał się „lekiem pierwszego wyboru”. W terapii COVID-19 nie wszedł także do masowego użytku na całym świecie. Zdecydowały o tym wyniki badań klinicznych, które nie potwierdziły celowości, efektywności i bezpieczeństwa stosowania tego leku u pacjentów chorych na COVID-19, na różnych etapach zaawansowania tej choroby.

Kolejnym lekiem, z którym w pierwszych miesiącach 2020 r. lekarze wiązali duże nadzieje, była chlorochina. W marcowym numerze „Medycyny Praktycznej” została określona jako potencjalny, obiecujący kandydat do leczenia COVID-19³⁷. Miesiąc później redaktorzy tego czasopisma stwierdzili jednak, że substancja ta została zarejestrowana w Polsce jako lek możliwy do stosowania w leczeniu COVID-19, pomimo tego, że dane naukowe uzasadniające jego stosowanie w tym wskazaniu były wówczas jeszcze stosunkowo słabe. Rzetelna ocena zasadności stosowania chlorochiny oraz jej pochodnej – hydroksychlorochiny – jako leków przeciw COVID-19 wymaga przeprowadzenia dalszych badań. Zostały one podjęte, a na ich wyniki trzeba będzie jeszcze poczekać³⁸. Nadzieje na możliwość wykorzystania chlorochiny i hydroksychlorochiny jako leków przeciwcovidowych budziły ich znane już właściwości. Leki te hamują glikozylację receptora ACE2 (konwertazy angiotensyny typu II) i wnikanie wirusa do komórki,

³⁴ M. Parczewski, J. Mrukowicz, *Komentarz. W: Remdesiwr w porównaniu z placebo u chorych na COVID-19 leczonych w szpitalu z powodu zapalenia dolnych dróg oddechowych – wstępne wyniki badania ACTT-1*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 352, nr 6, s. 125–128.

³⁵ [Anonim], *Ostrożny optymizm*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 5, s. 64.

³⁶ L. Krysiak, *W oku cyklonu*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 10, s. 63.

³⁷ W. Rymer, A. Wroczyńska, A. Matkowska-Kocjan, *op. cit.*, s. 102–121.

³⁸ W. Szczeklik, J. Górka, R. Owczuk, R. Jaeschke, *op. cit.*, s. 10–19.

a także endocytozę i proteolizę. Wywołują również efekt immunomodulacyjny, który hipotetycznie ma hamować „burzę cytokinową”, wywołaną zakażeniem SARS-CoV-2. Obie substancje od lat są zarejestrowane w leczeniu malarii oraz niektórych chorób zapalnych tkanki łącznej, takich jak np. reumatoidalne zapalenie stawów³⁹. Podobnie jak w przypadku remdesiwiru, chińscy naukowcy wykazali, że chlorochina ma zdolność hamowania replikacji SARS-CoV-2 w warunkach *in vitro*, w stężeniu znacznie niższym niż stężenie cytotoksyczne. Dzięki temu odkryciu rozpoczęto badania kliniczne w chińskich szpitalach z wykorzystaniem chlorochiny. Wyniki tych badań nie zostały jednak opublikowane w recenzowanym czasopiśmie medycznym przed wydaniem kwietniowego numeru „Medycyny Praktycznej”⁴⁰. Polski Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych wydał zgodę na dodanie nowego wskazania terapeutycznego dla chlorochiny dostępnej w krajowym obrocie, które brzmiało „leczenie wspomagające w zakażeniach koronawirusami typu beta, takimi jak SARS, MERS i SARS-CoV-2”. Tym samym chlorochina stała się w początkowym okresie I fali pandemii COVID-19 pierwszym lekiem zarejestrowanym w Polsce w tym wskazaniu. W niektórych badaniach hydroksychlorochina wykazywała podobną lub nawet większą aktywność hamującą replikację SARS-CoV-2 w porównaniu z chlorochiną⁴¹, jednak ostatecznie nie dała zadowalających wyników i w końcowym okresie I fali pandemii została wycofana z obrotu⁴². Stosowanie chlorochiny i hydroksychlorochiny wiąże się z ryzykiem wydłużenia odstępu QTc, co stanowi potencjalne zagrożenie dla pacjentów kardiologicznych oraz przyjmujących leki wydłużające odstęp QTc, jak chinolony czy azytromycyna⁴³. O niebezpieczeństwie stosowania tych leków wspominali również redaktorzy „Gazety Lekarskiej”, przytaczając ostrzeżenie prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL), Grzegorza Cessaka, na temat działań niepożądanych tych substancji. Ogólno-

³⁹ *Leczenie COVID-19 – wytyczne National Institutes of Health (USA)*..., s. 3–34.

⁴⁰ Opublikowanie wyników badań klinicznych w recenzowanym czasopiśmie klinicznym stanowi jeden z podstawowych mierników ich oceny przez środowisko naukowe. Brak takiej publikacji świadczyć może bowiem niekorzystnie o metodologii tych badań, warunkach ich przeprowadzenia, braku odpowiednich kompetencji u badaczy, którzy interpretują otrzymane wyniki itp. Opublikowanie wyników badań w czasopismach takich jak „Lancet” i innych, o podobnie wysokim współczynniku zaufania w środowisku klinicystów, przemawia natomiast na korzyść tych badań. Świadczy bowiem o tym, że zostały wykonane w sposób poprawny pod względem metodologicznym, ich wyniki są naukowo transparentne, badania zostały przeprowadzone przez kompetentne ośrodki naukowe i uczonych legitymujących się poważnym dorobkiem w swojej dziedzinie. Wszystkie te aspekty podlegają ocenie recenzentów.

⁴¹ A. Wroczyńska, W. Rymer, R. Olszanecki, M. Szczepanek, A. Szymanek-Pasternak, J. Mrukowicz, *op. cit.*, s. 123–124.

⁴² L. Krysiak, *op. cit.*, s. 63.

⁴³ *Leczenie COVID-19 – wytyczne National Institutes of Health (USA)*..., s. 3–34.

polski program badania wpływu chlorochiny na złagodzenie lub zapobieganie ciężkich powikłań płucnych w przebiegu COVID-19 ruszył w kwietniu 2020 r.⁴⁴ W 2021 r. leki te nie są w terapii COVID-19 szeroko stosowane. Nie potwierdziły się bowiem wcześniej wiązane z nimi oczekiwania dotyczące ich efektywności. Nie okazały się także dostatecznie bezpieczne.

Oprócz leków o działaniu przeciwwirusowym, próbowano w terapii przyczynowej COVID-19 wykorzystywać również leki biologiczne, jak tokilizumab. Jest to rekombinowane, humanizowane przeciwciało monoklonalne klasy IgG1, działające na receptory interleukiny 6 (IL-6), bardzo silnej cytokiny prozapalnej. Podstawą do stosowania tokilizumabu w leczeniu COVID-19 miała być hipoteza, wedle której uszkodzenie płuc pacjentów w ciężkim przebiegu zakażenia SARS-CoV-2 jest konsekwencją silnej reakcji zapalnej, którą indukuje wirus. Dzięki powinowactwu do wspomnianych receptorów IL-6, tokilizumab miał hamować burzę cytokinową. W Chinach zlecano go chorym o bardzo ciężkim przebiegu COVID-19 lub w stanie krytycznym, z rozległymi zmianami w płucach i zwiększonym stężeniem IL-6 we krwi. Zgodnie ze stanem wiedzy w kwietniu 2020 r., korzystny przebieg COVID-19 po podaniu tokilizumabu odnotowano w Chinach u dwudziestu jeden pacjentów⁴⁵. Panel Ekspertów w wytycznych z maja 2020 r. podawał jednak, że nie ma odpowiednich przesłanek popierających stosowanie tokilizumabu i innych antagonistów IL-6 jako leków przeciw COVID-19. Brakowało danych z randomizowanych badań klinicznych lub obszernych obserwacyjnych badań kohortowych, a o skuteczności leczenia świadczyły jedynie pojedyncze doniesienia⁴⁶. Tokilizumab stosowano więc jedynie u pacjentów w skrajnie złym stanie⁴⁷.

⁴⁴ [Anonim], *Bada cały świat*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 5, s. 64.

⁴⁵ A. Wroczyńska, W. Rymer, R. Olszanecki, M. Szczepanek, A. Szymanek-Pasternak, J. Mrukwicz, *op. cit.*, s. 126–127.

⁴⁶ Argumenty te wskazują na kolejne etapy badań, wykonywanych przed wprowadzeniem danego leku do terapii. Pierwszy etap opiera się na pojedynczych doniesieniach o niewielkiej liczbie przypadków leczonych z pozytywnym efektem za pomocą tego leku. Zanim jednak doniesienia ta przekształca się w rekomendację oficjalnych instytucji naukowych dotyczącą wartości terapeutycznej jego stosowania w określonym rodzaju wskazań, konieczne jest przeprowadzenie badań na dużej grupie pacjentów, ich powtarzanie i porównywanie ich wyników. Badania te muszą być oparte na ścisłej metodologii i być przeprowadzane przez uprawnione do tego instytucje, posiadające odpowiednie wyposażenie i kadre na odpowiednim poziomie merytorycznym. Warunków tych nie spełniają twórcy różnego rodzaju „niezwykle skutecznych” metod leczenia i leków przeciw COVID-19, wytwarzający je często sami i wprowadzający je do obrotu za pośrednictwem Internetu. Nie spełniają ich także lekarze prowadzący bez wymaganych zezwoleń leczenie pacjentów chorych na COVID-19 (lub diagnozowanych przez nich bezpodstawnie jako chorzy na COVID-19) za pomocą leków dostępnych w oficjalnym obrocie aptecznym, ale w których wskazaniach farmakopealnych nie ma określenia, że mogą być legalnie stosowane w terapii przypadków tej epidemii.

⁴⁷ *Leczenie COVID-19 – wytyczne National Institutes of Health (USA)*..., s. 3–34.

Duże nadzieje budziło także w 2020 r. osocze ozdrowieńców. Osocze, immunoglobuliny i przeciwciała monoklonalne działają na białko S wirusa SARS-CoV-2 i blokują jego wiązanie do receptorów komórkowych. Prowadzi to do neutralizacji i eliminacji wirusa⁴⁸. Rutynowe stosowanie wlewno zawierających ludzkie immunoglobuliny (IVIG) oraz osocze osób, które wyzdrowiały z COVID-19, nie było jednak zalecane przez polską specjalistyczną prasę lekarską. O skuteczności takiej terapii stanowiły bowiem tylko pojedyncze doniesienia, a ryzyko wystąpienia niebezpiecznych dla zdrowia i życia działań niepożądanych było w jej wypadku zbyt duże. Po podaniu IVIG mogą się bowiem pojawić takie reakcje, jak wstrząs anafilaktyczny, aseptyczne zapalenie opon mózgowych, czy niewydolność nerek. Korzyści z podawania osocza ozdrowieńców również nie były poparte wystarczająco rzetelnymi dowodami, a dodatkowy problem stanowiła niepewność co do metody pozyskiwania osocza⁴⁹. W suplemencie majowego wydania „Medycyny Praktycznej” pojawił się komentarz wrocławskich specjalistów, które oceniły podawanie osocza ozdrowieńców jako obiecującą terapię ciężkiego przebiegu COVID-19. Podkreśliły jednak rygorystyczne wytyczne wyboru odpowiedniego dawcy, konieczność właściwego przygotowania osocza z wykorzystaniem plazmaferezy, a także ryzyko wystąpienia licznych działań niepożądanych, jak nadwrażliwość na białka osocza czy reakcje alergiczne na substancje stosowane podczas procesu transfuzji. Ponadto szpitale, w których osocze ozdrowieńców miałyby być stosowane, musiałyby uzyskać zgodę komisji bioetycznej⁵⁰. W 2021 r. metoda terapii COVID-19 z wykorzystaniem osocza ozdrowieńców nie jest stosowana. Jej efektywności i bezpieczeństwa dla pacjentów nie potwierdziły bowiem badania kliniczne.

Powyższe przykłady ukazują, że polskie środowisko lekarskie w pierwszych miesiącach epidemii uważnie śledziło toczące się w nauce światowej spory dotyczące metod leczenia COVID-19. Pomimo ogromnego nacisku społecznego na szybkie wdrożenie do masowego użytku w terapii tej choroby już istniejących leków, których wskazania rejestracyjne dotyczyły innych chorób, polscy klinicyści zachowali ostrożność wynikającą z uwzględniania w ich opiniach ścisłych reguł metodologii klinicznej. Zgodnie z nimi, wprowadzenie każdego leku do terapii określonej choroby musi być oparte na badaniach naukowych, przeprowadzonych zgodnie z regułami tej metodologii. Naczelną zasadą medycyny jest bowiem maksyma „Salus aegroti suprema lex aesto” („Dobro chorego niech będzie najwyższym prawem”). Współczesne kodeksy etyczne nie dopuszczają poddawania pacjentów eksperymentalnym terapiom bez ścisłej kontroli zastosowanych przez

⁴⁸ Ibidem, s. 3–34.

⁴⁹ W. Rymer, A. Wroczyńska, A. Matkowska-Kocjan, *op. cit.*, s. 102–121.

⁵⁰ M. Szymczyk-Nużka, M. Chaszczewska-Markowska, *Komentarz II. Leczenie COVID-19 – wytyczne National Institutes of Health (USA)*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 351, nr 5 (supl.), s. 29–34.

lekarzy procedur. Zgodnie z tym standardem nie uznaje się za etycznie uprawnione samowolne podawanie pacjentom leków poza farmakopealnym opisem produktu, tj. zgodnie z innymi wskazaniami niż te, które umożliwiły ich wprowadzenie do obrotu. Rozszerzenie takich wskazań musi być potwierdzone w badaniach prowadzonych w sposób legalny i zarejestrowany, mogą je przeprowadzać legitymujące się odpowiednim doświadczeniem instytucje naukowe, a ich wyniki muszą być publikowane w profesjonalnych czasopismach naukowych. Ma to ochronić pacjentów przed tzw. terapeutycznym woluntaryzmem, który występował powszechnie w XIX w., zanim kwestia ta nie została uregulowana przez prawo i kodeksy etyki lekarskiej. Poszukujący sławy odkrywcy nowych metod terapii lekarze testowali wówczas na pacjentach różne substancje i już istniejące leki, próbując znaleźć dla nich nowy zakres wskazań terapeutycznych i dzięki temu zdobyć sławę i wymierne korzyści. Dziewiętnastowieczne czasopiśmiennictwo medyczne zawiera tysiące opisów przykładów takich działań, kończących się zwykle śmiercią pacjenta w wyniku zastosowania niedostatecznie zbadanych substancji. Na przełomie XIX i XX w. procedury dotyczące eksperymentów klinicznych zostały w Europie uregulowane. Pojęcie dobra pacjenta jest w nich traktowane szeroko – jako jego prawo do bezpiecznego leczenia, zgodnego z aktualnym stanem wiedzy medycznej i nienarażania chorych na eksperymenty przeprowadzane bez ich wiedzy i zgody. W XXI w. podawanie pacjentom niedostatecznie potwierdzonych pod względem efektywności i bezpieczeństwa leków jest zabronione, poza obszarem zarejestrowanych i oficjalnych badań klinicznych. Powyżej przytoczono kilka przykładów eksperymentalnego zastosowania leków na COVID-19. Podano je w placówkach medycznych posiadających uprawnienia do prowadzenia badań klinicznych, eksperymenty miały charakter legalny i zarejestrowany, a cel danego badania był bardzo wyraźnie określony. Było nim zastosowanie eksperymentalnej terapii w takich przypadkach, gdy inne metody leczenia okazały się zawodne i nie można było oczekiwać po ich zastosowaniu uzyskania wyleczenia pacjenta. Ten sposób badań jest definiowany jako użycie humanitarne, dla złagodzenia cierpień pacjenta, ale bez pewności pozytywnego skutku terapii, który często nie występował. Jeżeli uzyskiwano w trakcie badań prowadzonych na pojedynczych pacjentach jakieś pozytywne rezultaty (nie musiało to oznaczać całkowitego wyleczenia chorego, ale poprawę uchwytnych klinicznie parametrów funkcjonowania jego organizmu), to mogło to stać się podstawą opracowania planowych eksperymentów terapeutycznych na większej grupie, także z udziałem zdrowych ochotników, którzy stanowili grupę kontrolną. Potwierdzenie efektywności i bezpieczeństwa stosowania badanego leku wymaga przeprowadzenia wielu takich badań i porównania ich wyników.

Sceptyczne stanowisko polskich klinicystów, podobnie jak przedstawiciele tego środowiska na świecie, wobec zbyt pośpiesznego wprowadzania w pierwszych tygodniach i miesiącach epidemii COVID-19 już istniejących leków (stosowanych w terapii innych chorób) do leczenia choroby wywoływanej przez wirus

SARS-CoV-2 ma więc uzasadnienie metodologiczne. Toczone w tym czasie w światowym i polskim środowisku lekarskim dyskusje na ten temat odbywały się w ramach metodologii Evidence Based Medicine, powszechnie akceptowanej na świecie podstawy medycyny akademickiej. Umożliwiło to uzyskanie ostatecznych rezultatów, które specjaliści powszechnie zaakceptowali jako zgodne ze stanem faktycznym: testowane w pierwszych miesiącach epidemii leki nie spełniły wyrażanych pod ich adresem oczekiwań, w związku z tym ich stosowanie w leczeniu przypadków epidemii COVID-19 zostało zaniechane.

Dyskusje na temat leczenia COVID-19 i spory między specjalistami, obszernie nagłaśniane w prasie popularnej, w telewizji i Internecie, zostały niewłaściwie zrozumiane przez laików. Jak już wspomniano w poprzednich rozdziałach, wielu z nich uznało, że we współczesnej medycynie klinicznej brak jest powszechnie obowiązującego standardu, skoro lekarze reprezentujący poszczególne kraje i ośrodki naukowe różnią się między sobą i polemizują na temat celowości i bezpieczeństwa stosowania leków, używanych do terapii COVID-19. Trudny język profesjonalnych debat klinicznych, jak również nieznamość i niezrozumienie współczesnego standardu medycyny klinicznej zrodziły u wielu laików brak zaufania do lekarzy jako takich, a w związku z tym także do ich opinii na temat leczenia epidemii. Skutkiem tego było, także w Polsce, dawanie wiary przez laików tym lekarzom, którzy nie przejmowali się rygorami metodologii klinicznej i propagowali pewne leki lub metody leczenia jako „skutecznie leczące COVID”, a także relacjonowanie ich opinii w mediach popularnych przez dziennikarzy. Przeciwwagą dla ostrożnego stanowiska lekarzy uznających zasady Evidence Based Medicine były także wyrażane w Internecie poglądy samorodnych „specjalistów” od COVID-19, leczących ją witaminą C w dużych dawkach, albo suplementami diety dostępnymi bez recepty. Wielość tych opinii przyczyniła się do wytworzenia u licznych polskich odbiorców przekonania, że z epidemią COVID-19 akademicy lekarze kliniczni z jakichś względów sobie nie radzą, natomiast paranaukowi uzdrowiciele – jak najbardziej. Ich przekaz, upowszechniany głównie w Internecie, ukształtował sposób postrzegania epidemii przez wielu mniej wykształconych odbiorców, w związku z czym ich osobiste strategie zarządzania epidemią odbywały się poza granicami standardu medycyny klinicznej.

Realizacja wytycznych terapeutycznych w polskim systemie ochrony zdrowia

Polska prasa lekarska podejmowała na swoich łamach także ważną kwestię, jaką była realizacja w placówkach polskiej medycyny publicznej i ogólnie w polskim systemie ochrony zdrowia oficjalnych wytycznych terapeutycznych dotyczących COVID-19. W pierwszych miesiącach epidemii publikacje poświęcone tej pro-

blematyce wyraźnie rozmięły się z optymistycznym tonem przekazów telewizji publicznej, w której zapewniano odbiorców, że epidemia jest pod kontrolą zarówno ze względu na istnienie specjalistycznych szpitali, w których możliwe jest jej leczenie, jak również dzięki wyposażeniu tych szpitali i zatrudnieniu w nich odpowiedniej liczby specjalistów. Omawiane w tym opracowaniu czasopisma wyrażały odmienne opinie na ten temat. Spójrzmy na kilka przykładów.

Bartosz Kwiatek, dziennikarz telewizji Polsat News, przytaczał na łamach „Gazety Lekarskiej” niezwykle optymistyczne stwierdzenia, jakie padły z ust polityków w czasie konferencji prasowych organizowanych w pierwszym okresie epidemii. Przedstawiciele władz państwowych twierdzili, że „mamy znakomicie wykwalifikowanych specjalistów chorób zakaźnych i epidemiologów”, a na oddziałach zakaźnych w całym kraju „czekają miejsca dla pacjentów zakażonych koronawirusem”, „(szpitale) są dobrze wyposażone, nie brakuje respiratorów”. Mowa tu o Agencji Rezerw Materiałowych, która miała sukcesywnie uzupełniać braki zaopatrzeniowe. „Leki, maseczki, kombinezony, środki ochronne. To wszystko jest albo będzie”⁵¹ – to ostatnie stwierdzenie było szczególnie kuriozalne, biorąc pod uwagę fakt, że padło w początkowym okresie pandemii, kiedy brak podstawowych środków ochrony osobistej (*personal protective equipment* – PPE) był powszechnie obserwowanym problemem. Zdaniem anonimowego specjalisty chorób zakaźnych, zgromadzone w szpitalach PPE mogły starczyć raptem na cztery dni⁵². Z kolei Agencja Rezerw Materiałowych, zdaniem dra Sławomira Badurka, „zamiast środków ochrony osobistej kupowała węgiel”⁵³.

O ile na początku pandemii respiratorów, podobnie jak krwi do transfuzji, było względnie pod dostatkiem⁵⁴, a główny problem stanowiły wspomniane wcześniej PPE, to z czasem sytuacja ta uległa zmianie. Co więcej, niewystarczająca liczba respiratorów stanowiła, zdaniem prof. Krzysztofa Simona, kierownika Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i ordynatora Oddziału Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, tylko czubek góry lodowej. Brakowało mianowicie anestezjologów i pielęgniarek do przeprowadzenia tlenoterapii z ich użyciem⁵⁵. Zapewnienia władz o obecności specjalistów chorób zakaźnych w polskich szpitalach również nie do końca pokrywały się z prawdą. Na łamach „Gazety Lekarskiej” wielokrotnie alarmowano, że specjalność medycyny zakaźnej coraz bardziej w Polsce zanika. W majowym numerze czasopisma prezes Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, prof. Robert Flisiak stwierdzał, że na zepchnięcie dziedziny chorób zakaźnych na margines pracowały kolejne polskie rządy przez

⁵¹ B. Kwiatek, *Zaraźliwe to jest*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 4, s. 20–21.

⁵² Ibidem, s. 20–21.

⁵³ S. Badurek, *Prawda pierwszą ofiarą*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 5, s. 68.

⁵⁴ M. Jakubiak, *Reagujemy na bieżąco lub uprzedzająco*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 4, s. 46.

⁵⁵ M. Tomczak, *W ogniu walki*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 5, s. 11–12.

ostatnie kilkadziesiąt lat. Uznał, że „rządzącym brakuje wyobraźni”, skoro unikają finansowania sektora chorób zakaźnych, argumentując to stwierdzeniem, że dzięki wynalezieniu szczepień epidemie przeszły do historii. Zlikwidowano w Polsce czterdzieści oddziałów zakaźnych, a pozostałe były słabo wyposażone w nowoczesny sprzęt. Specjaliści chorób zakaźnych utracili dodatki do pensji i dodatkowe urlopy, co nie zachęcało młodych medyków do podjęcia tej specjalizacji. W maju 2020 r. było w Polsce niewiele ponad 1100 lekarzy specjalizujących się w chorobach zakaźnych, wśród których co drugi ukończył 60 lat, a czterdziestolatków było w tej grupie mniej niż stu w całym kraju. Zdaniem prof. Flisiaka, należało uznać choroby zakaźne za specjalizację absolutnie priorytetową, poczynić działania mające na celu uatrakcyjnienie jej w oczach absolwentów medycyny i zwiększyć jej finansowanie⁵⁶.

Na łamach „Gazety Lekarskiej” i „Medycyny Praktycznej” stanowisko na temat przygotowania Polski do epidemii COVID-19 było takie samo. Autorzy artykułów uznali, że nie było to przygotowanie odpowiednie – ani pod względem organizacyjnym i instytucjonalnym (brak odpowiedniej liczby szpitali), kadrowym (brak odpowiedniej liczby lekarzy i pielęgniarek) i związanym z wyposażeniem w sprzęt i środki ochrony. Przedstawiciele polskiego środowiska lekarskiego postulowali wprowadzenie zasadniczych zmian w organizacji opieki medycznej w kraju w dziedzinie chorób zakaźnych. Niezrealizowanie tego postulatu mogło przyczynić się do rozprzestrzenienia się epidemii COVID-19 w Polsce w skali, nad którą trudno będzie zapanować.

COVID-19 a inne choroby: wielochorobowość i związane z nią problemy diagnostyczne i terapeutyczne

Współistniejące choroby przewlekłe, jak cukrzyca, schorzenia wątroby czy układu krążenia, zwiększają prawdopodobieństwo ciężkiego przebiegu COVID-19. Zależność ta przebiega także w odwrotnym kierunku – COVID-19 pogarsza rokowanie w tych chorobach. Kwestie patofizjologiczne nie były jednak jedynym problemem, jaki pojawił się na tej płaszczyźnie. Leczenie COVID-19 stało się priorytetem systemu zdrowotnego w Polsce, spychając choroby przewlekłe i inne groźne schorzenia na drugi plan. „W czasie pandemii istotnym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia jest nie tylko leczenie i profilaktyka COVID-19, ale także zapewnienie odpowiedniej opieki pozostałym chorym z chorobami sercowo-naczyniowymi, szczególnie w stanach ostrych. Nie sprzyja temu konieczność redystrybucji środków, ograniczenia dostępu do niektórych procedur medycz-

⁵⁶ R. Flisiak, *Pora się obudzić*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 5, s. 26–27.

nych i obawy pacjentów przed zakażeniem, które skutkują opóźnionym zgłoszeniem się do lekarza lub unikaniem kontaktu ze służbami medycznymi mimo nasilających się objawów chorobowych⁵⁷. W ten sposób wypowiedali się na łamach „Medycyny Praktycznej” autorzy artykułu o zaleceniach kardiologicznych w czasie pandemii. Paradoksalnie w tym samym artykule wymieniają dużą liczbę procedur terapeutycznych i diagnostycznych, związanych z chorobami układu krążenia, od których wykonywania należy się powstrzymać z powodu realiów systemu ochrony zdrowia w Polsce. Przykładowo, echokardiografię przezprzełykową zalecano wykonywać jedynie ze wskazań życiowych, bądź gdy jej wynik miał istotnie wpłynąć na decyzje terapeutyczne. Wszystkie planowe procedury elektrofizjologiczne miały zostać odroczone, podobnie jak wizyty ambulatoryjne, które ewentualnie można było zastąpić konsultacją telefoniczną. Do monitorowania stabilnych chorych z nadciśnieniem tętniczym również miała być wykorzystywana telemedycyna. Pilne i nagłe procedury, potencjalnie zmniejszające ryzyko hospitalizacji lub zgonu, należało wykonać natychmiastowo, przy zachowaniu zasad bezpieczeństwa i ochrony osobistej. Wśród zabiegów priorytetowych wymieniano ablację, rewizję, wymianę baterii u chorego zależnego od stymulatora w końcowej fazie pracy baterii, czy usunięcie zakażonej elektrody. Jednak nawet postępowanie w tak priorytetowym incydencie jak zawał mięśnia sercowego nie pozostało obojętne na realia pandemiczne. Obserwacja poczyniona w Hongkongu wskazuje na znaczne wydłużenie czasu od początku bólu zawałowego do pierwszej przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PCI). Wartość mediany czasu opóźnienia zależnego od pacjenta oraz systemu ratownictwa medycznego była ok. 3,5 razy większa w okresie epidemii względem danych z roku poprzedniego. Autorzy artykułu wyrażali również obawę, że część pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi w ogóle nie zgłosi się po pomoc medyczną z powodu strachu przed zakażeniem SARS-CoV-2, co może skutkować nawet zgonem sercowym⁵⁸. Fakty zweryfikowały przypuszczenia – u schyłku I fali pandemii opublikowano w „Gazecie Lekarskiej” zatrważające dane, zgodnie z którymi liczba pacjentów leczonych zabiegowo na choroby sercowo-naczyniowe spadła w Polsce o 36–39% z powodu nowego koronawirusa⁵⁹.

Także specjaliści Sekcji Hepatologicznej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii zalecali w czerwcu 2020 r. w „Medycynie Praktycznej”, aby wykonywać tylko te badania pomocnicze, które są kluczowe dla podjęcia dalszych decyzji terapeutycznych. Przykładowo, badanie obrazowe u chorych na marskość wątroby powinno być przeprowadzane jedynie w sytuacji podejrzenia wystąpienia innej jednostki chorobowej, która wymagałaby zmiany strategii terapii. Wszystkie

⁵⁷ Ibidem, s. 12–14.

⁵⁸ Ibidem, s. 12–14.

⁵⁹ L. Krysiak, *Podcięte skrzydła*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 10, s. 56.

planowane zabiegi endoskopowe Towarzystwo Gastroenterologii zalecało odłożyć w czasie, z racji niebezpieczeństwa transmisji SARS-CoV-2 drogą kropelkową podczas wykonywania zabiegu. Pod uwagę brano tylko pilne wskazania do endoskopii, jak np. krwawienie z przewodu pokarmowego, mogące świadczyć o rozwoju choroby nowotworowej⁶⁰.

Na rezultaty ograniczeń w dostępie pacjentów do świadczeń medycznych nie trzeba było długo czekać. Pojawiało się coraz więcej niepokojących danych o braku należytej diagnostyki. We wrześniowym numerze „Gazety Lekarskiej” wspomniano o artykule opublikowanym w prestiżowym piśmie „Science”, który prognozował zwiększenie liczby zgonów z powodu raka piersi i jelita grubego w USA o 10 tys. w ciągu najbliższych dziesięciu lat. Według raportów ilość wykonanych badań przesiewowych zmniejszyła się w niektórych ośrodkach nawet o 90%. Przyczyną takiego stanu był lęk pacjentów przed zakażeniem SARS-CoV-2 oraz ograniczona dostępność do wizyt lekarskich⁶¹.

Zarówno autorzy związani z redakcją „Gazety Lekarskiej”, jak i „Medycyny Praktycznej” w pełni zdawali sobie sprawę z tego, że epidemia COVID-19 w Polsce nie zakończyła się w czerwcu 2020 r. W publikacjach poświęconych pacjentom z chorobami przewlekłymi, którzy wymagają przeprowadzania badań diagnostycznych w szpitalach, jak również przeprowadzania w nich planowych operacji, zalecali ograniczenie tych badań i hospitalizacji do minimum. Szacowali bowiem zagrożenie epidemiczne nadal jako bardzo poważne. Z tego samego powodu pozytywnie oceniali też wprowadzenie systemu teleporad w podstawowej opiece medycznej. Brak umożliwiających leczenie przyczynowe leków i szczepionki przeciw COVID-19 pozwalał bowiem postawić tezę, że epidemia nie zakończy się w latem 2020 r., ale po okresie wakacyjnym – po otwarciu granic Polski, masowych wyjazdach za granicę, wyjazdach na wakacje w kraju, a następnie po powrocie dzieci jesienią do szkoły – ulegnie wznowieniu, prawdopodobnie z jeszcze większym nasileniem. Hipoteza ta stała się podstawą dla zaaprobowania przez redakcje i autorów artykułów obu gazet czasowego ograniczenia dostępu do diagnostyki i terapii innych chorób, niż zakaźne, a konkretnie COVID-19. Zdawano sobie sprawę z możliwych konsekwencji tego ograniczenia dla pacjentów chorych przewlekle i z wielochorobowością. Za priorytetowe uznano jednak ograniczenie epidemii.

COVID-19 stał się od marca 2020 r. priorytetowym problemem dla polskiego systemu ochrony zdrowia, spychającym na drugi plan inne choroby, w tym przewlekle. Zaproponowana przez specjalistów różnych dziedzin medycyny stra-

⁶⁰ E. Wunsch, M. Krawczyk, T. Mach, M. Jabłkowski, P. Milkiewicz, M. Hartleb, *Zalecenia Sekcji Hepatologicznej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii dotyczące opieki hepatologicznej w czasie pandemii COVID-19*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 352, nr 6, s. 10–19.

⁶¹ [Anonim], *Uderzenie rykoszetem*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 9, s. 54.

tegia „odraczania” planowych zabiegów, które „nie są pilne” okazała się poważna w skutkach. Okres oczekiwania pacjentów na niektóre zabiegi w ramach NFZ już przed pandemią był w Polsce długi, a strategia obrona w obliczu SARS-CoV-2 dodatkowo pogłębiła ten problem. Drzwi szpitali w wielu przypadkach pozostawały zamknięte dla pacjentów cierpiących na inne choroby niż COVID-19, a jedyną możliwością uzyskania świadczeń zdrowotnych była dla nich rozmowa telefoniczna lub wirtualna z lekarzem. Pomoc pacjentom stała się przedmiotem kalkulacji – zadawano pytanie, czy kondycja pacjenta jest na tyle poważna, aby wykonać zabieg lub badanie diagnostyczne. Zaufanie społeczeństwa do systemu ochrony zdrowia mogło przez taką organizację publicznej opieki medycznej znacząco spaść. Ostatecznie tak też się stało. Jesienią 2020 i w 2021 r. wielu chorych musiało samodzielnie radzić sobie z objawami chorób, na które zapadali. Niektórzy korzystali z porad aptekarzy i leków dostępnych bez recepty, inni – z szerokiego asortymentu porad paramedycznych dostępnych w Internecie i z leków w paranaukowym standardzie, dostarczanych im pocztą do domu. Przy okazji zapoznawali się z internetowym przekazem paranaukowym dotyczącym przyczyn epidemii COVID-19, metod jej leczenia i profilaktyki.

Profilaktyka zakażeń wirusem SARS-CoV-2

Zalecenia profilaktyczne przedstawiane w polskiej specjalistycznej prasie lekarskiej w pierwszych miesiącach epidemii COVID-19 były oparte na stale aktualizowanym stanie wiedzy dotyczącej wirusa SARS-CoV-2 i jego transmisji. W styczniu i lutym 2020 r. wiedziano, że wirus ten rozprzestrzenia się drogą kropelkową, a także za pośrednictwem elementów pozostawionych na różnego rodzaju przedmiotach i częściach ciała (np. rękach). Wiedziano też, że cechami wyróżniającymi SARS-CoV-2 wśród innych patogenów przenoszonych drogą kropelkową jest długi czas inkubacji, szacowany na 2 do 10 dni⁶², przy jednoczesnej zdolności do zarażenia pojawiającej się 2 do 3 dni przed wystąpieniem typowych objawów klinicznych choroby⁶³. Nie w pełni jednak zdawano sobie wówczas sprawę z praktycznych skutków tej wiedzy. Nie wiedziano, czy choroba wywoływana przez ten patogen okaże się bardzo, umiarkowanie czy też w niewielkim stopniu zaraźliwa. Dziś wiemy, że osoby zakażone wirusem mogą aż przez tydzień od momentu zachorowania zakażać innych ze swojego otoczenia, nie zdając sobie sprawy z tego, że są chore, ponieważ nie doświadczały żadnych objawów chorobowych. Inni

⁶² https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200126-sitrep-6-2019--ncov.pdf?sfvrsn=beae0c_4 (dostęp: 17.01.2021).

⁶³ X. He, E. H. Lau, P. Wu, X. Deng, J. Wang, X. Hao i wsp., *Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19*, „Nature Medicine” 2020, t. 26, nr 5, s. 672–675.

chorzy mogą zakażać przez cały okres trwania choroby, przechodzą ją bowiem w sposób bezobjawowy. Obecnie wiemy także, że wirus SARS-CoV-2 należy do wysoce zaraźliwych. Wystarczy przebywanie przez kilka minut w bliskiej odległości od osoby zainfekowanej albo narażenie na kontakt z powierzchniami, na których wirus się osadził, aby doszło do jego transmisji. Do wybuchu epidemii COVID-19 wiedza na temat tych kwestii nie była w Polsce dostępna większości lekarzy. Stąd dużą rolę w jej upowszechnianiu powinny być odegrać polskie czasopisma specjalistyczne.

Specyficzna budowa molekularna wirusa SARS-CoV-2 zwiększa jego infekcyjność i utrudnia szybką odpowiedź układu immunologicznego. Białka HE mają zdolność wiązania powierzchniowych glikoprotein komórek gospodarza, co usprawnia proces wnikania wirusa do komórki, a białka S, budujące charakterystyczną „koronę”, odpowiadają za sprawne rozpoznawanie receptorów na powierzchni ludzkich komórek – ACE-2. Wysoka infekcyjność i łatwość rozprzestrzeniania SARS-CoV-2 wymaga wprowadzenia szczególnych zasad profilaktyki, które opierają się na maksymalnym ograniczeniu kontaktów międzyludzkich. Do wprowadzenia populacyjnych szczepień ochronnych, co nastąpiło na przełomie 2020/2021 r., była to jedyna metoda zahamowania liczby zachorowań i zgonów, którą można było propagować w oparciu o współczesny standard kliniczny jako efektywną. Przyjrzyjmy się obecnie, w jaki sposób do profilaktyki zakażeń wirusem SARS-CoV-2 podchodzili w pierwszych miesiącach epidemii redaktorzy polskich czasopism lekarskich: „Gazety Lekarskiej” i „Medycyny Praktycznej”.

W styczniu i lutym 2020 r., gdy w Chinach rozpowszechniała się epidemia koronawirusa i władze tego kraju wprowadziły poważne ograniczenia w przemieszczaniu się ludności oraz zamknęły szkoły i zakłady pracy, zarządzając przymusową izolację i kwarantannę na obszarach, w których odnotowano ogniska wirusa, organ Naczelnej Rady Lekarskiej nie podejmował na łamach „Gazety Lekarskiej” ani tematu tej choroby, ani nie ostrzegał przed możliwym zagrożeniem epidemicznym, które mogłoby w związku z COVID-19 wystąpić w Polsce. Tematy uznane za priorytetowe, które miały być poruszane w czasopiśmie w 2020 r., były zupełnie inne. Czasopismo miało skupiać się na potrzebie usprawnienia organizacji polskiej ochrony zdrowia, przede wszystkim w dziedzinie onkologii i geriatry⁶⁴.

Pierwsza wzmianka o SARS-CoV-2 pojawiła się w „Gazecie Lekarskiej” dopiero w numerze marcowym z 2020 r., lecz także wtedy wirus ten nadal zdawał się być dla redaktorów organu Naczelnej Izby Lekarskiej odległym problemem w Polsce. Zagrożenie epidemiczne dla kraju nie tylko nie zostało przez władze samorządu lekarskiego zauważone, lecz także polscy lekarze nie zostali do niego w jakikolwiek sposób przygotowani. Nie zostali ostrzeżeni przed niebezpieczeństwem wybuchu epidemii, nie zasugerowano im także podjęcia odpowiednich do

⁶⁴ [Anonim], *Priorytet na rok 2020*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 2, s. 6.

potencjalnej skali zagrożenia działań przygotowawczych (takich jak np. zgromadzenie w szpitalach odpowiednich zapasów środków dezynfekcyjnych, czy też zakup maseczek ochronnych). Czasopismo o nakładzie ok. 170 tys. egzemplarzy, docierające do wszystkich lekarzy w Polsce posiadających prawo wykonywania zawodu, nie wypełniło w tym wypadku roli, której należałoby od niego oczekiwać – dostarczenia lekarzom dokładnych informacji na temat wirusa SARS-CoV-2 i wywoływanej przez niego choroby, a także zasad profilaktyki zakażeń, których należało bezwzględnie przestrzegać i informować o nich pacjentów.

Czasopismo „Medycyna Praktyczna” poruszyło temat koronawirusa SARS-CoV-2 już w numerze z lutego 2020 r. W obszernym artykule autorzy przedstawili czytelnikom aktualny stan wiedzy na temat COVID-19, w tym zasady postępowania w razie stwierdzenia zakażenia oraz środki ochrony osobistej, jakie personel medyczny powinien stosować podczas sprawowania opieki nad chorym. Ochrona przed zakażeniem SARS-CoV-2 wymagała zastosowania metod profilaktyki zakażeń transmitowanych drogą kropelkową i kontaktową, a w przypadku konieczności wykonania procedur, w których dochodzi do powstania aerozolu, również powietrzną. Potencjalnie zakaźny aerozol tworzy się podczas takich zabiegów, jak intubacja, bronchoskopia czy resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Zalecano, by procedury te przeprowadzać w pomieszczeniach odpowiednio wentylowanych, z użyciem podstawowych środków ochrony osobistej (PPE). Zgodnie z wytycznymi z lutego 2020 r., wśród niezbędnych PPE wymieniano: maski FFP2/FFP3 lub ewentualnie chirurgiczne, rękawiczki, fartuch z długim rękawem, gogle lub przyłbice. Ekwipunek ochronny należało zakładać tuż przed wejściem do pomieszczenia, w którym znajduje się chory, a zdejmować w miejscu specjalnie wyznaczonym do tego celu. W takim miejscu koniecznie musiał znaleźć się kosz z pokrywą na jednorazowe PPE, a także środki do odkażania rąk. Pracownik był zobowiązany wykonywać niezbędne procedury związane z odkażaniem w trakcie zdejmowania odzieży ochronnej. Ogólnie redakcja zwracała uwagę na pięć momentów, w których personel medyczny powinien dezynfekować ręce: przed i po oględzinach pacjenta, po kontakcie z materiałem biologicznym, przed wykonaniem procedury wymagającej warunków aseptycznych oraz po dotknięciu powierzchni znajdujących się w otoczeniu pacjenta. Narzędzia wielorazowego użytku, jak stetoskopy czy ciśnieniomierze, powinny być przypisane do konkretnego pacjenta, a jeśli nie było to możliwe należało je dezynfekować po każdym użyciu. Ponadto placówki ochrony zdrowia powinny zapewniać wszystkim przebywającym w poczekalni pacjentom, którzy wykazują objawy zakażenia dróg oddechowych, chirurgiczne maseczki ochronne. Pacjentów należało też edukować na temat zasad właściwej higieny rąk. Potencjalne przypadki o etiologii SARS-CoV-2 miały być natychmiast izolowane i zgłaszane w ciągu 24 godzin do służb sanitarnych. Transport takich pacjentów powinien być ograniczony do minimum i przeprowadzany z zachowaniem maksymalnych środków ostrożności.

Otoczenie zakażonego musiało być regularnie czyszczone i dezynfekowane. Należało ponadto prowadzić rejestr osób odwiedzających pacjenta. Również pracownicy zajmujący się sprzątaniami i gospodarką odpadami medycznymi powinni być w czasie wykonywania tych czynności ubrani w PPE zapobiegające szerzeniu się zakażeń drogą kropelkową i kontaktową⁶⁵.

Przedstawione powyżej zalecenia profilaktyczne były oparte na posiadanej ówczasie wiedzy dotyczącej koronawirusa SARS-CoV-2. W późniejszym czasie zostały zaktualizowane, a izolacja chorych na COVID-19 została bardziej uszczelniona. W lutym 2020 r. zalecano np. ograniczenie liczby osób odwiedzających pacjenta i prowadzenie ich rejestru, później wprowadzono całkowity zakaz odwiedzin przebywających w szpitalach chorych na COVID-19. Zaostrzenie rygorów bezpieczeństwa wiązało się z obserwacjami dotyczącymi wzrostu liczby zakażeń wirusem SARS-CoV-2 wśród personelu polskich placówek medycznych. Wielu pracowników tych placówek zakażało się od pacjentów, mimo stosowania odzieży ochronnej i maseczek. Do zakażeń dochodziło w związku z niewłaściwym ich stosowaniem, np. podczas zdejmowania tej odzieży po kontakcie z pacjentem. Czasopismo „Medycyna Praktyczna”, które już w lutym 2020 r. przekazało oparte na standardzie klinicznym zalecenia profilaktyczne, wydawane było w nakładzie niewiele większym niż 20 tys. Należy więc założyć, że do większości lekarzy praktykujących w Polsce, których liczba wynosi ok. 170 tys., zalecenia te przed wybuchem epidemii w naszym kraju nie dotarły.

W marcowym numerze „Medycyny Praktycznej” opublikowano dokładny instruktaż prawidłowego zakładania i zdejmowania środków ochrony osobistej przez pracowników ochrony zdrowia. Jak już wcześniej wspomniano, dochodziło w związku z ich nieumiejętnym stosowaniem do zakażeń. Czasopismo „Medycyna Praktyczna” zalecało zachowanie szczególnej ostrożności przy zdejmowaniu PPE, ze względu na ich potencjalne narażenie na kontakt z wirusem SARS-CoV-2. W pierwszej kolejności należało zdezynfekować ręce i zdjąć rękawice. Następnie ponownie zdezynfekować ręce i założyć nową parę rękawic, która służyć miała specjalnie do zdejmowania reszty odzieży ochronnej. Personel medyczny, zgodnie z zaleceniami, powinien zdejmować kolejno fartuch, gogle lub przyłbicę i maskę, a na koniec „nowe” rękawice. Po zdjęciu każdego z artykułów należało dezynfekować ręce. Z tych wytycznych wynika, że przy jednorazowym zastosowaniu PPE na jednego pracownika przypadają co najmniej dwie pary rękawic oraz duże ilości płynu do dezynfekcji⁶⁶.

Czytając powyższe zalecenia z marca 2020 r. nietrudno sobie wyobrazić, jak wiele środków ochrony osobistej wymagały placówki ochrony zdrowia w Polsce w czasie epidemii COVID-19. Również płyn do dezynfekcji musiał być zgodnie

⁶⁵ A. Wroczyńska, W. Rymer, *op. cit.*, s. 119–133.

⁶⁶ W. Rymer, A. Wroczyńska, A. Matkowska-Kocjan, *op. cit.*, s. 112–113.

z wytycznymi stosowany w bardzo dużych ilościach. Koniecznych ilości środków ochrony osobistej i stosowanych do dezynfekcji w polskich placówkach leczniczych jednak przed wybuchem epidemii nie przygotowano. Dyrektorzy szpitali odpowiedzialni za ich zakupy nie zostali bowiem ostrzeżeni o możliwości wybuchu epidemii. Ze względu na ograniczone środki występujące w planach finansowych szpitali nie planuje się w nich z wyprzedzeniem wydatków, które nie są uznawane za konieczne. Nie gromadzi się także zapasów środków dezynfekujących i ochronnych, uzupełniając je dopiero w miarę ich zużycia. Na przełomie stycznia i lutego 2020 r. Minister Zdrowia Łukasz Szumowski wraz z Głównym Inspektorem Sanitarnym Jarosławem Pinkasem uspokajali, że poradzimy sobie z wirusem „jeśli w ogóle się on u nas pojawi”⁶⁷. Tego rodzaju wypowiedzi nie skłaniały dyrektorów szpitali do dokonywania zakupów środków, które można by wykorzystać po wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce. W marcu 2020 r., gdy epidemia ta jednak dotarła do Polski i zaczęła się szybko rozprzestrzeniać, należytej ilości sprzętu PPE dla pracowników w polskich szpitalach nie było. Polska miała kilka tygodni na przygotowanie się do epidemii od momentu oficjalnego jej ogłoszenia w Chinach, niestety czas ten nie został należycie wykorzystany⁶⁸.

„Lekarze, jak i inne zawody medyczne, biją na alarm, że brakuje środków zabezpieczenia osobistego, jest za mało testów, brakuje spójnych procedur i koordynacji. (...) Na pewno nie można było przygotować się na ten konkretny atak, ale widzimy, że teraz z całą mocą ujawniają się słabości organizacyjne i wszelkie zaniedbania, jakie od lat trapią system ochrony zdrowia w Polsce”⁶⁹ – przyznawał w kwietniowym numerze „Gazety Lekarskiej” prezes Naczelnej Rady Lekarskiej prof. n. med. Andrzej Matyja. Krytyczną ocenę systemu ochrony zdrowia w Polsce wyrażoną przez prof. Matyję z całą pewnością można uznać za słuszną. Należy ją jednak oddzielić od spóźnionej reakcji na zagrożenie epidemią COVID-19, którego nie dostrzegły ani polskie władze, ani władze samorządu lekarskiego w Polsce. Naczelna Rada Lekarska nie alarmowała z odpowiednim wyprzedzeniem władz państwowych i Ministerstwa Zdrowia o istniejącym zagrożeniu epidemicznym (mimo że w lutym 2020 r., po wybuchu epidemii w Europie Zachodniej było ono bardzo prawdopodobne), ani nie starała się wpłynąć na podjęcie przez władze RP i Ministerstwo Zdrowia odpowiednich decyzji organizacyjnych i zakupowych.

W związku z brakiem odpowiedniego przygotowania organizacyjnego i logistycznego, po wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce w placówkach ochrony zdrowia, zarówno szpitalach, jak i przychodniach, do których trafiali chorzy, wystąpił brak podstawowych środków ochrony osobistej (maseczki, odzież ochronna) i stosowanych do dezynfekcji. Środki te kierowano tylko do szpitali

⁶⁷ S. Badurek, *op. cit.*, s. 68.

⁶⁸ *Ibidem*, s. 68.

⁶⁹ A. Matyja, *Kiedy zdejmie się maski...*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 4, s. 5.

zakaźnych, a i tam docierał tylko ograniczony ich asortyment. W kwietniowym numerze „Gazety Lekarskiej” opublikowano informację, że 19 marca 2020 r. prezesi samorządów zawodów medycznych wystosowali do rządu RP apel o „pilne zwiększenie i realne zapewnienie” środków ochrony osobistej dla personelu medycznego, podkreślając, że z powodu ich niewystarczającej ilości mogą pojawić się braki w kadrach medycznych. Narażeni na kontakty z chorymi pacjentami lekarze bowiem zachorują albo będą zmuszeni udać się na kwarantannę. Prezes NRL i prezesi okręgowych izb lekarskich oczekiwali również wydania wytycznych o tym, jakie środki ostrożności należy wdrożyć po zakończonej pracy dla lekarzy, mających na co dzień kontakt z pacjentami oraz dla tych, którzy pracują w kilku podmiotach leczniczych. Zwrócili też uwagę na to, jak niezbędne jest zapewnienie możliwości szerszego wykonywania testów w kierunku SARS-CoV-2 u pracowników ochrony zdrowia⁷⁰.

Marcowy apel NRL do władz RP odzwierciedlał ówczesny stan wiedzy dotyczącej epidemii COVID-19. Członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej apelowali np. do rządu o wydanie wytycznych dla lekarzy wykonujących pracę w kilku placówkach leczniczych. Jak miało się wkrótce okazać, utrzymanie tego stanu rzeczy było niemożliwe. Zarówno lekarze i pielęgniarki, jak i salowe i pracownicy domów opieki i pomocy społecznej, pracujący w trakcie epidemii w kilku placówkach jednocześnie, stali się źródłem transmisji zakażeń wirusem SARS-CoV-2, przenosząc je z placówki, w której pojawiło się ognisko zakażenia, do innych, w których także wykonywali pracę. Sprzyjała temu przedstawiona na wstępie tego podrozdziału charakterystyka wirusa SARS-CoV-2. Osoby zakażone, z powodu braku odczuwalnych objawów choroby, nadal udawały się do pracy w szpitalach, przychodniach, domach opieki i domach pomocy społecznej, zakażając w nich zarówno personel, jak i pacjentów. Skłoniło to Ministerstwo Zdrowia do wydania zarządzeń, uniemożliwiających wykonywanie pracy w trakcie epidemii w kilku placówkach leczniczych lub opiekuńczych jednocześnie. Pracownicy otrzymywali z tego tytułu finansowe rekompensaty. Ze względu na spadek wysokości zarobków wielu było jednak z tego rozwiązania niezadowolonych. Było to jednak racjonalne zalecenie profilaktyczne, oparte na uzasadnionych podstawach naukowych.

„Gazeta Lekarska” w numerze z kwietnia 2020 r. poinformowała także, że Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło decyzję o utworzeniu specjalnego funduszu przeznaczonego na zakup środków ochrony osobistej dla lekarzy i dentystów oraz na inne cele wskazane przez darczyńców. Poinformowano też, że polskich lekarzy postanowiła wesprzeć Dominika Kulczyk⁷¹, która przekazała Fun-

⁷⁰ [Anonim], *Dla wspólnego dobra*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 4, s. 8.

⁷¹ Dominika Kulczyk jest przedsiębiorczynią, inwestorką i filantropką, założycielką Kulczyk Foundation – organizacji, której głównym celem jest przeciwdziałanie dyskryminacji kobiet i dziewcząt na całym świecie. W rankingu 100 najbogatszych Polaków magazynu „Forbes” w 2020 r. zajmowała piąte miejsce.

dacji Lekarze Lekarzom darowiznę w wysokości 20 mln złotych, przeznaczoną na walkę z pandemią. Kwota miała zostać przeznaczona na zakup ekwipunku ochronnego dla personelu medycznego, który obejmował maski z filtrem N95, kombinezony ochronne spełniające kryteria wirusologiczne i środki antyseptyczne, a także na sprzęt diagnostyczny w postaci testów real-time PCR⁷². Z dotacji Kulczyk Foundation zakupiono 57 ton sprzętu ochronnego dla pracowników systemu opieki medycznej, 1 mln masek chirurgicznych, 1,5 mln masek FFP2 N95, 100 tysięcy kombinezonów klasy II, 100 tys. gogli i 100 tys. przyłbic. Pierwszy z czterech samolotów z cennymi artykułami wylądował 15 kwietnia 2020 r. na poznańskim lotnisku Ławica. Towar zakupiono w Chinach, ponieważ w Polsce byłby kilkadziesiąt razy droższy. Koszty transportu drogą powietrzną opłaciła Kancelaria Prezesa Rady Ministrów. Dystrybucją PPE zajęły się okręgowe izby lekarskie, których prezesi mieli też decydować o rozsądnym rozdysponowaniu środków do najbardziej potrzebujących placówek, przede wszystkim do szpitali i oddziałów zakaźnych. Pod względem logistycznym dystrybucję wspierali prywatni przedsiębiorcy⁷³.

„Gazeta Lekarska” donosiła w numerze z kwietnia 2020 r., że zakup środków ochronnych i dezynfekcyjnych wspierali nie tylko filantropi rekrutujący się z grona najbogatszych Polaków i należące do nich fundacje. Jacek Górny, kierownik SOR-u w jednym z poznańskich szpitali, opowiedział „Gazecie Lekarskiej” o pomocy uzyskiwanej od indywidualnych darczyńców. Szpital otrzymywał od nich maski z filtrami węglowymi, kombinezony, rękawiczki, płyny do dezynfekcji i przyłbice wykonane na drukarkach 3D⁷⁴. Liczne szwalnie rozpoczęły szycie maseczek i czepków ochronnych dla medyków. Przedsiębiorcy pytali, jakie normy ma spełniać sprzęt, który zaczęli produkować charytatywnie. Maseczki wykonywano z włókniyny, a przed trafieniem na oddział zakaźny poddawano je dezynfekcji termicznej. Medyków wspierał również sektor gastronomiczny – wielu restauratorów dowoziło do szpitali jedzenie dla pracowników⁷⁵. „Gazeta Lekarska” z kwietnia 2020 r. opisała też akcję, zorganizowaną przez Wielkopolską Izbę Lekarską, zatytułowaną *koronazgłowy*, w ramach której przyjmowano zgłoszenia o zapotrzebowaniu lekarzy i stomatologów na środki ochrony osobistej, a także zgłoszenia chętnych darczyńców⁷⁶. W ciągu miesiąca w ramach akcji udało się pomóc 220 podmiotom leczniczym, przekazując im ponad 33 000 maseczek, 1500 przyłbic, 1000 ochraniaczy na obuwie, 200 fartuchów i 100 kombinezonów⁷⁷. Do akcji dołączyła spora grupa wolontariuszy, którzy codziennie pakowali, sortowali i rozwozili PPE do szpitali⁷⁸.

⁷² [Anonim], *Fundusz pomocowy*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 4, s. 9.

⁷³ L. Sulikowska, *57 ton sprzętu dla medyków*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 5, s. 8–9.

⁷⁴ J. Górny, *Jesteśmy przed drugim etapem epidemii*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 4, s. 17.

⁷⁵ B. Kwiatek, *op. cit.*, s. 21.

⁷⁶ [Anonim], *Walka o bezpieczeństwo pacjentów i lekarzy*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 4, s. 22.

⁷⁷ [Anonim], *Koronazgłowy.pl w Wielkopolsce*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 5, s. 25.

⁷⁸ [Anonim], *„Koronę” w Wielkopolsce tworzą ludzie*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 6, s. 11.

Akcje mające na celu zwiększenie ilości niezbędnego dla medyków sprzętu pojawiały się praktycznie przez cały czas trwania I fali pandemii. Inicjowały je okręgowe izby lekarskie, grupy studenckie i inne organizacje. Z czasem, dzięki znacznemu zwiększeniu produkcji maseczek ochronnych, ubiorów ochronnych i środków stosowanych do dezynfekcji, dostępność do nich w Polsce uległa poprawie. Znacznie jednak wzrosły ich ceny. Pod koniec sierpnia 2020 r. ceny masek, przyłbic, gogli i obuwia ochronnego wzrosły nawet o 600%⁷⁹. Jesienią 2020 r. szpitale zgromadziły z wyprzedzeniem, przed spodziewanym nawrotem epidemii, odpowiednie zapasy środków dezynfekcyjnych i ochrony osobistej⁸⁰. „Gazeta Lekarska” w numerze z września 2020 r. informowała o tym czytelników, ostrzegając ich jednocześnie przed wybuchem II fali epidemii.

Poważnym wyzwaniem w trakcie pierwszych dni i tygodni epidemii COVID-19 w Polsce był brak dostępu do testów wykrywających zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Nie znając rzeczywistej liczby chorych i nie wykrywając na czas ognisk zakażeń, z których dochodziło do transmisji poziomej patogenu, nie przeprowadzono w Polsce ani w odpowiednim czasie, ani w odpowiedniej skali zalecanych przez Światową Organizację Ochronną działań profilaktycznych. Chorobę wykrywano zbyt późno, już po wystąpieniu u chorych poważnych objawów, z którymi zgłaszali się do przychodni, na szpitalne oddziały ratunkowe, albo wzywali pogotowie. Potwierdzenie u pojedynczych chorych zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oznaczało zwykle, że zakażona została już także większa liczba osób, zarówno wśród członków rodziny chorego, jak i sąsiadów czy kolegów z pracy. Chory zdążył ich bowiem zainfekować jeszcze przed ujawnieniem się u niego objawów choroby albo gdy objawy te były jeszcze bardzo słabe i zostały przez niego zinterpretowane jako „zwykłe przeziębienie”. Nie wykrywając za pomocą badań przesiewowych dostatecznie wcześniej niewielkich ognisk zakażeń, system publicznej opieki medycznej w Polsce konfrontował się z przypadkami COVID-19 dotyczącymi od razu dużych grup chorych – pracowników jednego zakładu pracy (np. kopalni), jednej szkoły, a także mieszkających w pobliżu siebie sąsiadów z jednej ulicy lub miejscowości. Rodziło to w polskim systemie opieki zdrowotnej powiększające się problemy logistyczne. Brak było bowiem dla wszystkich pacjentów z COVID-19 łóżek szpitalnych i respiratorów, a także odpowiedniej liczby lekarzy i pielęgniarek do sprawowania nad chorymi opieki.

Spóźnionej reakcji na epidemię sprzyjała w Polsce przyjęta na początku strategia testowania wyłącznie tych osób, u których stwierdzono objawy choroby⁸¹. Dopiero po ogłoszeniu przez władze RP stanu epidemii zmieniono tę strategię, uznając ją za wadliwą. W dniu 23 marca 2020 r. Główny Inspektorat Sanitarny

⁷⁹ W. Perchaluk, *Znaki zapytania*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 9, s. 28.

⁸⁰ M. Tomczak, *Co będzie jesienią?*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 9, s. 26.

⁸¹ Ten sam schemat testowania obowiązywał do połowy marca 2020 r. także w USA.

poinformował o rozszerzeniu definicji przypadku, który wskazywałby na celowość wykonania testu. Od tego czasu test mógł zostać wykonany m.in. u lekarzy, ratowników i pielęgniarek wykazujących objawy COVID-19, bez konieczności wykazania, że mieli wcześniej kontakt z konkretnym chorym z potwierdzonym zakażeniem⁸². Decyzję tę lekarze uznali za niewystarczającą. Postulowali – zgodnie z zaleceniami WHO – wykonywanie jak największej liczby testów w populacji, obejmujących nie tylko osoby przybywające z zagranicy albo kontaktujące się wcześniej z chorymi, u których potwierdzono zakażenie. Warunkiem szybkiego wykrywania ognisk COVID-19 było masowe testowanie mieszkańców Polski. Tylko w ten sposób możliwe było bowiem wczesne wykrywanie ognisk zakażeń i opracowanie linii kontaktów, które doprowadzały do rozpowszechnienia epidemii. W kwietniu 2020 r. nadal nie stosowano się jednak w Polsce do zaleceń WHO w sposób odpowiadający skali zagrożenia. Nie określono np. jednoznacznie, którzy lekarze mogą wystawić skierowanie na wykonanie testu i na podstawie jakich kryteriów. „Gazeta Lekarska” krytycznie odnotowała, że także projekt wprowadzenia obowiązkowych testów dla personelu medycznego został odrzucony przez Senat RP⁸³. Ówczesny Minister Zdrowia prof. Łukasz Szumowski był przeciwny wprowadzeniu powszechnych testów personelu medycznego, co spotkało się z głośną krytyką w środowisku lekarskim, o której donosiła „Gazeta Lekarska”⁸⁴. Poprawa dostępu lekarzy do testów miała, zdaniem NRL, stanowić rozwiązanie problemu tych lekarzy, którzy pracują w kilku placówkach, co zostało im uniemożliwione w czasie pandemii. „Gazeta Lekarska” akceptowała zjawisko wielozatrudnienia w polskim środowisku medycznym. Stwierdzano, że jest ono bardzo powszechne w tej grupie zawodowej, a zgodnie z decyzjami rządzących lekarze musieli ograniczyć wykonywanie pracy tylko do jednej placówki. Restrykcje te doprowadziły, zdaniem samorządu lekarskiego, do braku wystarczającej liczby specjalistów w wielu placówkach ochrony zdrowia oraz do obniżenia dochodów lekarzy⁸⁵. Przez cały okres I fali epidemii zasady wykonywania w Polsce testów w kierunku SARS-CoV-2 nie uległy zmianie. Aż do jesieni mogli zlecać ich bezpłatne wykonywanie pacjentom wyłącznie lekarze specjaliści. Nie wprowadzono także powszechnego i obowiązkowego testowania lekarzy. Dopiero jesienią 2020 r., w obliczu II fali epidemii, Wiceminister Zdrowia Waldemar Krasa zapowiedział, że testy będą mogli zlecać pacjentom także lekarze POZ, pod warunkiem spełnienia przez pacjenta określonych wymagań⁸⁶.

⁸² M. Jakubiak, *Walka z SARS-CoV-2 jest coraz trudniejsza*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 4, s. 11.

⁸³ M. Tomczak, *W ogniu walki...*, s. 12.

⁸⁴ J. Miarka, *op. cit.*, s. 35.

⁸⁵ [Anonim], *Ograniczenie pracy*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 5, s. 6.

⁸⁶ M. Tomczak, *Co będzie jesienią?...*, s. 25.

Po zniesieniu w maju 2020 r. wprowadzonego przez rząd RP stanu epidemii, pojawiła się możliwość wyjazdu na wakacje, także zagraniczne. Osoby zainteresowane wyjazdami za granicę musiały posiadać aktualne wyniki testów, aby móc przekroczyć granice większości krajów, do których zwykle wyjeżdżają Polacy⁸⁷, albo dolecieć do nich samolotem. Stworzono w związku z tym turystom wyjeżdżającym z Polski możliwość wykonania testów komercyjnych, które musieli sami opłacać. Wysokość opłat za testy była zróżnicowana, w zależności od rodzaju testu, i sięgała kwoty kilkuset złotych za badanie. Dla kilkuosobowej rodziny o niższych dochodach, zamierzającej wyjechać na zagraniczne wakacje do Grecji czy do Turcji, była to cena zaporowa, często sięgająca nawet 30% ceny wczasów. Testy komercyjne były jednak masowo wykonywane przez zamożniejszych Polaków, którzy od czerwca do września tłumnie powrócili do kurortów południowej Europy. Pełniły rolę profilaktyczną zarówno dla polskiej populacji (osoby, u których wynik testu był pozytywny były kierowane na kwarantannę), jak i dla krajów, do których Polacy się udawali. Polska prasa lekarska nie odnotowywała jednak tego zagadnienia. Informowano o nim natomiast w mediach dostępnych dla szerszego grona odbiorców, prasie i telewizji.

Kolejną ważną kwestią w obszarze działań profilaktycznych skierowanych przeciw epidemii COVID-19 było ograniczenie liczby zakażeń, do których dochodziło w polskich szpitalach i przychodniach. W pierwszych tygodniach epidemii, w których nie wypracowano jeszcze dostatecznych procedur ochronnych albo nie stosowano ich we właściwy sposób, doszło do wielu takich przypadków. „Gazeta Lekarska” z kwietnia 2020 r., przytaczając postulaty wyrażane w dniu 19 marca 2020 r. przez władze centralne samorządu lekarskiego, wsparte przez władze okręgowych izb lekarskich, w pełni poparła postulat wprowadzenia w Polsce porad lekarskich świadczonych pacjentom na odległość, głównie telefonicznych, znacznie rzadziej za pośrednictwem Internetu. Apelowano do władz o pilne wdrożenie systemu tzw. telemedycyny w możliwie jak najszerszym zakresie. Prezesi samorządów lekarskich apelowali również o wydanie aktu prawnego zabraniającego realizowania wcześniej planowych przyjęć pacjentów do szpitali, zarówno na badania diagnostyczne, jak i na zabiegi operacyjne. Zdaniem NRL i prezesów okręgowych izb lekarskich opieka szpitalna nad pacjentem miała być kontynuowana tylko w przypadkach, „kiedy przerwanie terapii stanowiłoby zagrożenie dla ich życia lub groziłoby stałym i nieodwracalnym uszczerbkiem na zdrowiu”⁸⁸. Postulat wprowadzenia porad telefonicznych w otwartej opiece zdrowotnej oraz zakaz przyjmowania do szpitali pacjentów nieznajdujących się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia były uzasadniane względami profilaktycznymi: dążeniem do ograniczenia transmisji wirusa SARS-CoV-2 wśród personelu medycznego i pacjentów.

⁸⁷ Testów nie wymagały np. Dominikana i Zanzibar.

⁸⁸ [Anonim], *Dla wspólnego dobra...*, s. 8.

Wyżej wymienione postulaty zostały wprowadzone i funkcjonowały w polskim systemie ochrony zdrowia do końca 2020 r., jak również w pierwszej połowie 2021 r. W konsekwencji podjętych decyzji wielu pacjentów zostało faktycznie pozbawionych dostępu do opieki lekarskiej. Niektórych porad nie dało się bowiem udzielać we właściwy sposób w formie zdalnej, co skutkowało błędami diagnostycznymi i terapeutycznymi. Wielu badań diagnostycznych i operacji we właściwym dla pacjentów czasie nie wykonano, czego skutkiem była znacznie zwiększona umieralność chorych i zgłaszanie się do lekarza (gdy to już było możliwe, w formie bezpośredniego kontaktu) w zaawansowanych stanach chorobowych, których efektywne wyleczenie już było niemożliwe.

Niektórzy autorzy publikujący artykuły na temat telemedycyny na łamach „Gazety Lekarskiej” zauważali zarówno medyczne, jak i etyczne problemy związane z powszechnym wdrożeniem tego systemu w Polsce jako metody profilaktyki COVID-19. Zastępca prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Bernard Waśko apelował na łamach „Gazety Lekarskiej”, aby nie zostawiać chorych bez opieki i odkładać w czasie świadczenia planowe jedynie w sytuacjach, w których nie wiąże się to ze szkodami dla pacjenta⁸⁹. Tak jednak się nie działo, a większość publicznych placówek podstawowej opieki medycznej została na wiele miesięcy zamknięta. Do wielu przychodni pacjenci nie mogli się także dodzwonić w celu uzyskania teleporady, ponieważ ich telefony po prostu nie były odbierane. Biuro Rzecznika Praw Pacjenta skierowało do NFZ aż 973 skargi dotyczące funkcjonowania placówek ochrony zdrowia w marcu i kwietniu 2020 r. W większości skarg pacjenci wskazywali na problemy z dodzwonieniem się do placówki oraz na trudności z uzyskaniem skierowania na badania, recepty na leki stale przyjmowane, na brak możliwości bezpośredniego kontaktu z lekarzem, a nawet odmowę udzielenia świadczenia. W obliczu tej sytuacji prezes NFZ podjął decyzję o wznowieniu kontroli placówek medycznych i aptek, która została zawieszona w marcu 2020 r.⁹⁰ Przychodnie POZ zostały otwarte dla pacjentów dopiero latem 2021 r. Wielu lekarzy pierwszego kontaktu nadal jednak udziela pacjentom pomocy w systemie teleporad. Ten rodzaj kontaktu został bowiem przez stosunkowo dużą grupę pacjentów zaaprobowany i sprawdza się w przypadku terapii chorób przewlekłych, prowadzonej przez lekarzy rodzinnych dobrze znających tych pacjentów. Sprawdził się także wprowadzony w Polsce w trakcie epidemii system elektronicznych recept. Można je otrzymać od lekarza w trakcie teleporady, a następnie zrealizować w najbliższej aptece. Zmniejsza to natężenie bezpośrednich kontaktów między chorymi w przychodniach i środkach transportu publicznego, którymi dojeżdżają do przychodni. W tych aspektach aprobatą redakcji „Gazety Lekarskiej” i „Medycyny Praktycznej” dla profilaktycznego sensu wprowadzenia

⁸⁹ B. Waśko, *Reagujemy na bieżąco lub uprzedzająco*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 4, s. 47.

⁹⁰ [Anonim], *NFZ wznowia kontrolę*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 9, s. 30.

systemu teleporad znajduje uzasadnienie. Powinna to być jednak tylko jedna ze ścieżek uzyskiwania przez pacjentów dostępu opieki lekarskiej w placówkach medycyny publicznej, a nie ścieżka jedyna.

Środki prewencyjne dedykowane całemu społeczeństwu

W dniu 4 marca 2020 r. Minister Zdrowia prof. Łukasz Szumowski oficjalnie poinformował opinię publiczną o pojawieniu się w Polsce pierwszego potwierdzonego przypadku infekcji o etiologii SARS-CoV-2. Kolejne cztery potwierdzone przypadki pojawiły się już po dwóch dniach, 6 marca. Od tego czasu polskie media codziennie informowały o kolejnych przypadkach⁹¹. W dniu 12 marca w drodze rozporządzenia wprowadzono w Polsce stan zagrożenia epidemicznego⁹². Tego dnia zamknięto również szkoły i przedszkola⁹³. Decyzje o zamknięciu uczelni podjęli również rektorzy polskich szkół wyższych. Uczniowie i studenci rozpoczęli po pewnym czasie naukę w trybie zdalnym, co stanowiło dydaktyczną rewolucję. Następnego dnia, 13 marca 2020 r., zapowiedziano również wprowadzenie ograniczeń w działalności centrów handlowych i restauracji. Wśród sklepów czynne miały pozostać tylko te z artykułami spożywczymi i środkami czystości oraz apteki. Branża gastronomiczna mogła prowadzić swoją działalność jedynie na wynos lub z dowozem⁹⁴.

Stan epidemii w Polsce został ogłoszony przez premiera Mateusza Morawieckiego 20 marca 2020 r.⁹⁵ Od tego dnia pojawiały się coraz bardziej rygorystyczne obostrzenia. Wprowadzono zakaz zgromadzeń większych niż dwuosobowe, z wyłączeniem rodzin, zgromadzeń religijnych i miejsc pracy. Ograniczono podróże i wychodzenie z domu do sytuacji niezbędnych, jak zakupy czy wizyta u lekarza⁹⁶. W dniu 31 marca wprowadzono zakaz wychodzenia z domu bez opiekuna dla niepełnoletnich. Zamknięto salony fryzjerskie i kosmetyczne, a także parki, plaże i bulwary. Działalność hoteli została ograniczona do wynajmowania lokum na przebycie kwarantanny. Pojawił się również nakaz utrzymania co najmniej 2 metrów odstępów, z którego wyłączeni zostali opiekunowie dzieci i osób nie-

⁹¹ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/od-dzis-wprowadzimy-stan-zagrozenia-epidemicznego> (dostęp: 02.03.2021).

⁹² Ibidem.

⁹³ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/zawieszenie-zajec> (dostęp: 02.03.2021).

⁹⁴ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/ograniczenia-dzialalnosci-gastronomicznej-rozrywkowej-oraz-funkcjonowania-galerii-handlowych> (dostęp: 02.03.2021).

⁹⁵ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wprowadzamy-stan-epidemii-w-polsce> (dostęp: 02.03.2021).

⁹⁶ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wprowadzamy-nowe-zasady-bezpieczenstwa-w-zwiazku-z-koronawirusem> (dostęp: 02.03.2021).

pełnosprawnych. Zgromadzenia o charakterze religijnym zostały ograniczone do 5 osób⁹⁷. Obowiązek zakrywania ust i nosa w miejscach publicznych wprowadzono dopiero 16 kwietnia 2020 r. Nie trzeba było w tym celu używać jednorazowej maski. Wytyczne dopuszczały zasłanianie twarzy w inny sposób, np. szalikiem czy apaszką⁹⁸.

Nowa sytuacja, nazwana później „pierwszym lockdownem⁹⁹”, wzbudzała strach całego społeczeństwa. Bano się nie tylko o zdrowie i życie swoje oraz bliskich, ale również o dostęp do żywności i innych podstawowych produktów. Zbiorowa panika przyczyniła się do zaistnienia zjawiska masowego wykupywania ze sklepów artykułów spożywczych i higienicznych w marcu 2020 r. Wprowadzone obostrzenia pociągnęły za sobą jednak nie tylko dyskomfort jednostek, ale przede wszystkim kryzys ekonomiczny. Polski rząd próbował rozwiązać ten problem za pomocą tzw. „tarcz antycovidowych”¹⁰⁰ oraz poprzez wdrożenie czteroetapowego planu znoszenia ograniczeń, który został przedstawiony opinii publicznej 16 kwietnia 2020 r. Nakazami, które miały pozostać, było zachowanie dwumetrowej odległości w przestrzeni publicznej, zasłanianie nosa i ust w miejscach publicznych, utrzymanie w miarę możliwości zdalnej pracy i edukacji oraz obowiązek kwarantanny zarażonych i potencjalnie zarażonych. Pozostałe restrykcje miały być stopniowo znoszone¹⁰¹ i tak też się stało – kolejne etapy tego procesu następowały odpowiednio 20 kwietnia, 4 maja, 18 maja i 6 czerwca 2020 r.

Okres wakacyjny 2020 r. charakteryzował się niemal zupełnym poluzowaniem obostrzeń. Miliony Polaków wyjechały na wakacje, na plażach nad Bałtykiem i w popularnych wczasowiskach nadmorskich i podgórskich wypoczywały tłumy. Nie zachowywano dystansu społecznego, nie noszono maseczek, uczestniczono w dyskotekach, zabawach klubowych, koncertach i weselach. Kilka milionów Polaków skorzystało z tzw. bonu wakacyjnego, udostępnionego przez rząd, o wartości 500 zł, którym można było opłacić noclegi w hotelach w miejscowościach wakacyjnych. Mogło się wydawać, że epidemia uległa zakończeniu. Tymczasem pod koniec sierpnia 2020 r. liczba dziennych zakażeń SARS-CoV-2 w Polsce zaczęła wyraźnie wzrastać. Pomimo tego, 1 września miliony dzieci rozpoczęły naukę w szkołach podstawowych i średnich. Wznowiły także działalność żłobki i przedszkola. Wzrost przypadków zachorowań wydawał się być zaskoczeniem dla władzy. W powrót epidemii nie wierzyło też wielu Polaków. Wyniki badań opinii

⁹⁷ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/kolejne-kroki> (dostęp: 02.03.2021).

⁹⁸ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/zaslon-usta-i-nos> (dostęp: 02.03.2021).

⁹⁹ Lockdownem nazwano w 2020 r. strategię obieraną w walce z COVID-19 przez władze wielu państw, polegającą na zminimalizowaniu wychodzenia obywateli z domu, poprzez zamknięcie szkół, restauracji, hoteli, wprowadzenie ograniczeń w podróży etc.

¹⁰⁰ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/tarcza-antykryzysowa-ma-ochronic-firmy-i-pracownikow-przed-skutkami-epidemii-koronawirusa> (dostęp: 02.03.2021).

¹⁰¹ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/nowa-normalnosc-etapy> (dostęp: 02.03.2021).

publicznej wykazywały, że po wynalezieniu szczepionki przeciw COVID-19 gotowość jej przyjęcia deklarował tylko co czwarty dorosły mieszkaniec Polski. Reszta uważała zagrożenie epidemiczne za przesadzone, a nawet za nieistniejące. W odpowiedzi na narastający problem epidemiczny Ministerstwo Zdrowia podjęło we wrześniu 2020 r. decyzję o zaklasyfikowaniu polskich powiatów do trzech stref o zróżnicowanym reżimie sanitarnym. Największe obostrzenia miały panować w powiatach oznaczonych jako czerwona strefa, umiarkowane w strefach żółtych, a najmniej restrykcyjne w zielonych¹⁰². Pod koniec I fali pandemii COVID-19 w Polsce coraz większy procent mapy krajowej barwił się jednak na czerwono, a wirus, o którym Polacy chcieli zapomnieć, powrócił ze wzmożoną siłą. W październiku zaczęła się II fala pandemii.

Zarządzenia przeciwepidemiczne rządu RP i Ministerstwa Zdrowia od samego początku były krytycznie oceniane na łamach analizowanych dwóch tytułów polskiej prasy lekarskiej. Zadawano pytania, czym są motywowane decyzje władz RP i na podstawie konsultacji z jakimi naukowcami. W odpowiedzi na pytania NRL, Ministerstwo Zdrowia udostępniło listę ekspertów zaangażowanych w modelowanie epidemiologiczne, tworzenie analiz i doradzanie Ministrowi Zdrowia, prof. Łukaszowi Szumowskiemu. Ministerstwo korzystało z kilku modeli, na podstawie których opracowywano prognozy i scenariusze. Były to parametryczne i nieparametryczne modele szerzenia się chorób zakaźnych, modele SEIR dostosowane do warunków krajowych oraz modele mikrosymulacyjne, zwane też agentowymi. Modele tworzyli analitycy resortu zdrowia, we współpracy z innymi jednostkami badawczymi, m.in. Interdyscyplinarnym Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu Warszawskiego, Politechniki Wrocławskiej i PZH. Kierowano się również opiniami konsultantów krajowych w dziedzinie chorób zakaźnych (prof. Andrzej Horban), anestezjologii i intensywnej terapii (prof. Radosław Owczuk) oraz epidemiologii (prof. Iwona Paradowska-Stankiewicz). Ekspertci nie brali jednak udziału w konferencjach prasowych dotyczących wprowadzania i odwoływania obostrzeń. Ministerstwo podawało, że konsultacje specjalistów z Ministrem Zdrowia miały miejsce przed konferencją i na ich podstawie wypowiadał się ówczesny minister, prof. Łukasz Szumowski¹⁰³.

W rozważaniach nad zasadnością wprowadzania poszczególnych metod profilaktycznych w ochronie polskiej populacji dużą rolę powinna była odgrywać obserwacja sytuacji w innych państwach i wysnuwanie wniosków na podstawie efektów zastosowanych w tych państwach strategii zarządzania epidemią. Pierwszy i przez długi czas jedyny znany skuteczny sposób ograniczenia międzyludzkiej transmisji SARS-CoV-2 stanowiła strategia zastosowana przez władze Chin.

¹⁰² <https://www.gov.pl/web/koronawirus/nowe-zasady-bezpieczenstwa-dla-19-powiatow> (dostęp: 03.03.2021).

¹⁰³ [Anonim], *Koronawirusowe dylematy*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 7–8, s. 55.

Polegała ona na niezwykle proaktywnym nadzorze epidemiologicznym oraz, co wydaje się kluczowe, wyjątkowym stopniu społecznej akceptacji takich działań. Autorzy artykułów publikowanych w polskich czasopismach lekarskich ocenili jednak wspomnianą strategię krytycznie. Twierdzili, że obywatele innych państw niż Chiny, w tym Polski, nie byłiby mentalnie przygotowani na takie rozwiązanie. Ta strategia byłaby trudna do zrealizowania również ze względu na niewystarczającą dostępność zasobów¹⁰⁴.

Już w marcu i kwietniu 2020 r. obserwowano głęboki kryzys systemów ochrony zdrowia wielu państw, a kryzys ekonomiczny spowodowany lockdownem stał się kwestią czasu. Wprowadzenie obostrzeń było jednak koniecznością. Wirus SARS-CoV-2 zbierał bowiem największe żniwo w państwach, których rządy nie podjęły wystarczających środków ochronnych. Pod koniec pierwszej fali pandemii najgorsza sytuacja epidemiologiczna panowała w USA, Brazylii i Indiach, których władze zbagatelizowały zagrożenie. Zauważali to autorzy wydawanych w Polsce w 2020 r. specjalistycznych publikacji poświęconych epidemii¹⁰⁵. Nie wystarczało ponadto wprowadzić lockdownu na krótki okres, bowiem po zbyt szybkim wycofaniu wprowadzonych zarządzeń przeciwepidemicznych epidemia wybuchała ponownie z dużym nasileniem¹⁰⁶. Trudno oprzeć się wrażeniu, że polski rząd, decydując się na znoszenie zarządzeń przeciwepidemicznych już w maju 2020 r., nie dostosował swojej strategii zarządzania epidemią do wskazań epidemiologów. Wysłuchał raczej porad ekonomistów. Program tzw. „odmrażania gospodarki” okazał się być fatalny w skutkach dla zdrowia polskiej populacji. Jesienią 2020 r. nastąpił bardzo poważny wzrost liczby zachorowań i zgonów.

Na łamach „Gazety Lekarskiej” i „Medycyny Praktycznej” podejmowano szerzej wyłącznie niektóre kwestie związane z profilaktyką zakażeń wirusem SARS-CoV-2 w skali populacji. Do kwestii tych należała przede wszystkim zasadność noszenia maseczek. Kontrowersje wzbudzał fakt, że jeszcze w lutym 2020 r. eksperci WHO i CDC zalecili noszenie maseczek tylko osobom wykazującym objawy infekcji układu oddechowego, natomiast później to stanowisko uległo zmianie. Było to uwarunkowane obserwacją, że duża liczba przypadków COVID-19 (potwierdzonych testami) przebiega bezobjawowo, a osoby chore, nie zdając sobie z tego sprawy, mogą zarażać swoje otoczenie. Eksperci WHO doszli w związku z tym do przekonania, że z punktu widzenia zdrowia populacji należałoby przyjąć, że chorzy na COVID-19¹⁰⁷ mogą być praktycznie wszyscy, zarówno wykazujący objawy, jak i nie. Dlatego należy wprowadzić powszechny nakaz noszenia

¹⁰⁴ W. Rymer, A. Wroczyńska, A. Matkowska-Kocjan, *op. cit.*, s. 102–121.

¹⁰⁵ K. Krzystyniak, *KORONAWIRUS wydanie II COVID-19, MERS, SARS – epidemiologia, leczenie, profilaktyka*, Warszawa 2020, s. 42.

¹⁰⁶ <https://time.com/5826918/hokkaido-coronavirus-lockdown/> (dostęp: 21.03.2021).

¹⁰⁷ S. Badurek, *op. cit.*, s. 68.

maseczek w przestrzeni publicznej i w pomieszczeniach zamkniętych. Miało to powodować ograniczenie transmisji wirusa w populacji.

Zdania polskich ekspertów, wypowiadających się w pierwszym okresie epidemii na temat maseczek na łamach polskiej prasy lekarskiej, były zróżnicowane. Prof. Włodzimierz Gut, specjalista w dziedzinie mikrobiologii i wirusologii, w wypowiedzi dla „Gazety Lekarskiej”¹⁰⁸ nie krył sceptycyzmu wobec powszechnego nakazu noszenia maseczek ochronnych w Polsce. Twierdził, że zachowanie dystansu społecznego jest ważniejsze i gdyby ludzie byli bardziej zdyscyplinowani pod tym względem, nie musieliby zakrywać ust i nosa. Właściwe stosowanie maseczki nakazuje zmienianie jej na świeżą co kilkadziesiąt minut. Włożenie użytej maseczki do kieszeni lub przyniesienie jej do domu bez należytej utylizacji stwarza zagrożenie infekcją. Praktyka pokazuje, że ludzie niechętnie zmieniają maseczkę należycie często, a niektórzy nawet nie wyrzucają jej do kosza, a np. na chodnik. Zdaniem profesora, stwarzać to może więcej szkód niż korzyści. Twierdził też, że maseczkę powinien nosić chory lub osoba przebywająca w skażonym środowisku, czyli np. personel medyczny szpitala. Czytając słowa prof. Guta nasuwa się jednak pytanie – czy przy skali i specyfice pandemii COVID-19 nie powinniśmy przyjąć, że każde środowisko jest potencjalnie skażone?

Inne stanowisko w tej sprawie zajął dr Michał Sutkowski, specjalista od chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej. Na łamach tej samej „Gazety Lekarskiej” zdecydowanie namawiał do noszenia maseczek w przestrzeni zamkniętej. Zwracał również uwagę, że zasłanianie twarzy to nie wszystko i niezmiernie ważne jest utrzymanie należytej odległości od innych ludzi oraz częste mycie rąk. Podzielił się ponadto cenną uwagą, zgodnie z którą środowisko medyczne powinno publicznie wyrażać zgodną opinię na temat konieczności noszenia maseczek. Jego zdaniem, „nadmierne filozofowanie” na ten temat przez lekarzy może doprowadzić do powstania w opinii publicznej mitów na ten temat, które utrzymają się w zbiorowej świadomości Polaków przez dłuższy czas, bo będą oparte na opinii medycznych autorytetów¹⁰⁹. Jeżeli wypowiedzi tych autorytetów będą sprzeczne, spowoduje to ukształtowanie się w opinii publicznej grup ich zwolenników, akceptujących odmienne punkty widzenia w tej kwestii (tj. aprobujących noszenie maseczek i zalecających tę metodę profilaktyki oraz nieaprobujących noszenia maseczek i nie uznających tej metody profilaktyki za celową i skuteczną). Jak miało się okazać w przyszłości, obawy dr. Sutkowskiego okazały się uzasadnione. Brak jednoznacznego stanowiska lekarzy polskich w kwestii profilaktycznego znaczenia noszenia maseczek odbił się w sposób trwały na stosunku Polaków do tej metody jako efektywnej. Tylko mniejsza część polskiej opinii publicznej uznała noszenie maseczek za efektywną dla nich samych metodę ochrony oso-

¹⁰⁸ [Anonim], *Koronawirusowe dylematy...*, s. 53.

¹⁰⁹ Ibidem, s. 53.

bistej, chroniącą także inne osoby przed zakażeniem. Większość uznała noszenie maseczek za metodę nieefektywną i uciążliwą. Już latem 2020 r. praktycznie nikt nie nosił maseczek w przestrzeni otwartej, a większość także w pomieszczeniach zamkniętych. Podczas II fali epidemii, która wybuchła w październiku 2020 r., oraz trzeciej, rozpoczętej w lutym 2021 r. i utrzymującej się do czerwca tego roku, przymus noszenia maseczek w przestrzeniach zamkniętych i w środkach komunikacji publicznej także nie był powszechnie przestrzegany. Jedną z przesłanek tego zjawiska był początkowy brak konsekwencji w przekazie polskich specjalistów dotyczących tej formy profilaktyki, występujący zarówno w wypowiedziach adresowanych do szerokiej publiczności (w prasie i telewizji), jak i adresowanych do specjalistów, publikowanych w prasie lekarskiej. W artykule opublikowanym w czerwcu 2020 r. w „Gazecie Lekarskiej”, a więc już po odwołaniu przez rząd RP wprowadzonych w marcu zarządzeń przeciwepidemicznych, wirusolog, prof. Małgorzata Polz-Dacewicz, stwierdziła, że maseczki są wprawdzie dobrą ochroną, jednak najważniejsze jest utrzymanie dystansu między ludźmi oraz regularne mycie rąk¹¹⁰. Sceptyczna ocena dotycząca wartości profilaktycznej noszenia maseczek ochronnych przez wszystkich członków populacji okazała się charakterystyczna dla tego czasopisma przez cały okres I fali pandemii.

Podobne stanowisko reprezentowali także początkowo redaktorzy czasopisma „Medycyna Praktyczna”. W publikowanych na ten temat artykułach sprzeciwiali się powszechnemu noszeniu masek ochronnych w przestrzeni publicznej przez osoby niewykazujące objawów infekcji układu oddechowego. Wyjątek stanowiły osoby sprawujące opiekę domową nad chorymi na COVID-19. Maseczka miała ponadto być chirurgiczna, nie materiałowa, a zaraz po jej zdjęciu i wyrzuceniu należało dezynfekować ręce¹¹¹. Chorym nie zalecano również noszenia masek z zaworem powietrza, ponieważ tego typu produkty nie chronią należycie przed transmisją wirusa (wydychane przez chorego powietrze przedostaje się przez zawór)¹¹². Jak przyznają autorzy artykułu, opracowanego na podstawie wytycznych specjalistów WHO, „osoby, które nie są chore, nie muszą nosić maski medycznej, ponieważ nie ma dowodów na jej działanie ochronne w takich przypadkach”¹¹³.

Jednym z wyjaśnień sceptycznego stanowiska „Medycyny Praktycznej” wobec powszechnego stosowania maseczek ochronnych przez wszystkich może być brak dostatecznej ich liczby na polskim rynku. W początkowym okresie pandemii w polskich placówkach medycyny publicznej (szpitalach i przychodniach,

¹¹⁰ M. Polz-Dacewicz, *Łatwo nie będzie*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 6, s. 44.

¹¹¹ Wskazówki Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące racjonalnego używania środków ochrony indywidualnej przed COVID-19, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 350, nr 4, s. 24–30.

¹¹² A. Wroczyńska, W. Rymer, R. Olszanecki, M. Szczepanek, A. Szymanek-Pasternak, J. Mrukowicz, *op. cit.*, s. 131.

¹¹³ Wskazówki Światowej Organizacji Zdrowia dotyczące racjonalnego używania środków ochrony indywidualnej przed COVID-19..., s. 24–30.

dopóki pozostały otwarte) wystąpił ogromny deficyt środków ochrony osobistej. Towarzyszył mu jednocześnie gwałtowny wzrost prywatnego zapotrzebowania na te artykuły. Wielu Polaków, w obawie przed zakażeniem, wykupiło z aptek i hurtowni maseczki ochronne, w tym chirurgiczne, gromadząc w domach ich zapasy. Jak stwierdzają autorzy jednego z artykułów w „Medycynie Praktycznej”, „stosowanie masek, gdy nie ma do tego wskazań, może generować niepotrzebne koszty i problemy z zaopatrzeniem, a także wytworzyć fałszywe poczucie bezpieczeństwa skutkujące zaniedbaniem innych niezbędnych działań zapobiegawczych”¹¹⁴. Po znacznym zwiększeniu zapasów środków ochronnych w szpitalach, przeznaczonych dla pracowników systemu opieki zdrowotnej, i pojawieniu się dużej liczby maseczek ochronnych na polskim rynku, pojawiły się przesłanki do zmiany stanowiska redakcji „Medycyny Praktycznej” na temat celowości i efektywności stosowania maseczek jako metody profilaktycznej w skali populacji.

Nowe stanowisko redakcji „Medycyny Praktycznej” wobec noszenia maseczek ochronnych zostało opublikowane w numerze tego czasopisma z czerwca 2020 r. Metoda ta nie powinna być jednak jedyną metodą ochronną, powszechnie stosowaną w populacji. Powinna być uzupełniana przez inne, które czasopismo propaguje. Należało do nich wzmożone przestrzeganie zasad higieny. Wśród podstawowych zasad ochrony przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, jakich powinno przestrzegać całe społeczeństwo, redaktorzy „Medycyny Praktycznej” wymieniają higienę rąk, unikanie dotykania twarzy rękami, w szczególności ust, nosa i oczu. Przestrzeganie tych zasad jest tak samo ważne w profilaktyce COVID-19, jak unikanie kontaktu z osobami, u których potwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 oraz zachowanie tzw. „dystansu społecznego”, tj. odległości co najmniej 1 metra od innych ludzi (ponieważ nie wiadomo, czy któryś z nich nie jest zakażony i może stać się źródłem zakażenia). W artykule zwracano także uwagę na kwestie obyczajowe – podczas powitania lub pożegnania należało wstrzymać się od całowania i podawania ręki. Redaktorzy przywołali hasło popularne we Wrocławiu w 1963 r., kiedy miasto zmagало się z epidemią ospy prawdziwej – „Witamy się bez podawania rąk”. Zakaz całowania dotyczył również pocałunków składanych na przedmiotach sakralnych podczas obrzędów religijnych¹¹⁵. Zgodnie z badaniami analizowanymi na łamach „Medycyny Praktycznej”, zachowanie dystansu fizycznego co najmniej 1 m od innych ludzi, w porównaniu z mniejszą odległością, obniża ryzyko zakażenia aż pięciokrotnie. Każdy dodatkowy metr dystansu powoduje ponadto dwukrotne zwiększenie tej ochrony. Te same badania wykazują, że noszenie masek oraz ochrony oczu przez osoby zdrowe aż kilkukrotnie zmniejsza prawdopodobieństwo zarażenia, w porównaniu z niestosowaniem

¹¹⁴ Ibidem, s. 24–30.

¹¹⁵ A. Wroczyńska, W. Rymer, R. Olszanecki, M. Szczepanek, A. Szymanek-Pasternak, J. Mrukowicz, *op. cit.*, s. 116.

tych środków¹¹⁶. Artykuł opublikowany w czerwcowym numerze „Medycyny Praktycznej” wyraźnie kontrastuje z zaleceniami przedstawionymi przez redaktorów w kwietniu i maju, wedle których maseczka miała nie ochraniać osób zdrowych przed zachorowaniem. Teraz ten pogląd uległ zmianie. Najskuteczniejsze okazały się być maski węglowe, zwane N95 lub FFP2, których ochrona szacowana jest na 90%, podczas gdy maski chirurgiczne charakteryzują się skutecznością 70%¹¹⁷. Zwykle maseczki, wykonane z tkaniny, nie są dobrą ochroną przed wirusem, a stopień przenikania przez nie cząstek jest bardzo duży, szacowany na 40–90%. Maski materiałowe mogą nawet zwiększyć ryzyko zakażenia w wyniku zbierania się w maseczce wilgoci z oddechu, na której wirus może się osadzić¹¹⁸. W obliczu tego badania, wprowadzony w Polsce w kwietniu 2020 r. nakaz zasłaniania ust i nosa „szalikiem lub apaszką” okazał się być bezpodstawny. Maseczki kupowane w aptekach i innych miejscach przedstawiano jednak jako skuteczne.

Sposób wprowadzenia do świadomości polskiego środowiska lekarskiego przez polską prasę specjalistyczną kwestii maseczek jako metody ochrony populacji przed epidemią nie sprzyjał popularyzacji tej metody wśród pacjentów. Wielu lekarzy nie było bowiem do niej dostatecznie przekonanych, aby polecać ją laikom w formie prostych zaleceń i przedstawiać ją im jako metodę bezalternatywną, tj. taką, której nie stosowanie przyniesie z pewnością negatywne skutki dla ich zdrowia, zmniejszy poziom ich osobistej ochrony itp.

W trakcie III i IV fali epidemii, które wystąpiły w Polsce w 2021 r., przedstawiano już w polskich mediach maseczki ochronne w taki sposób. Nie eksponowano też już wówczas w telewizji i prasie przeznaczonych dla szerokiego grona odbiorców sporów na temat celowości i efektywności tej metody ochrony populacji przed epidemią. Ustalił się bowiem konsensus opinii wypowiedzianych przez lekarzy, adresowanych do laików, mających ukierunkować ich osobistą strategię zarządzania epidemią. Zgodnie z nim, maseczki są przedstawiane laikom jako metoda zalecana przez lekarzy, efektywna i bezpieczna. Sprzyja temu stanowisku łatwy dostęp do maseczek ochronnych w Polsce (są sprzedawane w aptekach, w supermarketach, na stacjach benzynowych i wielu innych miejscach), w niskich cenach. Każdy, kto zechce się w nie zaopatrzyć, może je zakupić i może je stosować zgodnie z rekomendacjami specjalistów.

Najważniejszą metodą ochrony populacji przed zakażeniami wirusowymi są szczepienia ochronne. Ponieważ współczesna medycyna kliniczna nie posiada

¹¹⁶ D. Chu, R. Jaeschke, *Komentarz. Skuteczność zachowywania dystansu fizycznego oraz noszenia masek i ochrony oczu w zapobieganiu transmisji SARS-CoV-2 i rozprzestrzenianiu się COVID-19 – przegląd systematyczny*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 352, nr 6, s. 129–133.

¹¹⁷ Ibidem, s. 129–133.

¹¹⁸ A. Baka, O. Cenciarelli, D. Plachouras, C. Suetens, *Maski z tkaniny i sterylizacja masek w sytuacji deficytu masek chirurgicznych i masek z filtrem. Raport European Centre for Disease Prevention and Control*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 351, nr 5, 52–57.

jeszcze efektywnych metod leczenia przyczynowego większości znanych chorób o etiologii wirusowej, szczepienia ochronne są jedyną metodą aktywnej interwencji medycznej o potwierdzonej skuteczności w skali populacji. Przewyższają znacznie skuteczność dwóch innych metod, wprowadzonych do modelu działań dotyczących ochrony przeciwepidemicznej, takich jak kwarantanna i izolacja. Oba analizowane w tym opracowaniu czasopisma, „Medycyna Praktyczna” i „Gazeta Lekarska” odniosły się do problemu szczepień przeciw COVID-19. Prześledźmy obecnie, w jaki sposób.

Temat szczepień przeciw COVID-19 podjęła „Medycyna Praktyczna” w numerze z lutego 2020 r. Autorzy artykułu szacowali, że epidemia wywołana wirusem SARS-CoV-2 nie potrwa na tyle długo i nie obejmie tak dużej liczby osób, aby można było mówić o konieczności opracowania szczepionki¹¹⁹. Tak stało się bowiem w przypadku epidemii SARS i MERS, które zostały szybko opanowane, a liczba zachorowań była ograniczona. Nie uzasadniało to podejmowania przez koncerny farmaceutyczne prac nad szczepionką przeciw tym chorobom. Nie było bowiem ku temu ekonomicznego uzasadnienia.

Szybki wzrost liczby zakażeń wirusem SARS-CoV-2 odnotowany w lutym i marcu 2020 r. w całym świecie spowodował jednak, że w połowie kwietnia tego roku nad szczepionką przeciwko COVID-19 pracowało już co najmniej siedemdziesiąt zespołów badawczych, a jej opracowanie miało stanowić krok milowy w walce z patogenem. Na całym świecie pojawiały się apele o uproszczenie regulacji prawnych związanych z wprowadzeniem nowych szczepionek na rynek. „Gazeta Lekarska” uznała jednak, że niosłoby to za sobą duże ryzyko¹²⁰. „Medycyna Praktyczna” w numerze z maja 2020 r. informowała jednak czytelników, że instytucje regulacyjne zdecydowały się podjąć takie ryzyko i wydać zgodę na uproszczenie ścieżki testowania i rejestracji szczepionek przeciwko SARS-CoV-2. Dotychczas opracowywano szczepionki wedle modelu „tradycyjnego”, czyli kolejne etapy badań przedklinicznych i klinicznych wykonywano dopiero po uzyskaniu pomyślnych wyników etapu poprzedniego. Wdrożony w 2020 r. model pandemiczny zakładał wykonywanie kilku etapów jednocześnie, a już na wczesnym etapie badań klinicznych rozpoczyna się przygotowanie linii produkcyjnej, przeznaczonej do wytwarzania szczepionki na dużą skalę. Badania nad szczepionką zyskały priorytet we wsparciu finansowym, bez którego nie udałoby się ich szybko przeprowadzić, a następnie wprowadzić szczepionek do produkcji¹²¹.

W trakcie trwania I fali pandemii COVID-19 wyprodukowano wstępnie na świecie niemal 200 różnych szczepionek, które poddano badaniom. Początkowo

¹¹⁹ A. Wroczyńska, W. Rymer, *op. cit.*, s. 130–131.

¹²⁰ [Anonim], *Kiedy szczepionka?*, „Gazeta Lekarska” 2020, R. 30, nr 5, s. 65.

¹²¹ J. Mrukowicz, M. Ściubisz, *Wyścig po szczepionkę przeciwko SARS-CoV-2. Wielkie nadzieje i wielkie znaki zapytania*, „Medycyna Praktyczna” 2020, t. 351, nr 5 (supl.), s. 36–48.

największe nadzieje wzbudzały szczepionki opracowane przez naukowców chińskich i rosyjskich i przez Uniwersytet Oksfordzki we współpracy z firmą AstraZeneca. Szczepionki firm Moderna oraz Pfizer były w tych badaniach spóźnione¹²². Pozostałe firmy, poza Johnson & Johnson, do końca 2020 r. przestały się liczyć w rankingu.

Szczepionki przeciwko COVID-19 nie zostały wprowadzone w Polsce do użytku w trakcie I fali epidemii, której dotyczy niniejsze opracowanie, ani też w trakcie drugiej. Taka możliwość pojawiła się dopiero w trakcie trzeciej fali epidemii, w 2021 r. Procedury rejestracyjne na terenie Unii Europejskiej przeszły kolejno szczepionki firmy: Pfizer (21.12.2020 r.), Moderna (06.01.2021 r.) i AstraZeneca (29.01.2021 r.) po pozytywnym rozpatrzeniu przez specjalistów z EMA (*European Medicines Agency*)¹²³. Później (11.03.2021 r.) zarejestrowano także szczepionkę firmy Johnson&Johnson. Wszystkie zostały w 2021 r. wprowadzone w Polsce.

Stanowisko polskich czasopism lekarskich wobec tej metody ochrony populacji przeciw epidemii COVID-19 było pozytywne, zgodne ze standardem klinicznym. Zwracano jednak uwagę nie tylko na efektywność, lecz także na bezpieczeństwo stosowania szczepionek, z czym wiązała się umiarkowanie pozytywna ocena przyspieszenia procedur umożliwiających testowanie i rejestrację szczepionek. Do końca września 2020 r. nie pojawiły się także w czasopismach „Gazeta Lekarska” i „Medycyna Praktyczna” postulaty zakupu przez Polskę szczepionek produkcji chińskiej i rosyjskiej, które były już wówczas wprowadzone w tych krajach i które Rosja i Chiny eksportowały za granicę. Redakcje obu czasopism stały bowiem na stanowisku, że dopuszczenie szczepionek do ochrony polskiej populacji musi być poprzedzone ich rejestracją przez organy Unii Europejskiej.

Wnioski

Z przeprowadzonej powyżej analizy sposobu przedstawiania epidemii COVID-19 w dwóch tytułach polskiej prasy lekarskiej można wyprowadzić kilka wniosków. Najważniejszym z nich jest niedostrzeżenie z dostatecznym wyprzedzeniem zagrożenia związanego z przeniesieniem tej epidemii do Polski. Naczelna Rada Lekarska i okręgowe izby lekarskie zareagowały na to zagrożenie dopiero wtedy, gdy już w Polsce się pojawiło, tj. w uchwale z 19 marca 2020 r., której treść została opublikowana dopiero w numerze z kwietnia tego roku. Spóźniona reakcja samorządu lekarskiego w Polsce na możliwość wystąpienia epidemii spowodowała, że działania logistyczne związane z zabezpieczeniem dla pracowników szpitali

¹²² K. Krzystyniak, *op. cit.*, s. 46–47.

¹²³ https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/questions-and-answers-covid-19-vaccination-eu_pl#01 (dostęp: 22.03.2021).

i przychodni środków ochrony osobistej i dezynfekcyjnych były podejmowane już w trakcie epidemii, a nie przed jej wybuchem. To, że należało i można było przeprowadzić to inaczej, wykazuje wrześnieowy numer „Gazety Lekarskiej”, w którym pojawiają się ostrzeżenia o ponownym wybuchu epidemii jesienią 2020 r. i inne istotne z punktu widzenia profilaktycznego informacje.

„Medycyna Praktyczna” dostrzegła potencjalne zagrożenie dla Polski epidemią COVID-19 już w lutym 2020 r. W numerach z lutego i marca publikowała instrukcje o bardzo dużej wartości praktycznej, przekazujące lekarzom zasady prawidłowego stosowania środków ochrony osobistej i dezynfekcji. W kolejnych numerach z pierwszego półrocza 2020 r. ten standard informacyjny został utrzymany. Czasopismo przekazywało aktualne informacje o dużym znaczeniu praktycznym, oparte na doświadczeniach lekarzy zagranicznych.

Oba tytuły przekazywały informacje dotyczące COVID-19 w tym samym standardzie metodologicznym Evidence Based Medicine. Wyznaczał on ramy dla dyskusji i polemik dotyczących oceny badań nad efektywnością i bezpieczeństwem stosowania leków przeciw tej chorobie. W żadnym z artykułów nie pojawiła się pochwała woluntaryzmu terapeutycznego, uzasadniającego prowadzenie eksperymentów z nowymi metodami leczenia osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2 wykraczającymi poza współczesną metodologię kliniczną. Stanowisko to miało istotne znaczenie dla kształtowania opinii na temat eksperymentów klinicznych wśród polskich lekarzy praktyków. Nie zawsze było to stanowisko przekonujące, o czym mogą świadczyć odnotowane przez media (telewizję i prasę popularną) przykłady lekarzy praktykujących prywatnie albo w prowincjonalnych przychodniach, którzy łamiąc kodeks etyki lekarskiej i obowiązujące w Polsce prawo medyczne podejmowali się prowadzenia eksperymentalnego leczenia COVID-19 poza obowiązującymi zasadami. Były to jednak przykłady – jak na skalę epidemii w Polsce – bardzo nieliczne. Dla zdecydowanej większości lekarzy standard Evidence Based Medicine, w którym są kształceni na wyższych uczelniach medycznych, był podstawą ich praktyki, zarówno w dziedzinie badań naukowych, jak i terapii. Wyraziste stanowisko obu redakcji, propagujące bezwzględną konieczność zachowania ścisłych reguł metodologii klinicznej w trakcie poszukiwań nowych leków przeciw COVID-19, uznać należy za istotną przeciwwagę dla upowszechniających się w tym samym czasie w Polsce wśród laików koncepcji paranaukowych i teorii „spiskowych”.

Obie redakcje w niedostateczny sposób oceniły jednak konieczność zajęcia przez polskich lekarzy aktywnej postawy w kształtowaniu świadomości społecznej laików i nie przygotowały w związku z tym dla lekarzy odpowiednich materiałów, które mogliby w tych działaniach wykorzystać. Nakład obu czasopism wynosi razem ok. 200 tys. egzemplarzy. Przygotowanie i opublikowanie w postaci specjalnych dodatków lub wkładek materiałów dotyczących epidemii miałyby bardzo duże znaczenie w kształtowaniu w sposób prawidłowy indywidualnych

strategii zarządzania epidemią, opracowywanych i realizowanych przez laików. Przekazane pacjentom przez lekarzy lub pielęgniarki informacje, opracowane przez redakcje czasopism wg jednolitego standardu uzgodnionego przez specjalistów i przedstawione prostym językiem, pełniłyby bardzo istotną rolę edukacyjną i stanowiły poważną przeciwwagę dla informacji uzyskiwanych przez laików z Internetu. Materiały te mogłyby być także przekazywane pacjentom w aptekach. Szkoda, że z takiej możliwości nie skorzystano, ponieważ większość polskiego społeczeństwa jej oczekiwała, o czym będzie mowa w następnym rozdziale tej książki. Kształtowanie świadomości zdrowotnej jak najszerszego grona laików, nie tylko pacjentów, w sposób zgodny z podstawami standardu medycyny klinicznej jest tak samo ważnym elementem systemu opieki medycznej, jak diagnostyka i terapia. Efektywne działania profilaktyczne można bowiem przeprowadzić tylko wtedy, gdy większość populacji dostrzega w sposób realistyczny występujące w ich otoczeniu zagrożenia i rozumie je w taki sam sposób, jak lekarze. Jeżeli tak się nie dzieje, działań tych nie da się efektywnie przeprowadzić. Są bowiem przez dużą część populacji pojmowane jako zagrożenie, a nie jako działania ochronne.

COVID-19 treatment methods in the light of articles from medical periodicals from the period of the first wave of the pandemic

In the first year of the COVID-19 pandemic, in the Polish specialistic periodicals “Gazeta Lekarska” (“Doctor’s Newspaper”) and “Medycyna Praktyczna” (“Practical Medicine”) discussions about the treatment methods of COVID-19 and the effectiveness of particular prevention methods had been undertaken. The discussions referred both to the global standards of clinical tests and to the situation in Poland, which has been struggling with the epidemic of the COVID-19 disease since January 2020. The aim of the following chapter is to point out the most important epidemic-related problems analysed by Polish authors from January to October 2020. We are going to present the discussions led by the specialists respecting the modern clinical medicine standard and its methodology. All the views expressed by the authors publishing for the analysed Polish medical periodicals fell within the scope of the Evidence Based Medicine standard.

Key words: Treatment and prevention of COVID-19, analysis of the content of journals „Gazeta Lekarska” and „Medycyna Praktyczna”

Część IV

**Obraz epidemii COVID-19
w opiniach i odczuciach polskich pacjentów**

Bożena Płonka-Syroka, Monika Hudaszek, Wiktoria Kurzyna

Epidemia COVID-19 w doświadczeniach polskich pacjentów

Wprowadzenie

Po przedstawieniu obrazu epidemii COVID-19, kształtowanego w pierwszych miesiącach jej trwania Polsce w 2020 r. przez redakcje polskich tygodników opinii i profesjonalnych miesięczników lekarskich, pragniemy skonfrontować go ze sposobem doświadczania tej choroby przez reprezentantów polskiego społeczeństwa. Członków grupy, której doświadczenia związane z COVID-19 będziemy w tym rozdziale analizować, różni wykształcenie, miejsce zamieszkania, poziom zamożności, wykonywany zawód i status społeczny, a łączy jedno: wszyscy przebyli tę chorobę w 2020 r. i podjęli jako jedni z pierwszych w kraju refundowaną rehabilitację w Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II. Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach jest bowiem pierwszą placówką w systemie medycyny publicznej w Polsce, która we wrześniu 2020 r. uruchomiła dla rekonwalescentów, którzy przebyli COVID-19 możliwość stacjonarnej rehabilitacji. Jest to ośrodek dostępny nie tylko dla pracowników tego resortu i ich rodzin, lecz także dla mieszkańców całej Polski. Wśród badanych na potrzeby pracy pacjentów znajdują się zarówno mieszkańcy Wrocławia, należącego do ośrodków o statusie wielkomiejskim (powyżej 500 tys. mieszkańców), Opola, Nysy i Kłodzka (tj. miast średniej wielkości), Grodzkowa, Paczkowa i samych Głuchołaz (tj. małych miast), jak i wsi położonych na terenie Dolnego Śląska i Śląska Opolskiego. W szpitalu nie obowiązuje rejonizacja, jednak na przełomie 2020/2021 r., a więc pierwszych miesiącach realizowania rehabilitacji pocovidowej, większość pacjentów stanowili w nim mieszkańcy zachodnich obszarów Polski. Możemy więc ogólnie stwierdzić, że przedstawiona w niniejszym opracowaniu analiza świadomości zdrowotnej pacjentów odzwierciedla sposób doświadczania choroby przez Polaków zamieszkałych na zachód od Wisły, a nie np. na obszarze Podlasia, Lubelszczyzny czy Mazowsza.

Zastrzeżenie to może mieć istotny wpływ na ocenę poziomu akceptacji przez osoby badane obrazu epidemii kształtowanego przez standard medycyny klinicznej. Może być to bowiem poziom wyższy niż przeciętny dla całej Polski. Obszar, z którego wywodzi się większość pacjentów poddanych badaniom, jest bowiem terenem o rozwiniętej sieci placówek medycyny publicznej i względnie łatwym (w porównaniu z województwami północno-wschodnimi i południowo-wschodnimi) dostępie do profesjonalnej pomocy medycznej. Jest to także obszar zurbanizowany, o rozwiniętej sieci połączeń komunikacji publicznej (jego mieszkańcy nie podlegają więc w tym samym stopniu, co mieszkańcy wielu powiatów województw wschodnich RP tzw. wykluczeniu komunikacyjnemu). Na obszarze Dolnego Śląska, Śląska Opolskiego i okolicznych województw nie ma także problemu z dostępem do telewizji (dostępna jest tu zarówno sieć naziemna, jak i satelitarna i kablowa), Internetu (jest powszechnie dostępny) i prasy tygodniowej i codziennej (sprzedawanej w gęsto rozrzuconych kioskach, sklepach spożywczych i na stacjach benzynowych). Nie jest to więc także obszar podlegający tzw. wykluczeniu informacyjnemu.

Na obszarze, z którego pochodzi większość badanych pacjentów, w wielu miastach (Wrocław, Opole, Nysa, Kłodzko) działają liczne wyższe uczelnie lub ich filie, większa więc od przeciętnej dla całego obszaru Polski jest tu liczba mieszkańców z wyższym wykształceniem. Jest to istotne nawet wtedy, gdy nie znajduje to bezpośredniego odbicia w poziomie wykształcenia respondentów poddanych badaniom, ponieważ istnieje w tych miastach większe niż przeciętne (szczególnie w porównaniu do obszarów wiejskich, położonych we wschodnich województwach Polski) prawdopodobieństwo, iż osoby z wyższym wykształceniem będą znajdować się w rodzinie badanych, mieszkać w ich bezpośrednim sąsiedztwie lub wspólnie z nimi pracować w jednym miejscu pracy. Może to wpływać na kształtowanie się poglądów respondentów na temat współczesnej medycyny, skłaniając do ich akceptacji. W warstwach o wyższym poziomie wykształcenia i wyższym statusie socjalnym występuje bowiem wyższy niż przeciętnie w Polsce poziom aprobaty dla standardu klinicznego.

Na obszarze, skąd wywodzi się większość badanych, występuje także względnie wysoki poziom znajomości języków obcych – angielskiego i niemieckiego. Ta pierwsza wiąże się z edukacją szkolną młodego pokolenia, w której od 1989 r. angielski jest językiem nauczonym obowiązkowo, w dużym wymiarze godzin. Większa od przeciętnej dla obszaru całej Polski jest także w Województwie Opolskim znajomość języka niemieckiego, związana z zamieszkiwaniem tego regionu kraju przez członków mniejszości niemieckiej. Wskazane wyżej czynniki umożliwiały w okresie objętym badaniem, to jest w pierwszych 9 miesiącach 2020 r., uzyskiwanie przez respondentów informacji na temat COVID-19 nie tylko z polskich, lecz także z zagranicznych źródeł. Wiedzę tę badani mogli uzyskać (o ile byli nią zainteresowani) z zagranicznych telewizji i Internetu,

zarówno bezpośrednio, jak i za pośrednictwem zamieszkujących z nimi wspólnie lub w ich pobliżu młodszych członków rodzin. Mogli ją także uzyskać w kontaktach prywatnych, internetowych i telefonicznych, od innych członków rodzin, przebywających w Europie Zachodniej na stałe lub czasowo, a także w miejscu pracy. Można więc uznać, że osoby badane miały praktyczną możliwość – gdyby chciały – uzyskania informacji na temat epidemii COVID-19 z wielu różnych źródeł i porównania ich treści przed wyrobieniem własnych ocen.

Świadomość zdrowotna społeczeństwa, będąca podstawą konstruowania indywidualnych strategii obrony przed zagrożeniem, jest kształtowana przez wiele czynników. Należą do nich m.in. wykształcenie, wykonywany zawód, poziom uzyskiwanych dochodów, sytuacja materialna, sytuacja rodzinna itp. Osoby o podobnym poziomie tzw. wiedzy szkolnej mogą przejawiać świadomość zdrowotną o odmiennej strukturze, co bywa uwarunkowane ich sytuacją socjalną. Na przykład osoby wykonujące stałą etatową pracę lub będące właścicielami własnych firm mogą (przy tym samym poziomie formalnego wykształcenia) osiągać wyższe dochody od osób zatrudnionych na umowę-zlecenie, pracujących dorywczo lub „na czarno”. Mają więc dostateczny poziom środków, aby część z nich poświęcić trosce o swoje zdrowie. Mogą korzystać np. z płatnych porad lekarskich, wykupywać w aptece wszystkie zalecane przez lekarza leki (w tym te drogie, na co pacjenci o niższych dochodach nie mogą sobie pozwolić), czy w razie choroby udać się na zwolnienie lekarskie (co umożliwiała im umowa o pracę i związane z nią świadczenia socjalne). Na przeciwległym biegunie znajdują się osoby o niskich dochodach, nie posiadające stałego etatowego zatrudnienia, wykonujące pracę dorywczo lub „na czarno”. W przypadku wystąpienia choroby nie udają się na zwolnienie lekarskie (nie mają bowiem do tego uprawnień) i nie korzystają z pomocy lekarza. Z braku ubezpieczenia zdrowotnego leczą się sami tzw. „domowymi sposobami” lub za pomocą leków dostępnych bez recepty, nabywanych w aptekach, w Internecie lub w różnych systemach sprzedaży wysyłkowej. W przypadku chorób nie podejmują zwykle leczenia w ich początkowej fazie, ale dopiero po wystąpieniu poważnych objawów uniemożliwiających im wykonywanie pracy zarobkowej lub budzących obawę utraty życia (wysokiej gorączki, kaszlu, poważnych trudności z oddychaniem, krwotoków). Leczenie w standardzie klinicznym osoby z tej grupy zaczynają często dopiero w szpitalu, do którego dowozi ich na SOR pogotowie ratunkowe lub rodzina (szpitale przyjmują bowiem pacjentów w stanie zagrożenia życia nawet wtedy, gdy nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego). Chorzy należący do omawianej grupy często nie podejmują leczenia w standardzie klinicznym wcale, czekając na samoistne ustąpienie objawów albo ich „wyleczenie” w wyniku zastosowania różnych procedur paramedycznych, stosowania paraleków albo tzw. środków domowych (opartych głównie na alkoholu).

Podane wyżej czynniki socjoekonomiczne mają bardzo istotny wpływ na kształtowanie się świadomości zdrowotnej członków dwóch grup o zarysowanej wyżej charakterystyce. Członkowie pierwszej grupy, kontaktując się w trakcie choroby z lekarzem i poddając się jego zaleceniom, mają większe szanse przyswoić sobie obraz swojej choroby skonstruowany przez lekarza zgodnie ze standardem medycyny klinicznej. Ma to stały i długotrwały wpływ na ich świadomość zdrowotną i praktykę życiową. Poddając się zaleceniom lekarzy i przyjmując otrzymane od nich leki, dobrze dobrane do rodzaju schorzenia i zastosowane w odpowiednim czasie, pacjenci z tej grupy wyrabiają sobie przekonanie, że medycyna kliniczna jest skuteczna, a porady lekarskie są zasadniczo racjonalne i oparte na faktach. Jest to świadomość oparta na osobistym doświadczeniu pacjentów, ponieważ kuracje zaordynowane im samym i członkom ich rodzin okazywały się w większości skuteczne. Doświadczenie to sprzyja postrzeganiu medycyny klinicznej jako efektywnej, a lekarzy jako wiarygodnych.

Członkowie drugiej ze scharakteryzowanych grup, kontaktując się w trakcie choroby z lekarzem jedynie sporadycznie lub wcale, opierają swój model rozwiązywania problemów zdrowotnych na autodiagnozie i samolecznictwie. Mają w związku z tym niewielkie szanse przyswojenia sobie klinicznego obrazu choroby, ponieważ zwykle nie mają szansy by go poznać. Nie uznają działań lekarskich za skuteczne, ponieważ ich osobiste doświadczenie (a także większości ich otoczenia społecznego) tego nie potwierdza. Lekarze mają bowiem do nich dostęp na ogół już zbyt późno, aby dało się przeprowadzić efektywną terapię przyczynową, a często także zbyt późno na leczenie objawowe. Kształtuje to u pacjentów z tej grupy ogólny obraz medycyny klinicznej jako nieskutecznej, a samych lekarzy jako niewiarygodnych. Opisany tu podział zarysował się w polskim społeczeństwie jeszcze w XIX w. i odzwierciedlał jego ówczesną strukturę warstwową¹. Jest to zjawisko dobrze zbadane i opisane przez polskich historyków medycyny i etnografów², występujące także współcześnie³.

W przypadku epidemii COVID-19 powyżej przedstawiony podział mógł mieć duże znaczenie zarówno dla postrzegania zagrożenia epidemią, jak i konstruowania indywidualnych strategii zarządzania tym zagrożeniem. Pacjenci, którzy poznali i zaakceptowali obraz epidemii stworzony przez lekarzy zgodnie ze współczesnym standardem klinicznym, mogli z większym prawdopodobieństwem tworzyć własne strategie zarządzania zagrożeniem epidemicznym zwią-

¹ Por. M. Zieleniewski, *O przesądach lekarskich ludu naszego*, Kraków 1845; J. Talko-Hryncewicz, *Zarys lecznictwa ludowego na Rusi polskiej*, Kraków 1893; H. Biegeleisen, *Lecznictwo ludu polskiego*, Kraków 1929.

² Por. Z. Libera, *Medycyna ludowa*, Wrocław 1995; idem, *Ciało w kulturze ludowej XIX i XX wieku*, „Medycyna Nowożytna” 1995, t. 2, z. 1, s. 71–77.

³ Por. A. Szlagowska-Papuzińska, *Mityzacja choroby. Choroba jako konstrukt społeczny i kulturowy*, Wrocław 2021.

zanym z COVID-19 w sposób odpowiedni do tego obrazu, podobnie jak to czynili w przypadku wcześniej występujących u nich chorób. Ci pacjenci natomiast, których świadomość zdrowotna kształtowała się wcześniej z dala od wpływów standardu medycyny klinicznej, na wiadomość o epidemii COVID-19 także mogli zareagować zgodnie z wcześniej wypracowaną praktyką. Swoje postępowanie oparli na autodiagnozie i samoleczeniu. Praktyka ta opierała się na ich własnych obserwacjach i zdrowym rozsądku. Jeżeli w ich otoczeniu społecznym, w wiosce, miasteczku lub w całym powiecie nikt wiosną 2020 r. nie zachorował na COVID-19, to uznali, że ta choroba nie istnieje, a wprowadzane przez władze przymusowe zarządzenia przeciwepidemiczne są represyjne i bezsensowne. Jeżeli przypadki COVID-19 w ich otoczeniu społecznym jednak się pojawiały, to przyczyn ich wystąpienia upatrywali w innych czynnikach niż te, które wskazywali epidemiolodzy i klinicyści. Jak wcześniej w przypadku innych chorób, tak i w pierwszych miesiącach 2020 r. opinii epidemiologów i klinicystów na temat COVID-19 nie uznawali bowiem za wiarygodne. Nie były więc istotne dla ich własnej praktyki życiowej.

Zanim przejdziemy do charakterystyki poglądów respondentów dotyczących COVID-19, przedstawimy ich charakterystykę jako grupy i postaramy się określić, dla jakiej części polskiego społeczeństwa poglądy te mogą być uznane za reprezentatywne.

Charakterystyka badanej grupy respondentów

W grupie 127 pacjentów objętych badaniem znalazło się 67 kobiet i 60 mężczyzn. Dominowały osoby pozostające aktualnie w związkach małżeńskich oraz te, które wcześniej pozostawały w takich związkach. Stan cywilny badanych przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Stan cywilny badanych pacjentów
Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach

Żonaty	Mężatka	Wdowiec/wdowa	Wolny/wolna
49	41	14	23
38,6%	32,3%	11,0%	18,1%

Szczegółowy wiek badanych przedstawia Tabela 2.

Tabela 2. Wiek badanych pacjentów
Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach

20–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79
2	7	17	52	34	15
1,6%	5,5%	13,4%	40,9%	26,8%	11,8%

Zdecydowaną większość badanych (40,9%) stanowiły osoby w wieku 50–59 lat. Wśród pacjentów były również osoby młodsze (od 20 do 40 roku życia), jednak przewaga respondentów z grupy wiekowej 40+ (92,9%) pozwala stwierdzić, że analizowane poglądy są charakterystyczne dla osób z większym doświadczeniem życiowym, pozostających od 10 lat lub więcej na rynku pracy.

Większość badanych pacjentów posiadała dzieci. Szczegółową charakterystykę grupy pod względem dzietności przedstawia Tabela 3.

Tabela 3. Liczba dzieci w rodzinach badanych pacjentów
Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach

Brak	Jedno	Dwoje	Troje	Czworo	Pięcioro
15	34	57	18	1	2
11,8%	26,8%	44,9%	14,2%	0,8%	1,6%

Tylko 15 respondentów (11,8%) było bezdzietnych. W badanej grupie dominowały rodziny z dwojgiem (44,9%) dzieci i z jednym dzieckiem (26,8%). Odsetek rodzin wielodzietnych, z czworgiem i pięciorgiem dzieci był nieznacznym i wynosił odpowiednio 0,8% i 1,6%. Możemy więc przyjąć, że ogólna charakterystyka stosunków rodzinnych osób badanych odpowiada charakterystyce rodziny miejskiej (z liczbą od 1 do 3 potomków) z okresu PRL i okresu transformacji ustrojowej (1989–2005). Ze względu na wiek badanych większość dzieci respondentów urodziła się w tym okresie. Dzietność w rodzinach respondentów jest wyższa niż wśród współczesnych polskich młodych rodzin.

Wśród starszych wiekiem respondentów w ich rodzinach występują już także wnuki. Szczegółową charakterystykę tej kwestii ilustruje Tabela 4.

Tabela 4. Liczba wnuków w rodzinach badanych pacjentów Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach

Brak	Jedno	Dwoje	Troje	Czworo	Pięcioro	Sześcioro	Siedmioro	Ośmioro
67	18	16	11	8	4	1	1	1
52,8%	14,2%	12,6%	8,7%	6,3%	3,1%	0,8%	0,8%	0,8%

Zdecydowaną przewagę wśród badanych uzyskała grupa, w której rodzinach nie było ani jednego wnuka (52,8%). Wśród pozostałych (14,2%) deklarowało posiadanie jednego wnuka, (12,6%) dwojga, (8,7%) trojga wnuków. Grupa badanych deklarujących posiadanie czworga i pięciorga wnuków była bardzo nieznaczna, odpowiednio 6,3% i 3,1%, a więcej niż 6 wnuków przyjmowała w sumie wartości śladowe (1,6%).

Jak wynika z przedstawionych danych, stosunki rodzinne respondentów mogą w istotny sposób wpływać na ich poglądy i oczekiwania dotyczące uzyskania pomocy od członków rodziny – w przypadku wystąpienia objawów poważnej choroby i powikłań po niej. Większość badanych nie może liczyć w tym zakresie na wnuki (mimo że zgodnie z wysoką przeciętną wieku badanych, teoretycznie mogłyby już istnieć taka możliwość). W ograniczonym zakresie respondenci mogą także liczyć na dzieci. Posiadanie 1–2 potomków nie jest bowiem równoznaczne z tym, że mieszkają oni w tym samym gospodarstwie domowym lub w tej samej miejscowości. Różnicuje to grupę badanych względem wielodzietnych rodzin wiejskich zamieszkujących we wschodniej Polsce, z których przynajmniej część potomków i wnuków mieszka w tej samej miejscowości lub w tym samym gospodarstwie domowym. Stosunki rodzinne respondentów predysponują ich do kierowania oczekiwań dotyczących opieki w chorobie w stronę systemu medycyny publicznej i państwowych instytucji udzielających osobom chorym różnych form wsparcia, a nie najbliższej rodziny. Sytuacja ta może też wywrzeć wpływ na profil społeczny badanych, pacjentów Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach, przebywających na turnusach rehabilitacyjnych. Wśród pacjentów tych turnusów może bowiem wystąpić nadreprezentacja osób, które nie mogą oczekiwać od rodziny i krewnych zapewnienia im całodobowej opieki w okresie ograniczonej sprawności fizycznej i psychicznej po przebyciu COVID-19, połączonej z elementami usprawniania. Nie mogąc oczekiwać takich form pomocy, respondenci mogli postarać się o skierowanie do Specjalistycznego Szpitala MSWiA w Głuchołazach, gdzie pomoc zostanie im udzielona – w standardzie klinicznym, który uznają za wiarygodny, i pod opieką profesjonalistów, lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów, którym ufają, tak jak wcześniej w innych chorobach.

Dla charakterystyki świadomości badanej grupy istotny jest także poziom wykształcenia osób badanych. Podobnie jak poziom diety rodzin odpowiada stosunkom panującym w okresie PRL i transformacji ustrojowej (1989–2005) przed przystąpieniem Polski do UE, a nie współczesnym parametrom statystycznym, charakteryzującym wykształcenie młodszych roczników polskiej populacji. Szczegółowe wartości dotyczące wykształcenia respondentów przedstawia Tabela 5.

Tabela 5. Poziom wykształcenia badanych pacjentów Szpitala Specjalistycznego w Głuchołazach⁴

Podstawowe	Zawodowe	Liceum/technikum z maturą	Pomaturalne	Wyższe	Tytuł lub stopień naukowy
0	19	87	12	4	0
0,0%	15,0%	68,5%	9,4%	3,1%	0,0%

Wysoki odsetek wśród badanych osób w grupie wiekowej 40+ powoduje, że deklarowany przez nich poziom wykształcenia jest niższy niż współcześnie w młodszych grupach wiekowych (ok. 50% młodych Polaków ma już wyższe wykształcenie lub właśnie studiuje). Dla porównania, wśród respondentów wyższym wykształceniem legitymuje się zaledwie 3,1%, a pomaturalnym 9,4%. Razem wykształcenie powyżej średniego zadeklarowało 12,5% badanych. Zdecydowana większość z nich uzyskała wykształcenie średnie, zakończone maturą (69,3%). Wszyscy respondenci zadeklarowali zarazem wykształcenie wyższe niż podstawowe. Odróżnia to badaną grupę od przeciętnej, charakterystycznej dla całej polskiej populacji wieku 50+ i starszych, w tym szczególnie mieszkańców województw wschodnich. W grupie wiekowej 60+ największa część Polaków legitymuje się jedynie wykształceniem podstawowym i zawodowym. Ten poziom wykształcenia dominuje przede wszystkim wśród kobiet zamieszkałych na obszarach wiejskich. Dominuje też w starszych grupach wiekowych u obu płci, zamieszkujących wschodnie województwa Polski. Zdecydowana przewaga wśród badanych pacjentów Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach osób deklarujących wykształcenie średnie z maturą (liceum lub technikum), pomaturalne i wyższe (81,9%) umożliwia tej grupie kształtowanie świadomości zdrowotnej za pośrednictwem wielu źródeł i śledzenia ze zrozumieniem przekazywanych w nich treści. Respondenci w znacznie wyższym, niż przeciętna dla polskiego

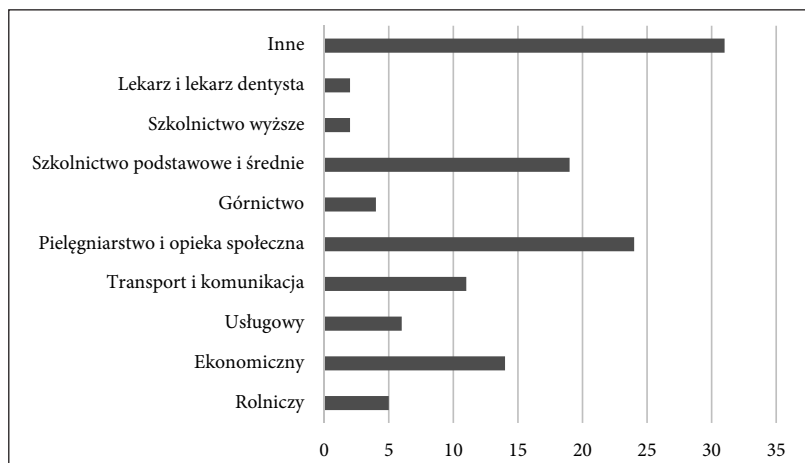
⁴ Pięciu spośród ankietowanych (3,9%) nie odpowiedziało na pytanie dotyczące poziomu wykształcenia.

społeczeństwa, stopniu mogli śledzić ze zrozumieniem aktualne przekazy medialne, poszukiwać różnych źródeł informacji na temat epidemii, konfrontować je ze sobą i wypracowywać na tej podstawie własne stanowisko.

Zawody wykonywane przez badanych reprezentują szerokie spektrum. Są to niemal wyłącznie zawody niezwiązane z rolnictwem. Tylko 5 osób (3,9%) zadeklarowało wykształcenie rolnicze. Wśród pozostałych 14 (11,0%) określiło swój zawód jako ekonomiczny, 6 osób (4,7%) usługowy, 11 (8,7%) związany z transportem i komunikacją, 24 (18,9%) z pielęgniarstwem i opieką społeczną, 4 (3,1%) z górnictwem, 19 (15,0%) z wykonywaniem pracy w szkolnictwie podstawowym i średnim, a 2 (1,6%) w szkolnictwie wyższym. Wśród badanych był jeden lekarz i jeden lekarz dentyista (co stanowiło 1,6% badanej grupy). Było też 31 badanych (24,4%), którzy zaliczyli swoje wykształcenie do grupy: inne. Zadeklarowali oni wykonywanie takich zawodów, jak: doktor nauk humanistycznych, położna, technik elektryk, prawnik, żołnierz zawodowy, informatyk, technik elektryk, technik mechaniczny, psycholog, włókiennik, tkacz, pracownik gospodarki przestrzennej, pracownik administracji, duchowny, stolarz, pracownik w dziedzinie automatyki i robotyki, kolejarz-ustawiacz, szwaczka, pracownik resocjalizacji. Niektórzy podawali tylko informacje ogólne: technik, wykształcenie techniczne, ogólnokształcące. 9 ankietowanych (7,1%) nie udzieliło odpowiedzi na pytanie.

Wśród zawodów wykonywanych przez osoby uczestniczące w badaniu możemy odnaleźć bardzo szerokie spektrum specjalności, w którym pewne grupy występują jednak częściej niż przeciętnie w polskim społeczeństwie, a inne rzadziej. Do tych ostatnich należy odsetek osób deklarujących wykonywanie zawodu rolnika. Wśród badanych deklarację taką złożyło tylko 5 osób, co stanowi niepełną 4% respondentów. Wypowiedzi dotyczących świadomości zdrowotnej polskich pacjentów, uzyskanych na podstawie badań przeprowadzonych w Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Głuchołazach, z pewnością nie możemy więc uznać za reprezentatywne dla rolników. Wśród badanych występuje zarazem nadreprezentacja (w stosunku do całej polskiej populacji) osób wykonujących zawody związane z lecznictwem (lekarzy, pielęgniarek i pracowników opieki społecznej – 20,5%) i edukacją (nauczycieli i pracowników szkół wyższych – 16,5%). Nadreprezentacja ta ma związek z tworzeniem się w trakcie I fali epidemii ognisk zakażeń COVID-19 w placówkach ochrony zdrowia i opieki społecznej, w szkołach i uczelniach. Źródłem zakażenia było w takich przypadkach najprawdopodobniej środowisko pracy. Ze względu na dominującą wśród informacji o wykształceniu badanych pozycję: wykształcenie średnie – możemy przyjąć, że wśród respondentów nie było wielu pracowników piastujących stanowiska kierownicze. Byli to przede wszystkim wykonujący zawody w systemie lecznictwa i opieki medycznej, inne usługowe i opiekuńcze, edukacyjne i robotnicze wymagające odpowiedniego poziomu kwalifikacji („robotnik wykwalifikowany”). Szczegółowy rozkład danych na temat wykształcenia respondentów przedstawia Wykres 1.

Wykres 1. Profil wykształcenia badanych pacjentów Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach



Uzyskane dane dotyczące poziomu i profilu wykształcenia badanych, a także charakteru wykonywanej przez nich pracy, pozwalają na postawienie hipotez dotyczących preferencji respondentów w zakresie elementów kształtujących ich świadomość zdrowotną. Ponieważ większość z nich wykonuje swoją pracę zawodową wspólnie z grupą innych pracowników i w bezpośrednim kontakcie z innymi ludźmi (klientami, pacjentami lub uczniami), większość respondentów pracuje także w pomieszczeniach zamkniętych, ważnym elementem ich świadomości zdrowotnej może być poczucie „wspólnoty losu” w obliczu zagrożenia epidemicznego. Poczucie to jest oparte na dobrze ugruntowanych obserwacjach, powstałych podczas wcześniejszych epidemii, np. grypy sezonowej. Wzrost liczby zachorowań w społeczeństwie zawsze wywoływał wzrost zachorowań w ich miejscu pracy, a niejednokrotnie łączył się z zakażeniem ich samych. Tego rodzaju wiedza, oparta na własnym doświadczeniu, sprzyjać może akceptowaniu obrazu choroby (w tym COVID-19) przedstawianego przez epidemiologów i klinicystów. Jest on bowiem zgodny z osobistym doświadczeniem badanych. Może też sprzyjać – w większym stopniu, niż wśród żyjącej w rozproszeniu i pracującej na otwartej przestrzeni ludności wiejskiej – akceptacji zarządzeń przeciwepidemicznych i reżimu sanitarnego. Przestrzeganie tych zarządzeń przez pracowników pozostających w miejscu pracy w bliskim fizycznym kontakcie z innymi (gdzie ze względu na specyfikę pracy nie da się go uniknąć) może być przez nich uznane za ochronę przed zachorowaniem, a nie za „wymysł władzy”, albo działanie opresyjne. Pogląd respondentów dotyczący zarządzeń przeciwepidemicznych może być bardzo zbliżony do poglądów wyrażanych przez pracowników ochrony zdrowia,

domagających się wyposażenia ich szpitali w maseczki, inne środki ochrony osobistej i środki dezynfekcyjne. Wyraźne wyrażanie tych poglądów było uwarunkowane pełną świadomością zagrożenia epidemicznego, związanego z COVID-19, przez pracowników legitymujących się wykształceniem o profilu medycznym.

Do uwarunkowań wpływających na proces kształtowania się świadomości zdrowotnej badanych należało także miejsce zamieszkania respondentów. Spośród badanych 41 osób (32,3%) zadeklarowało, że są mieszkańcami wsi, 7 osób (5,5%) miast do 5 tysięcy mieszkańców, 29 osób (22,8%) miast od 5 do 50 tys. mieszkańców, 9 osób (7,1%) miast od 50 do 100 tys. mieszkańców, 26 osób (20,5%) miast od 100 do 500 tys. mieszkańców, a 13 osób (10,2%) miast powyżej 500 tys. mieszkańców. Dwóch ankietowanych (1,6%) nie odpowiedziało na dane pytanie. Deklaracje respondentów dotyczące ich warunków mieszkaniowych wskazują, że jest to grupa żyjąca w ustabilizowanych warunkach mieszkaniowych i materialnych. Tylko 3 badanych (2,4%) deklarowało, że zamieszkuje w mieszkaniu kwaterunkowym w bloku, a 10 osób (7,9%) w mieszkaniu lokatorskim w bloku. Pozostali mieszkali we własnych mieszkaniach i domach: 60 osób (47,2%) zamieszkiwało własnościowe mieszkanie lokatorskie w bloku, 16 osób (12,6%) własny domek o powierzchni do 100 m², 30 osób (23,6%) własny domek o powierzchni od 100 do 200 m², 7 osób (5,5%) własny domek o powierzchni powyżej 200 m². Jeden ankietowany (0,8%) nie odpowiedział na pytanie. Respondenci zamieszkiwali zarazem w lokalach o niskim poziomie zagęszczenia. Wśród ankietowanych 50 respondentów (39,4%) zamieszkiwało w jednym gospodarstwie domowym tylko z jedną osobą, 36 osób (28,3%) z dwiema, 14 osób (11,0%) z trzema, 10 osób (7,9%) z czterema, 4 osoby (3,1%) z pięcioma i 2 osoby (1,6%) z 7 i więcej osobami⁵. Aż 119 wśród 127 osób badanych deklarowało, że posiada w domu lub mieszkaniu własny pokój (93,7%), 123 badanych na 127 (96,9%) deklarowało, że posiada w domu bieżącą wodę i kanalizację, a 115 respondentów (90,6%) deklarowało posiadanie centralnego ogrzewania. Ponadto 65 deklarowało (51,2%), że posiada własny ogród przydomowy.

Warunki mieszkaniowe deklarowane przez respondentów należy uznać za dobre i bardzo dobre w skali Polski. Zdecydowanie różnią się one przede wszystkim od warunków mieszkaniowych charakterystycznych dla większości mieszkańców polskiej wsi, gdzie aż 41% domów nie posiadało w 2020 r. bieżącej wody, łazienki i WC. Warunki mieszkaniowe deklarowane przez respondentów odbiegają także zdecydowanie na korzyść od tych, w których zamieszkuje duża część rodzin pracowniczych w małych miasteczkach wschodniej części Polski, gdzie większość domów jest opalana węglem, a przeciętne mieszkanie składa się z 2 pokoiów i kuchni, w których zamieszkuje rodzina złożona z kilku osób. Mieszkania

⁵ Zamieszkiwania w jednym gospodarstwie domowym wspólnie z 6 osobami nie zadeklarował żaden z respondentów. Natomiast 11 ankietowanych (8,7%) nie udzieliło odpowiedzi na pytanie.

ankietowanych różnią się także swoim standardem od zajmowanych przez większą część młodych rodzin w wielkich miastach (w większości są to mieszkania wynajmowane, o niewielkiej powierzchni).

Przedstawione powyżej warunki mieszkaniowe ankietowanych nie stwarzają przesłanek do stwierdzenia, że mogłyby wywierać negatywny wpływ na świadomość zdrowotną respondentów. Nie wywierają też obiektywnie takiego wpływu, który byłby związany z nadmiernym zagęszczeniem mieszkań, brakiem dostępu do bieżącej wody i WC, niską temperaturą w mieszkaniu (związaną np. z opalaniem mieszkań węglem i brakiem faktycznej możliwości opalania z braku środków na zakup węgla). Duża powierzchnia mieszkań respondentów, posiadanie przez większość z nich centralnego ogrzewania, kanalizacji, własnego pokoju, a przez ponad połowę także przydomowego ogrodu, może się także wiązać ze sposobem odczuwania przez respondentów wprowadzanych przez władze przymusowych zarządzeń przeciwepidemicznych (wymuszających przebywanie w domu) jako niezbyt dotkliwych. Może się to wiązać ze zrozumieniem dla ich wprowadzenia przez władze oraz z akceptacją ich celu i sensu. Zupełnie innych reakcji na „kwarantannę domową” należałoby się spodziewać u mieszkańców małych, nadmiernie zagęszczonych mieszkań o złym standardzie, których mieszkańcy przed epidemią starali się w nich spędzać jak najmniej czasu (przynajmniej ci należący do młodszego pokolenia). Przymusowe objęcie „kwarantanną domową” było w tej grupie częściej niż w innych odczuwane przede wszystkim jako działanie restrykcyjne, a nie ochronne.

Wśród respondentów nie wystąpiły także inne determinanty socjoekonomiczne, mogące wpływać negatywnie na kształtowanie się standardu ich świadomości zdrowotnej. Wśród respondentów nie było ani jednej osoby bezrobotnej, zarejestrowanej w Urzędzie Pracy. Tylko 2 osoby (1,6%) zadeklarowały, że nie wykonują płatnej pracy zawodowej ani nie otrzymują renty lub emerytury⁶. Pozostali respondenci posiadali źródła dochodu związane z posiadaną własnością i wykonywaną pracą. 4 osoby (3,1%) były właścicielami gospodarstwa rolnego, 2 osoby (1,6%) właścicielami firmy rodzinnej, 3 osoby (2,4%) właścicielami firmy do 10 zatrudnionych. Właściciele firm powyżej 50 zatrudnionych wśród respondentów nie było. Ogólnie, wśród 127 pacjentów przebywających na rehabilitacji po COVID-19 w Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Głuchołazach, którzy uczestniczyli w badaniu⁷ (7,1%) stanowiły osoby będące właścicielami zakładów, które

⁶ Osoby te uzyskiwały środki do życia od współmałżonka i rodziny.

⁷ Wszystkich pacjentów przebywających na rehabilitacji po COVID-19 w Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Głuchołazach w okresie, w którym przeprowadzono badania, tj. od października 2020 r. do stycznia 2021 r., było 362. Spośród nich 180 osób (49,7%) poproszono o udział w badaniu i wręczono ankiety. Wśród nich 127 osób (70,5%) wyraziło zgodę na badania i wypełniło ankiety. Pozostali odmówili udzielenia odpowiedzi, motywując to złym samopoczuciem i brakiem zainteresowania udziałem w badaniu.

zapewniały im środki utrzymania. Można założyć, że wiąże się to z wyższym od przeciętnego dla polskiej populacji poziomem dochodów, umożliwiającym zaspokajanie potrzeb zdrowotnych w systemie medycyny klinicznej, a nie w formie autodiagnozy i samolecznictwa.

W grupie osób deklarujących się jako pracownicy 1 respondent deklарował wykonywanie pracy w firmie rodzinnej (0,8%), co jest przesłanką do uznania jego sytuacji materialnej za stabilną. Zdecydowana większość pracowała w firmach zatrudniających powyżej 10 osób: 16 osób (12,6%) w firmach zatrudniających od 10 do 50 pracowników, a 55 osób (43,3%) w firmach zatrudniających powyżej 50 pracowników. Miało to istotne znaczenie dla sytuacji pracowników w czasie epidemii COVID-19 w pierwszej połowie 2020 r. Większe, mające stabilną pozycję na rynku i osiągające stałe legalne dochody firmy zatrudniały na ogół pracowników na etatach i odprowadzały podatki w wysokości proporcjonalnej do zysku, którego nie zaniżały. Po ogłoszeniu lockdownu miało to duże znaczenie dla sytuacji ich pracowników. Otrzymali oni nie tylko świadczenia wypłacane przez państwo z tzw. „tarcz antycovidowych”, lecz także mieli prawo do zwolnień lekarskich i innych świadczeń chorobowych, zgodnych z kodeksem pracy. Po zachorowaniu na COVID-19 skorzystali z tych uprawnień, nie obawiając się utraty środków do życia. Podjęli leczenie w standardzie klinicznym, a następnie rehabilitację. Ich dochody w tym czasie uległy wprawdzie zmniejszeniu (tak jak w przypadku zwolnień lekarskich wystawianych z powodu innych chorób), były jednak wypłacane stale. Dużą grupę wśród respondentów stanowili również byli pracownicy, którzy nabyli prawo do renty (7 osób – 7,0%) i emerytury (28 osób – 22%). Ich dochody również były stałe, niezwiązane z epidemią. Po wystąpieniu objawów COVID-19 mogli podjąć leczenie w standardzie klinicznym, a następnie rehabilitację, nie obawiając się utraty źródeł utrzymania.

Wśród grupy 127 badanych tylko 3 respondentów zadeklarowało, że są pracownikami firm zatrudniających do 10 osób (2,4%). To właśnie tej grupie firm zarówno wybuch epidemii COVID-19, jak i ogłoszony w związku z epidemią lockdown, a następnie utrzymywanie przez rząd RP przez cały 2020 r. niektórych zarządzeń przeciwepidemicznych, przyniosły najwięcej problemów. Wielu ich pracowników nie było zatrudnionych na etatach, ale na umowach (co pozbawiało ich uprawnień socjalnych) i otrzymywali niższe niż w większych firmach wynagrodzenia. Część pracowników (trudno ocenić, jak duża) wykonywała pracę „na czarno”, a same firmy zaniżały dość często osiągnięte dochody, aby obniżyć wysokość podatków. Zasady wypłacania „tarcz antycovidowych”, oparte na wysokości dochodów i liczbie legalnie zgłoszonych pracowników, uderzyły w małe firmy zaniżające dochody i zatrudniające pracowników „na czarno”, pozbawiając wielu ich właścicieli i większość pracowników dochodów, a przynajmniej bardzo znacznie ograniczyły ich wysokość. Po wybuchu epidemii COVID-19 pracownicy tego sektora usiłowali nadal wykonywać pracę, walczyli, by było to możliwe

na dotychczasowych zasadach, wielu negowało istnienie epidemii lub związane z nią zagrożenie, krytykowało i sabotowało wprowadzane przez rząd zarządzenia przeciwepidemiczne. Poglądy tego segmentu opinii publicznej, ze względu na znikomą liczbę jego reprezentantów, nie znajdują odbicia w prezentowanych w tej książce badaniach.

Ogólna charakterystyka pacjentów, których świadomość zdrowotną i obraz COVID-19 możemy w tej książce przedstawić, obejmuje następujące parametry: są to osoby posiadające stałe dochody (uzyskiwane z tytułu własności, pracy zawodowej, renty lub emerytury), o bardzo dobrej lub dobrej sytuacji socjoekonomicznej, legitymujące się przeważnie średnim wykształceniem z maturą, pozostające w związku małżeńskim teraz lub w przeszłości (wdowcy lub wdowy), wykonujący w zdecydowanej większości zawody związane z kontaktem z innymi osobami, pracujące w zakładach pracy zatrudniających powyżej 10 pracowników (w tym ok. 40% w zakładach zatrudniających powyżej 50 pracowników). Są to osoby niepracujące w rolnictwie (mimo że ok. 32% mieszka na wsi), żyjące we własnych mieszkaniach lub domach, w rodzinach z niewielką liczbą dzieci, zamieszkałe w wysoko zurbanizowanej, dobrze skomunikowanej ze światem południowo-zachodniej części Polski. W tak scharakteryzowanej grupie brak jest przesłanek strukturalnych związanych z sytuacją socjoekonomiczną (niskie dochody, brak stałych dochodów, brak pracy, praca dorywcza lub wykonywana „na czarno”, brak mieszkania, złe warunki mieszkaniowe, niski poziom wykształcenia, zamieszkiwanie na obszarach tzw. wykluczenia komunikacyjnego lub wykluczenia informacyjnego), które mogłyby wpływać na niski poziom rozpoznania, zrozumienia i akceptacji współczesnego standardu klinicznego, jako punktu odniesienia dla tworzenia obrazu COVID-19 w pierwszych miesiącach 2020 r.

Obraz epidemii COVID-19 w świadomości polskich pacjentów nie będzie w związku z tym odzwierciedlał poglądów tzw. „przeciętnego Polaka”. Niniejsza praca przedstawia raczej obraz wytworzony przez ich określoną grupę: mieszkańców południowo-zachodnich terenów Polski, osób utrzymujących się z pracy poza rolnictwem, żyjących w dobrych i bezpiecznych warunkach materialnych, dobrze przystosowanych społecznie, w wieku powyżej 40 lat, legitymujących się dużym doświadczeniem życiowym i zawodowym. W grupie tej nie ma przesłanek socjoekonomicznych, utrudniających lub uniemożliwiających zaakceptowanie zarządzeń przeciwepidemicznych zgodnych ze standardem klinicznym, wprowadzanych przez władze państwowe. Zarządzenia to mogą być, zgodnie z dotychczasowym doświadczeniem życiowym członków tej grupy, pojmowane jako racjonalne, pełniące funkcje ochronne i ogólnie korzystne. Nie występują bowiem przeszkody w takim ich pojmowaniu, związane z poziomem wykształcenia, sposobem uzyskiwania dochodów i możliwością utrzymania dotychczasowego poziomu życia.

COVID-19 w doświadczeniu i opiniach pacjentów Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach

Opinie respondentów – pacjentów Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II – na temat COVID-19 łączy aspekt osobisty: wszyscy ulegli zakażeniu i przebyli chorobę wywołaną przez wirusa SARS-CoV-2. Ich obraz epidemii kształtowały w związku z tym nie tylko informacje uzyskane z mediów czy ich otoczenia społecznego, lecz także własne, często dramatyczne przeżycia. Do elementów składowych tego obrazu należą więc nie tylko aspekty poznawcze, lecz także związane z odczuciami o charakterze emocjonalnym.

Obraz choroby wytwarzany przez chorego odzwierciedla zawsze perspektywę społeczną⁸, w której choroba jest przez pacjenta doświadczana⁹. Choroba jest przez pacjentów postrzegana jako zdarzenie, które jest przez nich przedstawiane w formie narracji¹⁰. Obraz choroby, który chory konstruuje zależy od jej przebiegu i przekonań chorego dotyczących rokowania. Inaczej jest postrzegana choroba o lekkim, a inaczej o ciężkim przebiegu, taka, której chory doświadcza w izolacji od innych i taka, która jest w tym samym czasie przeżywana także przez wielu innych chorych. Problematyka ta od dawna jest podejmowana w pracach historyków medycyny¹¹, antropologów kultury¹² i socjologów¹³, którzy podkreślają

⁸ Por. R. Maciąg, *Spoleczne konstruowanie choroby przewlekłej na przykładzie raka*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Skrzypek (red.), *Doświadczanie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, t. 1, Wrocław 2010, s. 95–112.

⁹ Tematykę tę rozwijają m.in. artykuły publikowane w seriach *Doświadczanie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej/Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, *Lek roślinny*, *Leki i choroby odzwierzęce*, wydawanych od 2008 r. pod redakcją naukową Bożeny Płonki-Syroki i wsp. W świadomości laików konstruujących obraz choroby najważniejsze jest udzielenie odpowiedzi na pytanie o jej sens w kontekście ich osobistej biografii. Dla lekarzy choroba jest problemem do rozwiązania. Podejmowane przez nich działania dotyczą jednak innych ludzi, a nie ich samych. Por. B. Płonka-Syroka, *Aspekty etyczne w praktyce analityka medycznego*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 2, Wrocław 2009, s. 235–250. Por. też B. Płonka-Syroka, *Problemy etyczne w farmacji*, Wrocław 2020, s. 183–223.

¹⁰ Por. U. Tokarska, *Narracja autobiograficzna w terapii i promocji zdrowia*, [w:] J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata*, Gdańsk 2002, s. 229.

¹¹ Por. A. Świtalska, B. Brackowska, *Wpływ choroby na życie i twórczość Ludwika van Beethovena*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Choroba jako zjawisko społeczne i historyczne*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 4, Wrocław 2001, s. 105–109; E. Czapiewski, *Choroby i ich związek z twórczością Józefa Ignacego Kraszewskiego*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Spoleczno-ideowe aspekty medycyny i nauk przyrodniczych XVIII–XX wieku*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 5, Wrocław 2002, s. 274–285.

¹² Por. M. Zatoński, *Doświadczanie choroby przez pacjentów dializowanych z perspektywy antropologii medycyny*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Skrzypek (red.), *Doświadczanie choroby...*, s. 147–151.

¹³ Por.: A. Kleinmann, *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley 1980; M. Nüchtern, *Medizin*

różnice w kształtowaniu obrazu choroby w świadomości lekarzy i laików. W tej części rozdziału przedstawiono wyniki analizy tej drugiej grupy, w której ujawnia się nieprofesjonalna perspektywa poznawcza. Ukazano, w jaki sposób epidemia COVID-19 była doświadczana przez pacjentów i starano się zrekonstruować najważniejsze elementy obrazu choroby, który ci pacjenci wytworzyli. Spróbowano także określić, czy i w jakim zakresie w kreowaniu tego obrazu znalazły odbicie osobiste doświadczenia pacjentów, a w jakim informacje uzyskane z mediów i innych źródeł.

Tylko 2% respondentów przeżyło COVID-19 bezobjawowo. U 25% wystąpiły objawy, które określili jako lekkie, ale aż u 71% badanych zakażenie COVID-19 wywołało poważne skutki¹⁴. Taki przebieg choroby determinował ich stosunek do epidemii COVID-19, której realne istnienia stało się dla pacjentów (na podstawie ich osobistego doświadczenia) oczywiste.

Gdy respondenci zauważyli pierwsze objawy choroby 14 osób (11,0%) myślało, że to zwykłe przeziębienie, a 16 (12,6%), że wystąpiła u nich grypa. Nie wyrażali więc w związku z tym żadnych obaw o swoje życie. Jak można sądzić działa się tak dlatego, że zarówno przeziębienie, jak i grypę przeżywali już wielokrotnie wcześniej, nie uznając tych chorób za poważne. Nie identyfikowali obserwowanych u siebie objawów z epidemią COVID-19, ani nie zaliczali samych siebie do grona osób w jakikolwiek sposób przez epidemię zagrożonych.

Wśród badanych 42 respondentów (33,1%) po pojawieniu się pierwszych objawów choroby także nie sądziło, że może być to coś poważnego, ale zaczęli się niepokoić. Taka reakcja na wystąpienie objawów infekcji świadczy o tym, że przekazy medialne i rządowe zarządzenia wydane w związku z epidemią COVID-19 dotarły do ich świadomości, ale nie zostały potraktowane jako instruktażowe dla podejmowania przez nich samych jakichś działań ochronnych. W przypadku zagrożającej państwu epidemii jego obywatele powinni być z wyprzedzeniem przygotowani na wystąpienie jej objawów, powinni umieć je rozpoznać i skojarzyć z realnie występującym zagrożeniem epidemicznym. Tak jednak się nie stało, ponieważ przyjęta w Polsce w pierwszych tygodniach rozprzestrzeniania się epidemii COVID-19 w świecie i w Europie Zachodniej strategia informacyjna nie była w naszym kraju prawidłowa. Informacje o możliwości wybuchu epidemii w Polsce zostały bowiem Polakom przekazane 13 marca 2020 r., gdy epidemia już wybuchła i władze wprowadziły stan zagrożenia epidemicznego. W styczniu, w lutym i niemal do połowy marca 2020 r. zagrożenie epidemią COVID-19 było w polskich mediach minimalizowane. Obowiązywała w nich strategia „urzędo-

– *Magie – Moral. Therapie und Weltanschauung*, Mainz-Stuttgart 1995; L. Payer, *Andere Länder, andere Leiden. Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande*, Frankfurt am Main-New York 1989; M. Skrzypek, *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej. Ujęcia teoretyczne, ich ewolucja i recepcja*, Lublin 2011.

¹⁴ Pozostali badani nie odpowiedzieli na pytanie, jaką postać przybrała u nich choroba.

wego optymizmu” oparta na założeniu, że epidemia najprawdopodobniej do Polski nie dotrze, a w związku z tym przekazywanie obywatelom wyczerpujących informacji na jej temat, wraz z oficjalnymi instrukcjami jak mają postępować w obliczu tego zagrożenia, jest zbędne, ponieważ może się to przyczynić tylko do powiększenia rozmiarów zaniepokojenia opinii publicznej, które od połowy lutego 2020 r. w Polsce odnotowywano. Przedstawiano więc w telewizji i prasie wypowiedzi Ministra Zdrowia i szefa GIS, uznających możliwość przeniesienia epidemii do Polski za mało prawdopodobną, a zaniepokojenie obywateli tą możliwością określające jako przejaw nieuzasadnionej paniki.

Nie dziwi więc fakt, że aż 49 respondentów (38,6%) nawet wtedy, gdy choroba zaczęła się u nich szybko i gwałtownie rozwijać i doprowadziła do wystąpienia bardzo poważnych objawów, nadal nie uważało, że oni sami mogli zachorować na COVID-19. Nie potrafili ani prawidłowo zdefiniować zagrożenia, ani prawidłowo zareagować na jego wystąpienie¹⁵. Skutkiem braku informacji na temat COVID-19, które w odpowiedniej formie i w odpowiednim czasie dotarłyby do respondentów, było tworzenie się w Polsce lokalnych ognisk zakażeń, z których rozpoczęła się transmisja pozioma wirusa. Osoby, które rozpoznały u siebie początkowe objawy COVID-19 identyfikowały je bowiem jako przeziębienie lub grypę. Gdy objawy te nie były szczególnie nasilone nadal chodziły do pracy, zakażając współpracowników, uczniów, pacjentów i klientów, a także członków rodzin. Nie wdrożyły też żadnych procedur izolacyjnych, o których dopiero po ogłoszeniu w Polsce stanu epidemii zaczęto mówić w mediach.

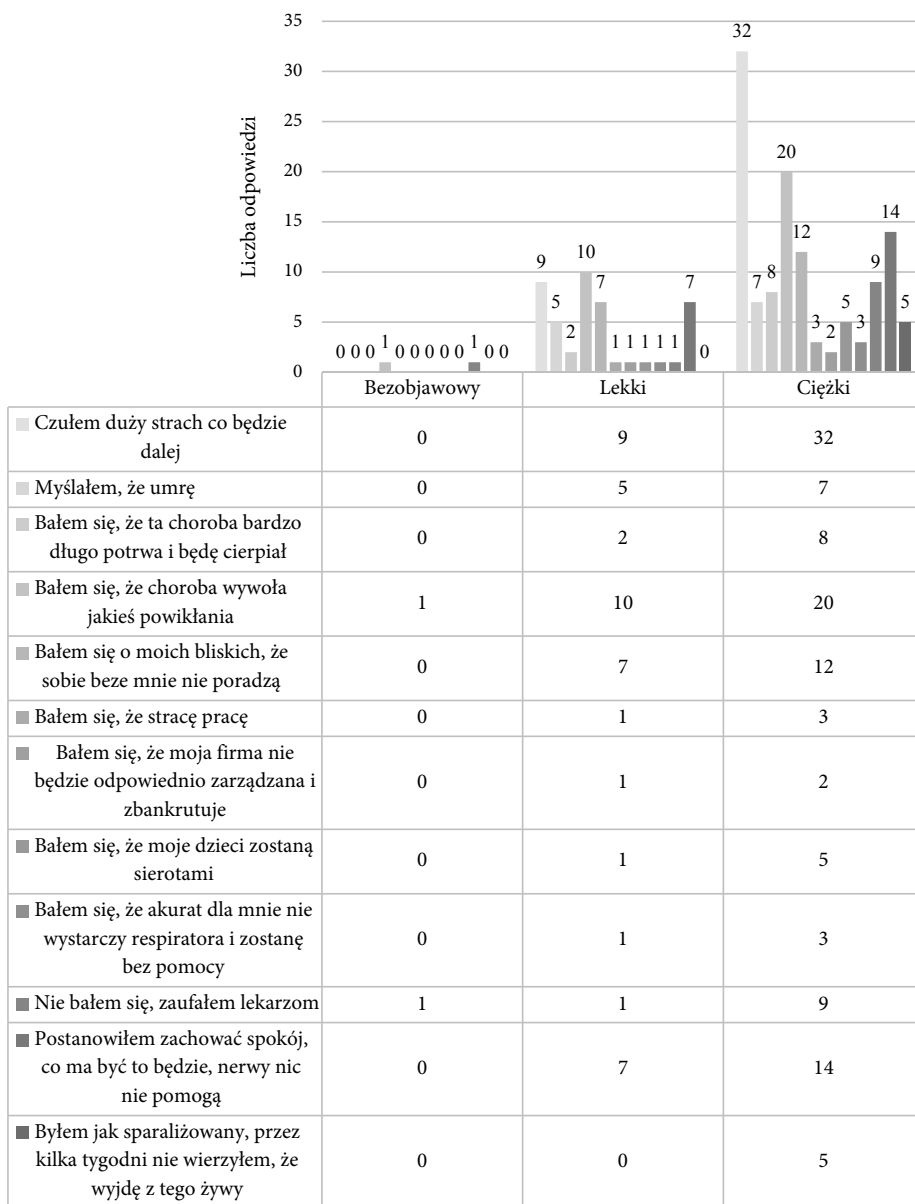
Szczegółowe zestawienie reakcji pacjentów na potwierdzenie u nich zakażenia COVID-19 przedstawia Wykres 2. Zestawiono w nim odpowiedzi dotyczące ich obaw związanych z otrzymaniem diagnozy. Uwzględniono wśród nich te, które miały charakter związany z relacjami społecznymi, starając się określić, jakie obawy związane z wystąpieniem choroby pacjenci wyrażali najczęściej¹⁶.

Reakcje pacjentów na diagnozę wykazywały zróżnicowanie w zależności od przebiegu choroby. Pacjenci, u których COVID-19 przebiegał bezobjawowo deklarowali, że nie odczuwali w związku z otrzymaniem diagnozy obaw dotyczących ich aktualnej sytuacji. Jeden z respondentów należących do tej grupy obawiał się, iż choroba może wywołać u niego jakieś powikłania. Drugi nie odczuwał żadnych obaw. Jak widać, do respondentów przeżywających COVID-19 bezobjawowo informacje podawane od połowy marca 2020 r. w polskich mediach o poważnych powikłaniach, które mogą wystąpić po przebyciu tej choroby

¹⁵ Wśród badanych 6 osób (4,7%) nie potrafiło odpowiedzieć, jak zareagowali na pierwsze objawy COVID-19. Brak odpowiedzi na to pytanie możemy interpretować jako brak reakcji na te objawy, związanej z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

¹⁶ Na wykresie nie przedstawiono reakcji emocjonalnych deklarowanych przez pacjentów, takich jak złość i żal. Skoncentrowano się na analizie obaw respondentów związanych z przebiegiem i skutkami choroby. Dane przedstawione na wykresie oparte są o pytanie wielokrotnego wyboru.

Wykres 2. Charakterystyka obaw pacjentów po uzyskaniu diagnozy COVID-19



Przebieg

nie dotarły, albo też respondenci ci nie odnosili tych informacji do siebie. Osoby chorujące bezobjawowo, które przed diagnozą choroby wywołanej przez wirusa SARS-CoV-2 się nie obawiały, także po postawieniu diagnozy nie zmieniły do niej swojego stosunku. Nie traktowały choroby jako poważnego schorzenia, mogącego stanowić zagrożenie dla nich samych. Choroba „przechodziła obok” normalnej trajektorii ich biografii, nie wywierając wg ich opinii żadnego wpływu na jej dalszy przebieg¹⁷.

Inaczej swoje doświadczenie po otrzymaniu diagnozy COVID-19 opisali pacjenci, u których występowała choroba o lekkim przebiegu. Była ona dla pacjentów zauważalna i uciążliwa, a doznawane objawy wyzwały u nich refleksję nad własną sytuacją życiową. Najważniejszą obawą, którą deklarowali respondenci należący do tej grupy, była obawa związana z możliwością wystąpienia powikłań pochorobowych. Wyrażał ją niemal co trzeci badany (31%). Otrzymanie diagnozy COVID-19 i doświadczenie objawów tej choroby doprowadziło u badanych do internalizacji treści przekazów medialnych, informujących o objawach pocovidowych, w tym także tych odległych. Treści te zostały potwierdzone w bezpośrednim kontakcie z lekarzem. Odczuwając objawy choroby pacjenci uświadomili sobie, że możliwość powikłań pocovidowych może dotyczyć także ich samych. Określenie powikłań po chorobie COVID-19 jako najgroźniejszego elementu w wytarzanym przez pacjentów obrazie choroby może też świadczyć o tym, że należący do tej grupy pacjenci byli przekonani, że chorobę przeżyją, a zastosowana przez lekarzy terapia okaże się skuteczna. Obawiali się skutków choroby, których obecnie nie doświadczały, ale których mogli doświadczyć w przyszłości. W podobny sposób możemy odczytać drugą pod względem częstotliwości wypowiedź ankietowanych: 28% respondentów zadeklarowało, że po potwierdzeniu diagnozy COVID-19 odczuwali poważny strach przed tym, co będzie dalej. Na trzecim miejscu pod względem częstości w tej grupie znalazła się obawa o to, czy bliskie osoby poradzą sobie bez chorego (22%). Jak pamiętamy, większość badanych pacjentów należała do starszych grup wiekowych, mieszkali wspólnie tylko z małżonkiem. W tej sytuacji poważna i długa choroba jednego z nich (albo obojga) mogła mieć istotny wpływ na dalszy przebieg ich biografii. Należy podkreślić, że żaden z respondentów z tej grupy nie zadeklarował, że po otrzymaniu diagnozy czuł lęk przed śmiercią. A aż 22% deklarowało, że po otrzymaniu diagnozy postanowili (pomimo odczuwanych obaw) zachować spokój, ponieważ „nerwy nic nie pomogą”. Postawa większości pacjentów przechodzących COVID-19 z lekkimi objawami, ujawniająca się po otrzymaniu przez nich diagnozy, odznaczała się realizmem w ocenie sytuacji, uwarunkowanym zarówno przez komunikaty

¹⁷ Jak miało się okazać, było to przekonanie błędne. W Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Głuchołazach leczeni są w 2021 r. pacjenci, którzy przebyli COVID-19 bezobjawowo. Pomimo tego wystąpiły u nich poważne powikłania, np. w obrębie płuc.

otrzymywane od lekarzy¹⁸, jak i wiadomości uzyskane wcześniej z mediów, które chorzy zaczęli teraz odnosić także do siebie. Prawie co piąty badany deklarował, że wdrożył jakieś metody samodyscyplinujące, umożliwiające opanowanie nadmiernej nerwowości i zachowanie „zimnej krwi”. Omówiony tu zespół reakcji respondentów na diagnozę poważnej choroby epidemicznej wskazuje nie tylko na cechy ich osobowości, lecz także wiązać się może z omówioną powyżej ich dobrą sytuacją socjoekonomiczną. Mając zapewniony stały i zaspokajający potrzeby życiowe poziom dochodów i brak zagrożenia ich utratą, respondenci koncentrowali swoją uwagę na biologicznych aspektach choroby. Podjęli trud, aby się z nią zmierzyć, zarówno teraz, jak i w przyszłości. Przewidywali bowiem, że choroba i związany z nią stan ograniczonej sprawności mogą się przedłużyć i projektowali swoje obawy na ten okres. Nie wyrażali jednak obaw, że choroba doprowadzi do zasadniczego załamania dotychczasowej linii ich biografii, nie spowoduje załamania ich sytuacji materialnej, ani też nie zakończy nagle ich życia.

Jeszcze inaczej swoje doświadczenia po otrzymaniu diagnozy COVID-19 opisały osoby, u których choroba przybrała ciężką postać. Aż 36% ankietowanych zadeklarowało, że głównym tematem ich obaw były te związane z dalszym ciężkim przebiegiem tej choroby, a u 22% poważną obawę budziła możliwość wystąpienia powikłań. Wśród badanych 16% deklarowało, że pojawiła się u nich wzmożona nerwowość, ale postanowili zachować spokój, starając się opanować tę reakcję. Warto wspomnieć też o wybranej przez 10% respondentów odpowiedzi: „nie bałem się, zaufałem lekarzom”. W grupie pacjentów najciężej chorych pojawiły się jednak nie występujące w dwóch poprzednich grupach respondentów obawy dotyczące dalszego trwania ich życia. Wśród badanych 7 osób (7,8%) zadeklarowało, iż bało się, że umrą, a 5 osób (5,6%), że czuli się jak sparaliżowani i przez kilka tygodni nie wierzyli, że wyjdą z tego żywi. Osiem osób (8,9%) wyznało, iż bało się, że choroba bardzo długo potrwa i będą cierpieć. Trzech pacjentów (3,3%) bało się, że zabraknie dla nich respiratora i zostaną bez pomocy. W projekcjach dotyczących dalszego przebiegu wypadków 12 respondentów (13,3%) bało się, że ich bliscy bez nich sobie nie poradzą, a 5 osób (5,6%), że ich dzieci zostaną sierotami. Dwóch respondentów (2,2%) bało się natomiast, że ich firma nie będzie odpowiednio zarządzana i zbankrutuje. Wyrażone przez ciężko chorych

¹⁸ Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem lekarz ma obowiązek poinformowania pacjenta o tym, że chory znajduje się w stanie zagrożenia życia. Jeżeli chorzy nie otrzymywali od lekarzy takich informacji, a ich przebieg choroby nie był przez nich odczuwany jako szczególnie ciężki, nie pojawiły się u nich objawy lękowe, skoncentrowane wokół możliwości nagłej śmierci. Chorzy nadal projektowali własną biografię w okresie „po COVID-19”, uznając taki punkt widzenia za realistyczny. Por. M. Stych, *Obowiązek lekarza a prawo pacjenta do informacji o stanie zdrowia oraz prowadzonych badaniach medycznych w wybranych aktach prawnych*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsał, W. Wójcik (red.), *Doradztwo – poradnictwo – wsparcie*, Warszawa – Bellerive-sur-Allier 2016, s. 45–56.

pacjentów obawy związane ze zdiagnozowaniem u nich choroby COVID-19 koncentrowały się na biologicznych (ból, cierpienie, możliwość powikłań, niepełnosprawność, śmierć) i społecznych (pozostawienie bez opieki bliskich, osierocenie dzieci, upadek firmy) konsekwencjach choroby. Konsekwencje te miały charakter prywatny, zogniskowany na przeżyciach chorego i jego rodziny. Obawy pacjentów miały charakter realistyczny, nawiązywały do rzeczywistej sytuacji pacjenta i wiązały się z obiektywnym stanem jego zdrowia. Mimo ciężkiego przebiegu choroby większość pacjentów wyrażała jednak pozytywne projekcje na przyszłość, dotyczące dalszego przebiegu życia. Obawiali się powikłań, cierpienia i okresowej niepełnosprawności, większość jednak wierzyła, że w ich biografii pojawi się okres „po chorobie”, w którym będą mogli jako funkcjonować, choć być może nie nastąpi to szybko.

Charakterystyka socjoekonomiczna badanej grupy, którą przedstawiono na początku tego rozdziału, pozwala wyjaśnić znikomą liczbę odpowiedzi wyrażających obawę, że w związku z chorobą, którą okazał się być COVID-19, pacjenci stracą pracę. Zdecydowana większość badanych posiadała bowiem stałe zatrudnienie, własną firmę lub otrzymywała świadczenia emerytalne lub rentowe, z czym wiązało się posiadanie prawnie uregulowanych świadczeń socjalnych i zdrowotnych. Obawy o możliwość utraty pracy w związku z zachorowaniem na COVID-19 nie wyraził żaden z chorych o bezobjawowym przebiegu choroby, 1 pacjent (3,1%) o lekkim jej przebiegu i tylko 3 pacjentów (3,3%) o przebiegu ciężkim. Tak jak w przypadku wcześniej występujących chorób, po potwierdzeniu diagnozy zakażenia wirusem SARS-CoV-2 respondenci z badanej przez nas grupy udali się na zwolnienie lekarskie, po którym mieli zapewniony powrót na dotychczas zajmowane miejsce pracy. Obawy związane z wystąpieniem choroby COVID-19 nie wiązały się więc u respondentów z perspektywą nagłej i trwałej utraty dochodów, zapewniających możliwość opłacenia podstawowych świadczeń. Poczucie bezpieczeństwa socjalnego może być jedną z przesłanek przyjęcia przez większość respondentów optymistycznej wersji dalszego przebiegu ich biografii, a także skoncentrowania się przez nich na walce z chorobą¹⁹. Wiara pacjenta w możliwość powrotu do zdrowia i pozytywne nastawienie do przyszłości są wg wielu lekarzy tak samo ważnym elementem procesu zdrowienia, jak farmakoterapia i właściwa opieka medyczna²⁰.

Odróżnia to bardzo wyraźnie członków badanej grupy od dużej części polskich pracowników, którzy pracują na umowę-zlecenie, w warunkach samozatrudnienia (tj. są właścicielami 1-osobowych firm wykonujących usługi dla

¹⁹ Por. M.P.E. Seligman, *Optymizmu można się nauczyć*, tłum. A. Jankowski, Poznań 2007, s. 68–72 i in.

²⁰ Por. D. Białas, *Zdrowie jako system postaw a wizja zdrowia w przekonaniach lekarzy*, [w:] B. Płonka-Syroka, A. Syroka (red.), *Leczyć, uzdrawiać, pomagać*. Studia z Dziejów Kultury Medycznej, t. 11, Wrocław 2007, s. 19–24.

większych przedsiębiorstw), pracując na dniówkę albo „na czarno”. Nie posiadając prawnie uregulowanego prawa do świadczeń socjalnych i zdrowotnych, pracownicy ci mogą wiązać zachorowanie na COVID-19 (jak na każdą inną chorobę) z utratą możliwości zarobkowania. Nie wykonując pracy, nie otrzymują bowiem wynagrodzenia. Choroby nie doświadczają w związku z tym – tak jak respondenci, których poglądy analizujemy w tej książce – w kategoriach biologicznych, ale przede wszystkim socjoekonomicznych – tj. jako zdarzenie życiowe podważające elementarne podstawy ich egzystencji. Mogłoby to prowadzić do wytwarzania się paradoksalnych reakcji na epidemię COVID-19: zaprzeczenia jej realnemu istnieniu lub poszukiwania jej przyczyn wśród innych czynników niż te, o których mówią lekarze. Skutkiem takiej reakcji mogłoby być odrzucenie wszystkich metod profilaktyki antycovidowej wprowadzanych przez władze, a także aktywne protesty przeciw zarządzeniom przeciwepidemicznym²¹.

Ważną kwestią w zakresie doświadczeń pacjentów związanych z epidemią COVID-19 stanowiły zmiany/brak zmian, które epidemia spowodowała w ich życiu. Wśród badanych 40% respondentów zadeklarowało, że epidemia będzie miała duże znaczenie w ich życiu rodzinnym, ale porównywalna ich grupa (43%) uznała, że trudno powiedzieć. Spośród respondentów 11% odpowiedziało: będzie miała znacznie małe, a 6% nie wybrało żadnej odpowiedzi. Odpowiedzi te można skorelować z przebiegiem choroby oraz jej skutkami dla rodziny pacjentów. Natomiast 18 osób (14,2%) zadeklarowało, że epidemia będzie miała duży wpływ na ich życie. Byli to respondenci, którzy stracili w trakcie epidemii małżonków lub krewnych i muszą obecnie zmagać się ze skutkami tej sytuacji. W takich wypadkach zmiany w życiu rodzinnym respondentów należy uznać za ewidentne i oparte na realistycznych podstawach, opinie są wyprowadzane z własnej biograficznej perspektywy osób badanych.

Zbadano także poglądy respondentów na to, co epidemia zmieni lub zmieniła w obszarze ich pracy zawodowej. Spośród badanych 32 pacjentów (25,2%) miało w momencie przeprowadzania ankiety status rencisty lub emeryta²². Epidemia nie wprowadziła więc żadnych zmian w tym statusie. Jeden ankietowany (0,8%) był w trakcie zachorowania na COVID-19 i w trakcie rehabilitacji pocovidowej osobą od dłuższego czasu bezrobotną. Brak pracy nie pozostawał w żadnym związku

²¹ Z taką sytuacją mieliśmy do czynienia w wielu krajach świata, w których duża część pracowników (np. we Włoszech) lub ich większość (jak w USA, Indiach, czy Brazylii) uzyskiwała dochody nie posiadając stałego zatrudnienia. Część z nich ostentacyjnie łamała zarządzenia antycovidowe, a część podejmowała aktywne protesty przeciwko ich wprowadzeniu. Zarządzenia te wiązały się bowiem z nagłym przerwaniem możliwości uzyskiwania dochodów, zapewniających zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych pracowników i ich rodzin.

²² Wszystkich emerytów i rencistów było 35, jednak odpowiedzi 3 z nich (1 rencisty i 2 emerytów) świadczą o wykonywaniu przez nich pracy zarobkowej, pomimo otrzymywania emerytury lub renty.

z COVID-19, sama choroba nie zmieniła też statusu osoby badanej. Wśród badanych 43 respondentów (33,9%) od momentu zachorowania na COVID-19 nie wróciło jeszcze do pracy. Nadal przebywają na zwolnieniu lekarskim, korzystając z przysługujących im uprawnień pracowniczych. Pozostali wrócili do pracy. Epidemia, mimo że dla dużej grupy badanych była trudnym osobistym przeżyciem, nie wywarła więc u większości z nich poważnego i negatywnego wpływu na ich biografie²³. Pacjenci przy pomocy lekarzy wypracowali sobie bowiem nowy rodzaj świadomości, ukształtowany w konfrontacji z chorobą. Jego istotą jest unikanie identyfikowania się wyłącznie z własnym organizmem, z jego dysfunkcjami i cierpieniem, które ów organizm dotykają. Właściwie ukształtowana dzięki prawidłowym relacjom z lekarzami²⁴ perspektywa doświadczania choroby przez pacjentów objęła także ich powrót do normalnego społecznego funkcjonowania. Ważnym obszarem ich aktywności było ich środowisko pracy.

Tylko jeden (0,8%) respondent nie udzielił żadnej odpowiedzi na pytanie dotyczące zmian w życiu zawodowym, jakie wiąże z epidemią. Pozostali uznali to za interesującą kwestię, na temat której chcieli się podzielić swoją opinią. Siedmiu (5,5%) badanych uznało, że wpływ epidemii na branżę, w której pracują jest niewielki. Pozostali uznawali, że jest inaczej. Odpowiedzi wyszczególniały takie obszary zmian, jak: 1) zmiany materialne (zmniejszenie zarobków, utrata stanowiska); 2. zmiany podyktowane reżimem sanitarnym (praca zdalna, noszenie masek ochronnych); 3. zmiany wynikające z pogorszenia stanu zdrowia osób, które przechorowały COVID-19 (konieczność poszukania mniej wyczerpującej pracy); 4. Pojawienie się lęku przed pracą (strach przed staniem się niekompetentnym pracownikiem po przebyciu choroby). Odpowiedzi te wskazują, że respondenci realistycznie oceniali sytuację. Zdawali sobie sprawę z tego, że (na jakiś czas) będą musieli przerwać wykonywanie pracy (z powodu osłabionej kondycji), albo poszukać sobie zatrudnienia w innym miejscu lub na innym stanowisku. Nie dodawali jednak do tej deklaracji dodatkowych opinii, negatywnie nacechowanych emocjonalnie, np. że epidemia doprowadzi do załamania ich kariery, spowoduje utratę możliwości zarobkowania, itp. O takim standardzie opinii pacjentów

²³ Podobna reakcja występuje także u wielu chorych, których choroba ma charakter przewlekły, a związana z nią niepełnosprawność ma charakter trwały. Wielu pacjentów zachowuje pomimo to pozytywny stosunek do życia, wykonuje w miarę swoich możliwości fizycznych pracę zarobkową, swoje życie uważa za sensowne, a postrzeganie samych siebie podkreśla ich autonomię wobec otoczenia i zachowanie sprawczości w sterowaniu własną biografią. Por. M. Zatoński, *O potrzebie badań nad przemianami samoświadomości pacjentów poddawanych dializie*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Człowiek, natura, kultura – studia z historii i antropologii medycyny i farmacji społecznej*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 2, Wrocław 2009, s. 225–234.

²⁴ Por.: T. Ostrowska, *Modele relacji lekarz-pacjent*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny*, Warszawa 2009, s. 235–250; A. Syroka, J. Rudnicki, A.K. Agrawal (red.), *Relacje lekarz-pacjent w procesie medykalizacji choroby*, Wrocław 2005.

zadecydował dominujący wśród nich profil socjoekonomiczny, przedstawiony na początku tego rozdziału. Respondenci nie uważali związanych z epidemią zmian za stanowiące „kamień milowy” w ich osobistej biografii, dzielonej na dwa etapy: przed i po epidemii. Osobista perspektywa respondentów wyraźnie odbiegała od polskiego dyskursu medialnego z pierwszych miesięcy epidemii, w którym prezentowano odbiorcom kilka powtarzających się figur, wyrażających schematyczne sposoby reagowania na epidemię: zbuntowanego hotelarza, gniewnego właściciela siłowni, załamane restauratora czy właściciela biura podróży. Media przez cały czas prezentując te figury podkreślały, że prowadzone przez te postacie przedsiębiorstwa – po epidemii i na skutek wprowadzonych przez rząd RP przymusowych zarządzeń przeciwepidemicznych – zbankrutują, zwolnią pracowników itp. Epidemia i jej skutki były w przekazie medialnym interpretowane z jednego dominującego punktu widzenia: utraty zysków przez pracodawców oraz zarobków przez pracowników. Był to obraz odległy od doświadczeń respondentów.

Duża część pacjentów, którzy przeżyli COVID-19 deklarowała pozytywne uczucia związane z wpływem choroby na ich życie zawodowe. Wyrażali radość i wdzięczność wobec losu w związku z wyzdrowieniem i możliwością powrotu do pracy. Jest to reakcja opisywana przez wielu badaczy samoświadomości osób chorych. Dla wielu pacjentów skonfrontowanie się z poważną chorobą lub z niebezpieczeństwem własnej śmierci stawało się bardzo ważnym doświadczeniem formacyjnym i impulsem twórczym. Uświadomienie sobie kruchości życia stawało się dla wielu chorych poważnym bodźcem nie tylko do poszukiwania przeżyć o charakterze hedonistycznym, związanych z konsumowaniem zgromadzonych wcześniej zasobów (takich jak np. nowe urządzenie mieszkania, wyjazd na zagraniczną wycieczkę), lecz także z ponownym podejmowaniem różnych rodzajów aktywności nastawionych na dalsze pomnażanie tych zasobów, nie tylko w sensie działalności zarobkowej. Ponowne podjęcie pracy zawodowej przez wielu rekonwalescentów bywa doświadczane jako przywrócenie normalnej trajektorii ich biografii sprzed choroby. Aktywność definiowana jako pomnażanie zasobów może być zarówno działalnością twórczą, jak i wykonawczą, jednak z silnym znaczeniem własnej zdolności sprawstwa²⁵. Może być ona manifestowana także w zawodach, których wykonywanie deklarowali badani (nauczyciel, lekarz, pielęgniarka, technik mechanik, kierowca, górnik i in.). Poczucie sprawstwa, odczuwane przez chorego po pomyślnym przebyciu rekonwalescencji i rehabilitacji, polega na możliwości ponownego „wejścia w dawne koleiny”, w których pacjent dobrze i pewnie się czuje, dobrze rozpoznaje i ocenia swoje miejsce w zespole,

²⁵ Por. H. Wierciński, *Formy zarządzania przyszłością i niepewnością w środowisku osób dotkniętych chorobą nowotworową*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Problemy diagnostyki i terapii w ujęciu nauk przyrodniczych i społecznych*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, t. 6, Wrocław 2012, s. 273–296.

czuje się pożyteczny, potrzebny, efektywny. Nie utrwała się w nim związane z chorobą poczucie bezpowrotnej utraty zasobów, związane z przebyciem poważnej choroby. Pacjent odtwarza swoje miejsce w strukturze społecznej, nawet jeżeli w związku z trwałymi następstwami przebytej choroby nie może już pracować tak aktywnie jak wcześniej albo dokładnie na tym samym stanowisku²⁶.

Przykłady wypowiedzi respondentów na temat zmian spowodowanych przez COVID-19 w związku z wykonywaniem pracy przedstawiamy poniżej: „*Pobyt na L4 obniżył moje zarobki. Główne miejsce zatrudnienia nie pozwala pracować mi w innych miejscach*”²⁷; „*Zostałem przeniesiony na gorsze, mniej płatne stanowisko*”²⁸; „*Praca zdalna jest dla mnie uciążliwa*”²⁹; „*Praca zdalna jest uciążliwa, ale mi odpowiada*”³⁰; „*Wróciłam [do pracy – uzup. autorek] na własną prośbę – praca to moje życie, ale jestem słaba i maseczka utrudnia pracę*”³¹. Doświadczenia z pracą wykonywaną w zmieniony sposób, relacjonowane przez respondentów, mają charakter realistyczny, dostosowany do faktycznie występującej sytuacji. Nie obserwujemy tu hipertrofii odczuć o ukierunkowaniu negatywnym.

Część badanych (7,1%) przyznała, że wrócili do pracy niechętnie i nadal odczuwają, że nie są tak sprawni, jak dawniej. Pacjenci z tej grupy podawali, że w pracy towarzyszą im: „*Problemy z oddychaniem*”³²; „*Ciągłe zmęczenie i bóle stawów dokuczają i utrudniają pracę*”³³; „*Covid zaostrzył objawy mojej choroby. Mam trudności z chodzeniem*”³⁴; „*Boję się, że znowu się zarażę i gorzej przejdę chorobę*”³⁵. Jedna ankietowana podzieliła się bardziej pozytywną refleksją: „*Powrót miał swoje dobre strony. Organizacja dnia poprawiła mi kondycję mięśni i koncentrację uwagi. Wrócił mi powoli zasób słów*”³⁶. Wśród wypowiedzi ankietowanych znalazły się również takie wyznania: „*Wróciłam do pracy po miesięcznym zwolnieniu, ale po 4 dyżurach źle się czułam. Wystąpiły bóle i duszności – jestem na zwolnieniu do teraz*”³⁷; „*Miałam podjąć dodatkową pracę, ale nie czuję się na siłach*”³⁸;

²⁶ Szerzej na ten temat por.: D. Białas, *Strategia narracyjna w procesach edukacji zdrowotnej*, [w:] B. Płonka-Syroka (red.), *Antropologia medycyny i farmacji w kontekście kulturowym, społecznym i historycznym*. Studia Humanistyczne Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej we Wrocławiu, t. 1, Wrocław 2008, s. 75–91.

²⁷ (K, lat 50). Zdania pisane kursywą to odpowiedzi respondentów na pytanie otwarte.

²⁸ (M, lat 58).

²⁹ (K, lat 49), (K, lat 67). To była jedna z dostępnych odpowiedzi w kwestionariuszu wypełnianym przez pacjentów. Wybrały ją 2 osoby.

³⁰ (M, lat 61).

³¹ (K, lat 54).

³² (M, lat 58).

³³ (K, lat 58).

³⁴ (K, lat 57).

³⁵ (K, lat 60).

³⁶ (K, lat 53).

³⁷ (K, lat 45).

³⁸ (K, lat 60).

„Wróciłam chętnie do pracy, ale często dokucza mi zmęczenie, deficyt koncentracji i myślenia”³⁹. I te wypowiedzi mają charakter realistyczny, znajdując odbicie w klinicznych opisach stanu zdrowia pacjentów po przebyciu COVID-19. Sytuacja socjoekonomiczna badanych i posiadane przez nich uprawnienia umożliwiałyby dłuższe przebywanie na zwolnieniu lekarskim lub uzyskanie rocznego świadectwa rehabilitacyjnego (w wysokości 80% wcześniej uzyskiwanych dochodów). Badani nie byli więc zmuszeni do powrotu do pracy. Jeżeli jednak to zrobili, to można przyjąć, że podjęcie pracy zawodowej stanowiło próbę ponownej konsolidacji ich biografii wokół statusu sprzed pojawienia się choroby: wejście w rolę pracownika i czerpanie z niej satysfakcji, a nie tylko środków do życia.

Pozytywny stosunek respondentów do własnej aktywności zawodowej i dążenie do jak najlepszego jej wykonywania wyrażają także opinie związane z obawami, czy będą w stanie ją wykonywać na oczekiwanym od nich poziomie: „(...) Jestem w ciągłym kontakcie ze współpracownikami i pracodawcą. Wszyscy tam na mnie czekają i wspierają mnie. Mam obawy, czy poddam pracy po powrocie. Mam obawy, czy będę wszystko pamiętać (...)”⁴⁰; „Na ten moment bardzo się boję powrotu do pracy”⁴¹; „Chętnie wróciłbym do pracy, ale nie wiem, czy dam sobie radę”⁴²; „Boję się, że jak wrócę do pracy, to nie dam rady podnieść pacjenta albo za wolno będę wykonywać swoją pracę. Chcę jak najszybciej nabrać sił i wrócić zdrowa do pracy, żeby nie być «zakalą» wśród zespołu”⁴³. Niektórzy badani wyrażali jeszcze więcej pozytywnych emocji, związanych z powrotem do pracy po przebyciu choroby. Wśród respondentów 9 badanych (7,1%) stwierdziło, że wrócili do pracy chętnie, mogąc nareszcie spotkać kolegów, 5 (3,9%) wróciło do pracy chętnie, mogąc w niej realizować swoje pasje. Spośród badanych 8 osób (6,3%) przyznało, że wszyscy w pracy na nich czekali. Niektórzy (5 osób, 3,9%) wybrali w kwestionariuszu więcej niż jedną z wymienionych wyżej odpowiedzi. Inni ankietowani dodali od siebie: „Już nie mogę się doczekać, kiedy wrócę do pracy”⁴⁴; „Wróciłem chętnie, prędkiej wracam do normalnego funkcjonowania”⁴⁵.

Profil przedstawionych powyżej wypowiedzi respondentów znajduje osadzenie w ich statusie społecznym sprzed wystąpienia choroby. Większość badanych miała wykształcenie średnie z maturą, a kilkunastu wykształcenie pomaturalne i wyższe. Byli też najczęściej w tym wieku, w którym o satysfakcji z pracy i miejscu zajmowanym w zespole pracowniczym nie decyduje tylko wykształcenie, lecz także staż pracy, uzyskane doświadczenie zawodowe i zaangażowanie.

³⁹ (K, lat 44).

⁴⁰ (K, lat 45).

⁴¹ (K, lat 34).

⁴² (M, lat 58).

⁴³ (K, lat 51).

⁴⁴ (M, lat 51).

⁴⁵ (M, lat 55).

Wśród badanych nie było wielu (ze względu na niewielką liczbę osób z wyższym wykształceniem) osób zajmujących samodzielne stanowiska kierownicze, ale w związku ze stażem pracy przynajmniej niektórzy respondenci mogli pełnić funkcje kierowników niższego szczebla, osób zarządzających mniejszymi zespołami pracowniczymi, właścicieli niewielkich firm itp. Dużą grupę badanych stanowili jednak pracownicy. Ich pozytywny stosunek do pracy i poczucie związane z jej wykonywaniem sensu (a nie tylko uzyskiwania zarobków, nastawienia na zysk) charakteryzuje ich dobre przystosowanie społeczne. Jest to zasób, z którego mogą skorzystać w okresie rehabilitacji pocovidowej.

Wysoki poziom przystosowania społecznego, połączony z ogólnym poczuciem sensu życia i bezpieczeństwa, wpływał też na kierunek wytwarzanych przez respondentów projekcji dotyczących ich sytuacji życiowej po zakończeniu choroby. Wśród badanych 13 respondentów (10,2%) zadeklarowało, że ich życie po przebyciu COVID-19 będzie przebiegało lepiej, a 10 osób (7,9%) odpowiedziało, że choroba w ich życiu nic nie zmieni. Pozostali wybrali odpowiedzi „trudno powiedzieć” (58,3%) albo nie udzielili odpowiedzi (5,5%), 23 ankietowanych wybrało odpowiedź, że ich życie po epidemii będzie przebiegać gorzej (18,1%). W Tabeli 6 zebrano najczęściej występujące opinie badanych, dotyczące wpływu epidemii COVID-19 na ich życie.

Tabela 6. Zestawienie opinii badanych na temat zmiany ich stosunku do życia po przebyciu epidemii COVID-19

Udzielona odpowiedź	Uzasadnienie (odpowiedzi na pytania otwarte)
Będzie lepiej	Ludzie bardziej docenią życie po przejściu choroby; będą bardziej dbać o zdrowie; będą wyrażać pozytywne nastawienie do przyszłości – np. wierzyć w skuteczność szczepionek i nabycie odporności zbiorowej; ludzie nabiorą zaufania do leczenia i rehabilitacji; u wielu nastąpi przewartościowanie priorytetów życiowych, zmiana pracy itp.
Będzie gorzej	Wyniszczenie organizmu przez chorobę; obawa przed trwałym zanikiem kontaktu między ludźmi; brak sił do pracy; powikłania; przewidywanie strat finansowych u wielu ludzi; kryzys ekonomiczny; obawa przed mutacjami wirusa; zaburzenia psychiczne spowodowane izolacją; problemy finansowe u wielu ludzi.
Nic się nie zmieni	Ludzie stwierdzą, że wrócimy do stanu sprzed epidemii; zostanie zachowana stabilność finansowa; choroba nie spowoduje szkód, z jakimi nie można by sobie poradzić; epidemia kiedyś przeminie i powrócimy do normalności.
Trudno powiedzieć	„Nie umiem odpowiedzieć”, „nie wiem”, stwierdzenie, że choroba nie jest do końca znana i trudno przewidzieć co będzie; uznanie, że nie wiadomo, kiedy i czy w ogóle COVID-19 zniknie z naszego życia.

Analizując uzasadnienia odpowiedzi „będzie lepiej” i „nic się nie zmieni” możemy stwierdzić, że są oparte głównie na osobistych doświadczeniach badanych i ich pozytywnych projekcjach dotyczących ich przyszłości. Odpowiedzi typu „będzie gorzej” i „trudno powiedzieć” stanowią natomiast w znacznie większym stopniu odzwierciedlenie treści przekazu medialnego, docierającego w pierwszych miesiącach epidemii do polskiej opinii publicznej, omówionego w pierwszych dwóch rozdziałach niniejszej książki.

Podjęto próbę określenia uwarunkowań kształtowania się u respondentów jednej z tych dwóch perspektyw, odnosząc je do sytuacji socjoekonomicznej badanych. W badanej grupie 127 pacjentów 49 osób (38,6%) uzyskiwało dochody poniżej 3000 zł⁴⁶, 58 (45,7%) od 3000 do 6000 zł, 11 osób (8,7%) powyżej 6000 zł, a pozostałe 9 (7,1%) nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Tabela 7 przedstawia częstotliwość odpowiedzi dotyczących zmian w życiu pacjentów, występujących w grupach wydzielonych na podstawie wysokości dochodów. Uwzględniono również procentowy udział danej odpowiedzi w badanej populacji.

Analiza wypowiedzi respondentów należących do różnych grup dochodowych pozwoliła stwierdzić, że status socjoekonomiczny wywierał wpływ na poglądy badanych dotyczących zmian w ich relacjach rodzinnych. Respondenci o najwyższych i o najniższych dochodach spodziewali się w tych relacjach dużych zmian, natomiast o średnich dochodach najczęściej uznawali, że trudno powiedzieć, czy takie zmiany nastąpią. Wielu z nich także wskazywało jednak na duże zmiany w życiu rodziny.

Zmiany w życiu zawodowym (po wykluczeniu osób, które nie udzieliły odpowiedzi na pytanie ich dotyczące oraz tych, które jeszcze nie wróciły do pracy) we wszystkich badanych grupach były najczęściej pozytywne – ankietowani czuli wdzięczność i radość z powodu powrotu do pracy. Zmiany w stosunku do życia również prezentowały się podobnie. Było tak we wszystkich grupach respondentów. Większość badanych, bez względu na zarobki, uznała, że trudno odpowiedzieć na to pytanie.

Wysoka frekwencja odpowiedzi zebranych w kategorii „trudno powiedzieć” wskazuje na niską efektywność oficjalnej polityki przeciwepidemicznej w Polsce w pierwszych miesiącach epidemii. Do świadomości społecznej nie dotarł i nie upowszechnił się w niej w sposób dostateczny kliniczny obraz epidemii COVID-19, przedstawiający ją jako jedną z chorób zakaźnych, chorobę „taką jak inne”, przeciwko której państwo polskie ma wypracowane procedury prawne i administracyjne, które może w takim wypadku zastosować i które – po uznaniu epidemii COVID-19 za zagrożenie dla zdrowia publicznego – państwo ostatecznie wdrożyło. Świadomość badanych ukształtował odmienny przekaz medialny, prezentowany zarówno w prasie, jak i w telewizji w pierwszych tygodniach tej

⁴⁶ Pojęcie dochody odnosi się zarówno do pensji, jak i do rent i emerytur.

epidemii. Jego najważniejszymi elementami były stwierdzenia: COVID-19 jest to choroba nie do końca znana, trudno przewidzieć, co będzie dalej, nie wiadomo, czy i kiedy w ogóle zniknie z naszego życia. Wszystkie te stwierdzenia można uznać za ograniczające efektywność wprowadzanych przez rząd przymusowych zarządzeń przeciwepidemicznych. Zgodnie z logiką ówczesnego przekazu medialnego, COVID-19 nie był „chorobą taką jak inne”, niewiele było o niej wiadomo, w tym także to, czy w ogóle istnieją jakieś środki, które można zastosować, aby się jej przeciwstawić.

Tabela 7. Zestawienie opinii respondentów na temat zmian spowodowanych epidemią w zależności od poziomu uzyskiwanych dochodów

		Zarobki:		Poniżej 3000 zł		3000–6000 zł		Powyżej 6000 zł	
		Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%		
Zmiany w rodzinie	Duże	23	47	21	36	5	45		
	Małe	3	6	9	16	2	18		
	Trudno powiedzieć	19	39	26	45	3	27		
	Brak odpowiedzi	4	8	2	3	1	9		
Zmiany w pracy	Materialne	0	0	3	5	1	9		
	Dyktowane reżimem sanitarnym	0	0	4	7	0	0		
	Wynikające z pogorszenia stanu zdrowia	3	6	8	14	1	9		
	Pojawienie się strachu	3	6	2	3	0	0		
	Pojawienie się radości i wdzięczności	7	14	9	16	1	9		
	Ankietowani, którzy jeszcze nie wrócili do pracy	11	22	22	38	5	45		
	Emeryci	19	39	9	16	1	9		
	Bezrobotni	1	2	0	0	0	0		
	Brak zmian	2	4	3	5	1	9		
	Brak odpowiedzi	1	2	0	0	0	0		
Zmiany w stosunku do życia – będzie ono przebiegać:	Lepiej	2	4	8	14	3	27		
	Gorzej	12	24	9	16	1	9		
	Nic się nie zmieni	2	4	5	9	2	18		
	Trudno powiedzieć	29	59	34	59	4	36		
	Brak odpowiedzi	4	8	2	3	1	9		

W sytuacji poznawczej ukształtowanej przez przekaz o takiej treści, możliwe było ujawnienie się dwóch strategii reakcji na epidemię. Jedna z nich mogła zostać oparta na koncepcji „przeczekania”, „zobaczenia co będzie dalej”, niepodjęcia działań „przedwczesnych”, niedostatecznie uzasadnionych, za które część wyznawców tej strategii uznała później szczepienia. Druga strategia mogła przyjąć postać negacjonizmu. Skoro o epidemii COVID-19 wiemy tak niewiele, to może okazać się prawdopodobne, że epidemia ta w ogóle nie istnieje. Gdyby oficjalna strategia informacyjna na temat epidemii COVID-19 już w lutym 2020 r. została oparta na argumentach klinicznych, a same informacje zostały szeroko upublicznione w polskim społeczeństwie, w marcu 2020 r. i w następnych miesiącach tak wielu Polaków nie wyrażałoby niewiedzy na temat tej choroby, która określiłaby następnie ich powściągliwe lub negatywne stanowisko wobec metod profilaktyki zalecanych przez lekarzy⁴⁷.

W tabeli 8 zostały zestawione opinie respondentów dotyczących zmian w ich życiu, skorelowane z innym parametrem: przebiegu COVID-19, który pacjenci przeżyli w sposób bezobjawowy, ze średnią dolegliwością objawów i w postaci ciężkiej. Podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, czy indywidualny przebieg choroby wpływał na konstruowane przez respondentów projekcje dotyczące wpływu epidemii na sytuację w Polsce i przyszłość ich rodzin.

Przebieg choroby COVID-19 nie spowodował większego zróżnicowania opinii badanych na temat zmian w życiu zawodowym oraz w ogólnym stosunku do życia. Wyraźnie jednak widać różnice w ich opiniach na temat życia rodzinnego. Większość pacjentów o bezobjawowym i lekkim przebiegu deklarowała, że trudno im stwierdzić jakie znaczenie dla ich życia rodzinnego będzie miał COVID-19. W grupie pacjentów o ciężkim przebiegu dominuje jednak poczucie, że ten wpływ będzie duży.

⁴⁷ Przykładem właściwej strategii informacyjnej dotyczącej zagrożenia epidemicznego ze strony COVID-19 jest przekaz telewizji POLSAT, występujący w niej od października 2021 r., po zatrudnieniu w tej stacji oficjalnego konsultanta medycznego. Z audycji informacyjnych telewizji POLSAT zniknęły w tym czasie występujące w nich wcześniej wątki paranaukowe, a także podnieszone przez dziennikarzy wątpliwości dotyczące stanowiska światowych i polskich klinicystów na temat tej choroby. W telewizyjnych występach lekarzy problem epidemii COVID-19 ukazywany jest odtąd we współczesnym standardzie klinicznym, forma przekazu jest zrozumiała, argumentacja sformułowana w sposób przejrzysty, oparty na faktach, danych statystycznych itp. Szkoda, że w pierwszych miesiącach 2020 r. we wszystkich polskich mediach nie zdecydowano się na tak profesjonalny sposób przekazu informacji na temat epidemii. Pozwalałoby to bowiem na zbudowanie dobrej podstawy dla wdrażanych później przez władze metod profilaktyki populacyjnej.

Tabela 8. Zestawienie opinii respondentów na temat zmian spowodowanych epidemią w zależności od przebiegu choroby

Przebieg choroby:		Bezobjawowy		Lekki		Ciężki	
		Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Zmiany w rodzinie	Duże	0	0	8	25	41	46
	Małe	0	0	1	3	13	14
	Trudno powiedzieć	1	50	20	63	32	36
	Brak odpowiedzi	1	50	3	9	4	4
Zmiany w pracy	Materialne	0	0	0	0	3	3
	Dyktowane reżimem sanitarnym	0	0	1	3	4	4
	Wynikające z pogorszenia stanu zdrowia	0	0	5	16	8	9
	Pojawienie się strachu	0	0	0	0	5	6
	Pojawienie się radości i wdzięczności	0	0	8	25	10	11
	Ankietowani, którzy jeszcze nie wrócili do pracy	0	0	7	22	37	41
	Emeryci	1	50	9	28	22	24
	Bezrobotni	0	0	0	0	1	1
	Brak zmian	1	50	2	6	4	4
	Brak odpowiedzi	0	0	0	0	1	1
Zmiany w stosunku do życia – będzie ono przebiegać:	Lepiej	0	0	2	6	11	12
	Gorzej	0	0	5	16	17	19
	Nic się nie zmieni	0	0	3	9	7	8
	Trudno powiedzieć	1	50	19	59	52	58
	Brak odpowiedzi	1	50	3	9	3	3

W tabeli 9 przedstawiono zestawienie opinii respondentów, w których rodzinach wystąpiła ciężka choroba lub śmierć osób bliskich. Wśród 127 badanych osób, 11 osób (8,6%) doświadczyło śmierci jednego lub więcej członka rodziny, a 23 ankietowanych (18,1%) doświadczyło ciężkiej choroby bliskiej osoby⁴⁸.

⁴⁸ Tabela przedstawia opinie tych respondentów, którzy doświadczyli ciężkiej postaci COVID-19 bliskiej osoby, a która nie zakończyła się jej śmiercią w momencie przeprowadzania ankiety.

Tabela 9. Zestawienie opinii na temat zmian spowodowanych epidemią, których bliscy zmarli lub u których wystąpił ciężki przebieg choroby

Doświadczenie przez ankietowanego:		Śmierci bliskiej osoby		Ciężkiej choroby u bliskiej osoby	
		Liczba	%	Liczba	%
Zmiany w rodzinie	Duże	6	55	13	57
	Małe	3	27	2	9
	Trudno powiedzieć	2	18	7	30
	Brak odpowiedzi	0	0	1	4
Zmiany w pracy	Materialne	0	0	1	4
	Dyktowane reżimem sanitarnym	1	9	0	0
	Wynikające z pogorszenia stanu zdrowia	1	9	3	13
	Pojawienie się strachu	0	0	0	0
	Pojawienie się radości i wdzięczności	2	18	6	26
	Ankietowani, którzy jeszcze nie wrócili do pracy	3	27	8	35
	Emeryci	4	36	5	22
	Bezrobotni	0	0	0	0
	Brak zmian	0	0	0	0
	Brak odpowiedzi	0	0	0	0
Zmiany w stosunku do życia – będzie ono przebiegać:	Lepiej	0	0	3	13
	gorzej	3	27	6	26
	Nic się nie zmienia	2	18	1	4
	Trudno powiedzieć	6	55	13	57
	Brak odpowiedzi	0	0	0	0

Analiza wypowiedzi badanych, którzy doświadczyli śmierci bliskiej osoby wykazała, że respondenci mają świadomość tego, że ich dotychczasowe relacje rodzinne ulegną zmianie. Oceniali te zmiany negatywnie. Nikt z respondentów należących do tej grupy nie wyraził przekonania, że jego życie będzie przebiegać lepiej. Wśród osób, których ciężko chorujący na COVID-19 bliscy nie umarli, wystąpiły natomiast wypowiedzi o zróżnicowanym charakterze. Zdarzały się odpowiedzi wyrażające ogólnie pozytywne nastawienie do przyszłości, choć stanowiły mniejszość. Dla większości badanych z tej grupy poważna choroba bliskiej osoby stanowiła silnie obciążające przeżycie, wpływające na tworzenie projekcji

skierowanych na przyszłość. W wypowiedziach badanych zwraca uwagę to, że respondenci z obu grup (zarówno tych, których bliscy zmarli, jak też chorując ciężko otarli się o śmierć) często wyrażają wdzięczność i zadowolenie z powodu powrotu do pracy. Niewykluczone, że swoim w powrocie do aktywności zawodowej upatrują skuteczny sposób na łagodniejsze przeżycie żałoby po utracie bliskich lub powrotu do trajektorii biografii sprzed choroby, dostarczającej im poczucia bezpieczeństwa i sensu życia.

W doświadczeniu choroby przez pacjenta i wśród uwarunkowań kształtowania się obrazu choroby jako elementu ich biografii ważne miejsce zajmuje poczucie wsparcia społecznego (lub jego brak) oraz satysfakcja (lub jej brak) dotycząca poziomu opieki lekarskiej. W świetle badań socjologii i antropologii medycyny chorzy doświadczający wysokiego poziomu wsparcia społecznego i odczuwający satysfakcję z poziomu opieki lekarskiej w swojej narracji dotyczącej choroby częściej formułują pozytywne projekcje na przyszłość. Opieka, którą zostali otoczeni podczas choroby, umożliwia im bowiem przeżycie jej biologicznych objawów w bezpiecznym kontekście społecznym. W trakcie choroby została zachowana ich podmiotowość i trwałość relacji społecznych, co należy do ważnych przesłanek kształtowania narracji biograficznej pacjenta, w tym dotyczącej okresu choroby⁴⁹. Opieka lekarska, którą pacjenci uznają za satysfakcjonującą, przyczynia się do przyspieszenia procesu zdrowienia⁵⁰. Inaczej kształtuje się doświadczenie choroby przez pacjentów, których poczucie podmiotowości zostało w jej trakcie naruszone, ich relacje społeczne okazały się mniej trwałe niż sądzili, lub dotknął ich rzeczywisty brak wsparcia społecznego, z którego potencjalnej możliwości już wcześniej zdawali sobie sprawę. Samotność pacjenta w obliczu biologicznych objawów choroby jest istotnym czynnikiem niekorzystnym pod względem rokowania, osłabia wolę walki z chorobą, sprzyja załamaniu psychicznemu chorego itp. Podobnie kształtuje perspektywę poznawczą pacjenta związaną z chorobą brak satysfakcjonującej relacji z lekarzem. Brak zaufania do lekarza jest zawsze niekorzystny pod względem rokowania i pogłębia negatywne przeżycia pacjenta związane z chorobą⁵¹, wobec której chory jest sam zarówno pod względem społecznym (co wynika z braku wsparcia osób bliskich), jak i medycznym (co wynika z braku dostatecznej opieki nad pacjentem przez lekarza).

⁴⁹ Por. B. Płonka-Syroka, *Problemy etyczne w farmacji...*, s. 293–323.

⁵⁰ Por. A. Zarek, M. Tyszkiewicz-Bandur, *Relacja lekarz-pacjent jako relacja terapeutyczna*, [w:] B. Płonka-Syroka, M. Dąsał, W. Wójcik (red.), *Doradztwo...*, s. 67–85; E. Drabik-Danis, A. Hans-Wytrychowska, D. Kurpas, *Wybrane metody i narzędzia podnoszące efektywność relacji lekarz-pacjent*, [w:] A. Steciwko, J. Barański (red.), *Porozumiewanie się lekarza z pacjentem i jego rodziną*, Wrocław 2012. Por. też inne artykuły w tej monografii.

⁵¹ Por. I. Wróblewska, A. Steciwko, *Zaufanie jako jeden z najistotniejszych czynników umożliwiających prawidłowe porozumiewanie się pomiędzy lekarzem a pacjentem*, [w:] A. Steciwko, J. Barański (red.), *Relacja lekarz-pacjent. Zrozumienie i współpraca*, Wrocław 2013, s. 13–24.

Wśród respondentów 67 ze 127 ankietowanych (52,8%) stwierdziło, że pomoc, jakiej im udzielono na początku choroby była odpowiednia i zaopiekowano się nimi we właściwy sposób. Spośród badanych 26 osób (20,5%) podało, że miały problem z dodzwonieniem się do sanepidu lub lekarza i musiały oczekiwać na pomoc. Aż 46 osób (36,2%) stwierdziło, że czekało w domu, czy choroba stanie się groźna. Dopiero wtedy, gdy objawy uległy zaostrzeniu zaczęły aktywniej poszukiwać pomocy lekarskiej. Sześć osób (4,7%) nie odpowiedziało na to pytanie⁵². Wśród 46 osób, które czekały w domu na dalszy rozwój objawów 26 (56,5%) odpowiedziało, że bało się, a aż 10 (21,7%) że bardzo się bało. Wśród badanych 23 osoby (50%) podały, że mogło wówczas liczyć tylko na żonę lub męża. Spośród respondentów 30 osób (65,2%) deklarowało, że mogło liczyć tylko na siebie (odpowiedzi: „byłem sam ze swoim strachem” 7 osób (15,2%); nikt mi nie pomagał 23 osoby, 50%⁵³). Natomiast 23 osoby z tej grupy (50%) zadeklarowały, że mogły liczyć na wsparcie dorosłych dzieci. W interpretacji tych wypowiedzi trzeba odwołać się zarówno do zarządzeń antycovidowych (izolacja, kwarantanna), które uniemożliwiły dzieciom bezpośredni kontakt ze starymi rodzicami⁵⁴, jak i do faktu, że duża część badanych zamieszkiwała tylko ze współmałżonkiem, który już wcześniej mógł zachorować i zostać przewieziony do szpitala.

Poczucie bezpieczeństwa i wsparcia u chorych na COVID-19 nie było wysokie. Wielu z nich przeżywało chorobę w osamotnieniu, zarówno w domu, jak i po przewiezieniu do szpitala. Oto kilka przykładowych wypowiedzi respondentów dotyczące ich przeżyć związanych z chorobą, zanim zostali przyjęci do szpitala: „Dzięki lekarzowi pierwszego kontaktu lykalem tabletki przeciwko grypie. Półprzytomny sam dojechałem do szpitala i tam mnie uratowali”⁵⁵; „Brak zainteresowania ze strony sanepidu i policji. Nikt nie interesował się, czy ja i moja rodzina mamy co jeść i czy jeszcze żyję”⁵⁶; „W trakcie pobytu w domu (2 tyg.) brak kontaktu z POZ. Teleporada jako forma kontaktu z lekarzem (słabo)”⁵⁷; „Znoszenie objawów choroby, a w kryzysie (silne duszności i kaszel) brak pomocy lekarza z pomocy świątecznej (był weekend), bardzo brzydtko wyrażona odmowa. Na szczęście udało mi się znaleźć pomoc w inny sposób, zanim nie byłam już w stanie tego zrobić. Lekarz, który odmówił pomocy, „zabezpieczał” rejon w Wodzisławiu Śląskim. Szczęśliwie dzięki pomocy innych osób w półtorej godziny znalazłam się w szpitalu”⁵⁸; „Trudno

⁵² W analizowanym pytaniu ankietowani mieli możliwość wybrania więcej niż jednej odpowiedzi. Wspomniane 4,7% ankietowanych nie wybrało żadnej z nich.

⁵³ W tym pytaniu ankietowani również mieli możliwość wybrania więcej niż jednej odpowiedzi.

⁵⁴ Do udzielenia faktycznego wsparcia nie był on jednak niezbędny. Można go bowiem było udzielić także przez Internet lub przez telefon, oferując bliskim troskę i zainteresowanie.

⁵⁵ (M, lat 71).

⁵⁶ (K, lat 50).

⁵⁷ (M, lat 37).

⁵⁸ (K, lat 48).

było dostać się do szpitala⁵⁹; „Brak dostępu do lekarza. Rodzina daleko, był strach, ale też i spokój, że jeśli odejdę to we śnie⁶⁰”.

Także po przyjęciu do szpitala nie zawsze pacjenci czuli się bezpiecznie. Oto kilka wypowiedzi dotyczących ich przeżyć związanych z okresem hospitalizacji: „Najtrudniejsze i najbardziej przykre było to, jaki w tym konkretnym szpitalu był stosunek personelu do pacjentów covidowych⁶¹”; „W szpitalu było okropnie. Praktycznie to jest system. Raczej nikt by się nie interesował chorymi. Były tylko zalecenia⁶²”; „Olesno – brak badań za pierwszym razem. Zimne i obcesowe traktowanie pacjentów za drugim razem. Kluczbork – brak uwag – wzorcowe działanie⁶³”; „Jako pacjent człowiek odczuwał strach, że może być tą kolejną reanimowaną osobą lub tą, która umrze – tego nikt nie wiedział. Atmosfera była przemiła. Traumą było opuszczenie oddziału – jakby mury więzienia. Wszystko w czerwonych workach, drzwi zamknięte na klucz. Za murami szpitala – nowe życie!⁶⁴”. Zebrane wypowiedzi mają charakter jednostkowy, ale właściwie ilustrują zarówno oczekiwania osób chorych, jak i to, w jaki sposób zostały one spełnione w różnych placówkach. Oczekiwania te u wszystkich badanych osób były takie same: w sytuacji poważnego zagrożenia zdrowia lub życia pragnęły uzyskać profesjonalną pomoc lekarską, udzieloną w szpitalu. Pomoc ta powinna być udzielona we współczesnym standardzie klinicznym, do którego pacjenci mieli zaufanie, podobnie jak do pracowników systemu medycyny publicznej, w którym pragnęli ją uzyskać. Utrudniony dostęp do lekarza, długie oczekiwanie na pomoc lekarską i przyjęcie do szpitala żadnego z badanych nie skłoniły do poszukiwania pomocy poza standardem klinicznym, np. u uzdrowicieli, albo do podjęcia samoleczenia. Mimo że (jak wynika z innego fragmentu badań) niemal wszyscy badani zachorowania na COVID-19 się nie spodziewali, gdy wraz z pogarszaniem się stanu zdrowia uświadomili sobie taką możliwość, rozpoczęli działania ratunkowe zgodne ze standardem klinicznym i z instrukcjami dla pacjentów, które po 13 marca 2020 r. rozpoczęto przekazywać w telewizji. W działaniach tych byli „uporczywi”, starając się uzyskać oczekiwaną profesjonalną pomoc lekarską pomimo tego, że było to trudne. Można też stwierdzić, że zła organizacja opieki medycznej, obojętność personelu szpitalnego, brak zaangażowania w proces leczenia i stworzenie chorym złej atmosfery na oddziale szpitalnym także nie skłaniały respondentów do odrzucenia standardu klinicznego i modelu leczenia szpitalnego jako takich i poszukania pomocy paramedycznej. Czynniki te stawały się natomiast przesłanką do wyrażenia negatywnych ocen sposobu funkcjonowania tego modelu. Z opinii respondentów

⁵⁹ (K, lat 67).

⁶⁰ (K, lat 54).

⁶¹ (M, lat 64).

⁶² (K, lat 60).

⁶³ (M, lat 47).

⁶⁴ (K, lat 54).

można także wyprowadzić wniosek, że w tych samych warunkach organizacyjnych i prawnych, będących podstawą funkcjonowania polskiego systemu medycyny publicznej w okresie I fali epidemii, jedne placówki działały lepiej, a inne gorzej, tworząc bardzo zróżnicowane warunki pobytu w nich pacjentów. Decydowali o tych warunkach zatrudnieni w nich ludzie, ich zaangażowanie i empatia wobec chorych, które zostały przez pacjentów docenione, a nie polski system medycyny publicznej jako taki, albo brak środków ochrony osobistej czy respiratorów.

Tabela 10. Zestawienie opinii respondentów na temat wsparcia społecznego i oceny opieki lekarskiej

Poziom poczucia wsparcia społecznego w postaci:		Pozytywnej oceny opieki lekarskiej		Negatywnej oceny opieki lekarskiej		Opieki rodziny		Braku opieki rodziny	
		Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Zmiany w rodzinie	Duże	26	39	25	42	18	55	34	36
	Małe	8	12	6	10	1	3	13	14
	Trudno powiedzieć	30	45	24	40	13	39	41	44
	Brak odpowiedzi	3	4	5	8	1	3	6	6
Zmiany w pracy	Materialne	1	1	3	5	1	3	3	3
	Dyktowane reżimem sanitarnym	0	0	5	8	3	9	2	2
	Wynikające z pogorszenia stanu zdrowia	6	9	7	12	4	12	9	10
	Pojawienie się strachu	2	3	3	5	2	6	3	3
	Pojawienie się radości i wdzięczności	10	15	7	12	7	21	10	11
	Ankietowani, którzy jeszcze nie wrócili do pracy	26	39	17	28	5	15	38	40
	Emeryci	18	27	14	23	9	27	23	24
	Bezrobotni	0	0	1	2	0	0	1	1
	Brak zmian	3	4	4	7	3	9	4	4
	Brak odpowiedzi	1	1	0	0	0	0	1	1
Zmiany w stosunku do życia – będzie ono przebiegać:	Lepiej	7	10	6	10	6	18	7	7
	Gorzej	9	13	14	23	6	18	17	18
	Nic się nie zmieni	8	12	2	3	1	3	9	10
	Trudno powiedzieć	41	61	33	55	18	55	56	60
	Brak odpowiedzi	2	3	5	8	2	6	5	5

W Tabeli 10 przedstawione zostało zestawienie opinii badanych na temat wsparcia społecznego, które pacjenci uzyskali w trakcie choroby i ich ocenę opieki lekarskiej, którą zostali otoczeni.

W wypowiedziach badanych ujawnia się brak dostatecznej informacji na temat epidemii COVID-19, której chorzy nie zdołali uzyskać przed pojawieniem się objawów choroby, oraz ograniczony poziom bezpieczeństwa i komfortu psychicznego, który odczuwali zmagając się z chorobą. Wobec biologicznych objawów choroby niemal połowa badanych nie czuła się otoczona dostateczną opieką i wsparciem, co mogło wzmacniać w tym czasie ich negatywne projekcje na przyszłość związane z dalszym przebiegiem ich życia i skutków epidemii.

W sytuacji, w której pacjent czuje się osamotniony wobec choroby, bardzo poważną rolę odgrywa poziom wiedzy na jej temat, którą udało mu się uzyskać. Gdy ten poziom jest niewielki lub jest to wiedza oparta na nieprofesjonalnych podstawach, wytwarzany przez pacjenta obraz choroby może być źródłem większych obaw i lęku, niż to wynika z przesłanek biologicznych. Aby temu zapobiec, w wielu państwach Europy prowadzono w XX w. programy masowej edukacji zdrowotnej. Dotyczyły one chorób powszechnie występujących wówczas w populacji i dla wielu jej członków będących źródłem lęku⁶⁵. W wyniku tych programów, jak również edukacji szkolnej, schorzenia, które wcześniej budziły w opinii publicznej lęk, zostały częściowo „oswojone”. Opinię publiczną zapoznawano bowiem w sposób dla niej zrozumiały z ich przyczynami, objawami, metodami leczenia i profilaktyki. Powszechna edukacja zdrowotna doprowadziła z czasem do wyeliminowania ze świadomości zbiorowej zakorzenionych w niej wcześniej projekcji i mitów na temat genezy tych chorób i związanych z nimi, nieuzasadnionych klinicznie przekonań dotyczących profilaktyki i terapii⁶⁶. W przypadku COVID-19 akcja tego rodzaju nie została w Polsce przeprowadzona w styczniu i lutym 2020 r. Obywatele naszego kraju nie uzyskali wyczerpujących informacji o tej chorobie, przygotowanych w prostej i zrozumiałej dla laików formie przez epidemiologów i lekarzy klinicznych, ale zostali skonfrontowani od razu z wiadomością o wybuchu epidemii COVID-19 w Polsce. Skutkiem tego wielu nie potraktowało tej epidemii jak „choroby takiej jak wszystkie inne” (o których informują masowe akcje profilaktyczne, prowadzone w placówkach systemu

⁶⁵ Było to m.in. gruźlica, choroby weneryczne, choroby zakaźne wieku dziecięcego, choroby zakaźne rozpowszechniane drogą pokarmową.

⁶⁶ O przekonaniach dotyczących przyczyn chorób, ich leczenia i zapobiegania ich wystąpieniu, niezgodnych ze standardem klinicznym istnieje obszerne piśmiennictwo etnograficzne. Sposoby interpretowania choroby w kulturze typu ludowego omawia Aleksandra Szlagowska-Papuzińska we wspomnianej już wyżej monografii pt. *Mityzacja choroby. Choroba jako konstrukt społeczny i kulturowy*, Wrocław 2021. Autorka obszernie przedstawia poglądy obecne w polskim społeczeństwie w XIX w. oraz bada trwałość niektórych ich elementów w XX i XXI w. Dotyczy to także zakorzenionych w świadomości potocznej interpretacji epidemii COVID-19.

medycyny publicznej)⁶⁷, ale jak chorobę nową, nieznaną, niezrozumiałą nawet dla lekarzy. Przyjrzyjmy się obecnie, jakie były źródła wiedzy badanych na temat epidemii.

Tabela 11. Źródła informacji respondentów na temat epidemii COVID-19 w Chinach⁶⁸

Źródło informacji	Liczba respondentów
Internet	52 (40,9%)
TVP	50 (39,4%)
TVN	38 (29,9%)
Polsat	20 (15,7%)
Radio	17 (13,4%)
Gazety codzienne	15 (11,8%)
Grupy społecznościowe w Internecie	4 (3,1%)
Gazety tygodniowe	3 (2,4%)
Sprzedawca w sklepie	1 (0,8%)

Jak widać z umieszczonych w Tabeli 11 danych, najczęstszym źródłem informacji na temat epidemii COVID-19 w Chinach był Internet (40,9%). Do uzyskanych danych należy dodać 3,1% respondentów, którzy poszukiwali i uzyskali informacje o epidemii w Chinach z internetowych grup społecznościowych. Około 44% badanych mogło tą drogą poznać przekazy dotyczące COVID-19, podawane

⁶⁷ Są to m.in. wirusowe zapalenie wątroby typu B i typu C, meningokokowe zapalenie mózgu, grypa sezonowa, zakażenie spowodowane przez wirus brodawczaka itp. Informacje o tych schorzenia były w 2019 i w początkach 2020 r. popularyzowane w polskich przychodniach w formie bezpłatnych ulotek i broszur dla pacjentów. Zestaw informacji, które były w nich zawarte, dotyczył przyczyn choroby, dróg jej rozpowszechniania, metod leczenia i profilaktyki, do których należały szczepienia ochronne. W ten sam sposób były przedstawiane polskiej opinii publicznej również choroby tropikalne, co było uwarunkowane ogromnym wzrostem liczby wyjazdów Polaków na wakacje do krajów, w których choroby te są poważnym zagrożeniem epidemicznym. W przypadku żadnej z tych chorób w polskim dyskursie prasowym i telewizyjnym nie pojawiły się w 2019 lub 2020 r. debaty na temat ich istoty i przyczyn, ani nie przedstawiano sporów między lekarzami dotyczących konkretnych metod terapii czy szczepionek. W tym kontekście wprowadzenie do świadomości potocznej Polaków epidemii COVID-19 można uznać za unikalne, a jego skutki za podobne do tych, które w XVIII w. wywołały wiadomości o pierwszych szczepieniach przeciwospowych.

⁶⁸ Respondenci odpowiadając na pytania zamknięte mogli wybrać kilka możliwości, dlatego suma odpowiedzi wykracza poza 100%. Odpowiedzi badanych potwierdzają zarazem, że poszukiwali oni wiadomości na temat epidemii z różnych źródeł, próbując wyrobić sobie własne zdanie na ten temat.

w sensacyjnym lub paranaukowym standardzie, odbiegającym w swych treściach od standardu klinicznego. Mogło to w sposób trwały ukształtować ich opinie dotyczące istoty tej epidemii, jej przyczyn i skutków. Drugim pod względem częstotliwości źródłem wiadomości respondentów o epidemii w Chinach była Telewizja Polska (39,4%). W styczniu, lutym i początkach marca 2020 r. przekaz TVP niósł jednak mało informacji, które można by wykorzystać w polskich realiach jako podstawę dla uwiarygodnienia i upowszechnienia wśród widzów koncepcji przymusowych działań profilaktycznych, które w Polsce miano wprowadzić w życie 20 marca 2020 r. W pierwszych kilku tygodniach 2020 r. w przekazie telewizyjnym TVP epidemia w Chinach była bowiem przedstawiana widzom jako choroba o niejasnym rodowodzie, w nieznanym sposób szybko upowszechniająca się w chińskiej populacji, odznaczająca się wysokim stopniem śmiertelności i ciężkim przebiegiem. Informowano także, że na upowszechniającą się w Chinach chorobę nie ma żadnego leku. Wprowadzone przez chińskie władze przymusowe zarządzenia przeciwepidemiczne przedstawiano jako opresyjne, charakterystyczne dla totalitarnego systemu władzy, któremu obywatele ze strachu przed represjami politycznymi masowo się podporządkowują. Redaktorzy TVP twierdzili przy tym wielokrotnie, że takie same zarządzenia są niemożliwe do wprowadzenia w Europie, ponieważ w demokratycznych państwach Zachodu ludzie by im się nie podporządkowali. Taki sam przekaz na temat epidemii COVID-19 w Chinach respondenci mogli w tym samym okresie otrzymać w największych polskich telewizjach prywatnych. Do oglądania przekazów telewizyjnym TVN jako o źródle epidemii w Chinach przyznało się 29,9% respondentów, a 15,7% wskazało POLSAT. Te same informacje, utrzymane w takim samym standardzie informacyjnym, przedstawiała w tym czasie także polska prasa. Do uzyskania wiadomości o epidemii w Chinach z polskiej prasy codziennej przyznało się 11,8% respondentów, a z prasy tygodniowej 2,4%. Dodajmy do tego różne stacje radiowe, z których informacje o epidemii w Chinach uzyskało 13,4% badanych pacjentów. Wśród badanych 9 respondentów (7%) udzieliło dodatkowych wypowiedzi otwartych na to pytanie. 4 osoby (3,14%) wskazało jako źródło informacji na temat epidemii w Chinach środowisko pracy, 2 osoby (1,57%) rodzinę. Jeżeli dodać do tego odpowiedź na pytanie zamknięte, że źródłem informacji był sklep (0,78%), możemy wyraźnie stwierdzić, że wiadomości o epidemii COVID-19 w Chinach zostały do świadomości respondentów polskiej wprowadzone przez Internet (przekaz dostępny dla wszystkich wielokrotnie przekroczył media społecznościowe) oraz media: telewizję, radio i prasę. Informacje zostały przekazane w specyficzny sposób, który został szczegółowo omówiony w pierwszym rozdziale tej książki na przykładzie analizy treści czterech wybranych polskich czasopism, razem z omówieniem potencjalnych skutków, które mogło to spowodować.

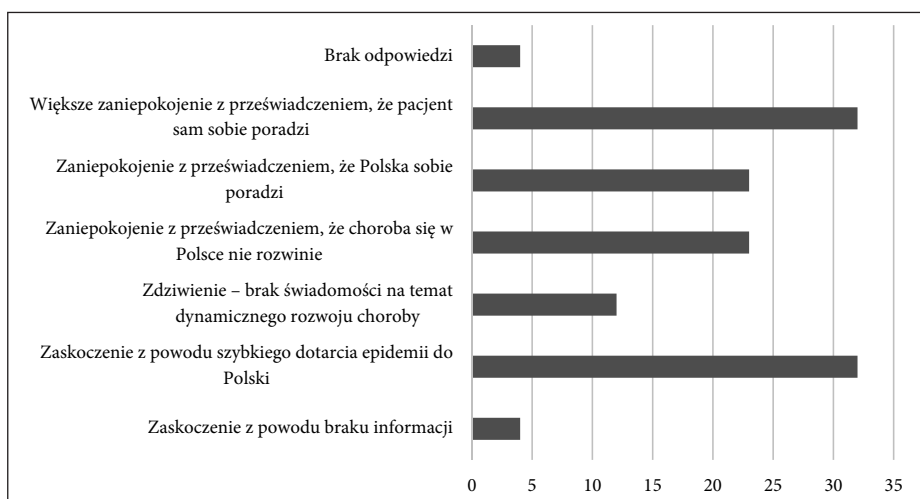
Najważniejszym z tych skutków było wytworzenie u odbiorców uczucia zaniepokojenia. Zadeklarowało je 83 osób (65,35%). Do 3 (2,36%) respondentów

informacja o epidemii w Chinach nie dotarła, u 37 nie wywołała zaniepokojenia (29,13%), a dalszych 5 (3,93%) nie udzieliło na to pytanie odpowiedzi. Oficjalny przekaz telewizyjny, radiowy i prasowy nie oferował jednak w styczniu 2020 r. polskim odbiorcom informacji, które mogłyby to zaniepokojenie zmniejszyć. Odbiorców nie poinformowano, że COVID-19 jest chorobą wywołaną przez wirusy, które są znane medycynie klinicznej i którą należy zwalczać takimi samymi metodami, jak pozostałe schorzenia o etiologii wirusowej. Czytelników prasy, widzów telewizji publicznej i telewizji prywatnych, a także radiosłuchaczy nie poinformowano, że takie metody profilaktyki populacyjnej, jak kwarantanna, izolacja, ograniczanie przemieszczania się i szczepienia (o ile medycyna kliniczna opracowała już szczepionkę przeciw danej chorobie) są szczegółowo opisane w systemach prawnych wszystkich rozwiniętych państw. Nie wytłumaczono im także, że kwarantanna i izolacja nie są to metody „totalitarnej chińskiej władzy”, ale jedyne skuteczne metody ograniczania rozprzestrzeniania się zakaźnych chorób wirusowych, stosowane od dawna w wielu państwach świata. Nie poinformowano także wówczas polskich odbiorców, że metody te mogą zostać wprowadzone także w Europie i w Polsce, o ile okaże się to konieczne ze względów medycznych. Regulują to bowiem międzynarodowe konwencje o rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych, których Polska jest także sygnatariuszem. Paniczne lub paranaukowe informacje, które odbiorcy mogli zaczerpnąć z Internetu, nie były więc w pierwszym miesiącu epidemii COVID-19 we właściwy sposób neutralizowane.

Po przeniesieniu się w lutym 2020 r. epidemii COVID-19 do Europy, do Włoch i do Austrii, zaniepokojenie respondentów jeszcze wzrosło. Zaniepokojenie epidemią wyraziło już 113 osób (88,97%) badanych. Do 2 respondentów (1,57%) informacja o epidemii w Europie nie dotarła, a 6 badanych (4,72%) nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Zarazem liczba osób, które nie wyrażały zaniepokojenia epidemią zmalała prawie czterokrotnie: z 37 do 10 osób (7,87%). Dane te odzwierciedlają nastroje polskiej opinii publicznej z lutego 2020 r. I w tym miesiącu nie podjęto w Polsce profesjonalnej akcji informacyjnej, która mogłaby zneutralizować paniczne i paranaukowe treści przekazywane w Internecie, a także przekazać Polakom instrukcje dotyczące właściwego sposobu postępowania w przypadku przeniesienia się epidemii do Polski. Wręcz przeciwnie, nadal negowano zagrożenie epidemiczne dla Polski, a wzrost zaniepokojenia społeczeństwa możliwością wystąpienia epidemii był krytycznie oceniany przez telewizję i prasę, jako „przejawy nieuzasadnionej paniki”. Niewielka liczba i omówiony wyżej profil grupy respondentów nie pozwalają na uznanie wyników omawianych w tej książce badań za reprezentatywne dla całej polskiej populacji. Możliwe jest jednak uchwycenie trendu, odnotowywanego w ówczesnych realiach. Poczucie zaniepokojenia epidemią wśród respondentów wyraźnie w lutym 2020 r. wzrosło, co może odzwierciedlać ogólny trend zaznaczający się w polskiej opinii publicznej.

Pod koniec lutego 2020 r., gdy epidemia rozprzestrzeniła się już w wielu krajach Europy, w tym sąsiadujących z Polską, poczucie zaniepokojenia epidemią wśród respondentów wzrosło jeszcze bardziej. Wyraziło je już 117 (92,12%) respondentów. Brak takiego poczucia deklarowało już tylko 6 (4,72%) osób, informacja o epidemii nie dotarła już tylko do 1 (0,78%), a 4 (3,14%) nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie. Polskiej opinii publicznej nadal nie przekazywano jednak aż do 13 marca 2020 r. profesjonalnie przygotowanych i prostych do zrozumienia informacji dotyczących tej choroby. Skutki takiej strategii przedstawia Wykres 3.

Wykres 3. Reakcja pacjentów na wprowadzenie w Polsce stanu epidemii



Analiza wypowiedzi respondentów pozwala stwierdzić, że zastosowana w oficjalnym polskim przekazie medialnym strategia „urzędowego optymizmu” okazała się nadzwyczaj skuteczna: udało się przekonać odbiorców do przekazywanych im treści, że epidemia nie jest dla Polski poważnym zagrożeniem. Prawie wszyscy ze 127 zbadanych pacjentów Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach (z których aż 119 na przełomie lutego i marca 2020 r. deklarowało zaniepokojenie z powodu informacji o występowaniu epidemii COVID-19 w innych krajach świata) ogłoszeniem epidemii w Polsce byli zaskoczeni lub zdziwieni. Nie zostali bowiem na to przez oficjalną politykę informacyjną przygotowani. Wśród badanych 31 osób (24,4%) wyraziło zaskoczenie z powodu szybkiego dotarcia epidemii do Polski, dalszych 12 osób (9,44%) było zdziwionych dynamicznym rozwojem choroby w naszym kraju. Wiązało się to jednak z przekonaniem, że sytuacja w Polsce jest względnie bezpieczna. Spośród badanych 32 respondentów

(25,19%) wyraziło zaniepokojenie dotarciem epidemii do Polski, ale łączyło to z przekonaniem, że sami sobie poradzą w takiej sytuacji. Natomiast 22 respondentów (17,32%) wyrażało zaniepokojenie dotarciem epidemii do naszego kraju, ale łączyli je z równie optymistycznym przekonaniem, że epidemia w Polsce się nie rozwinie (18,11%). Dalszych 23 respondentów (18,11%) stwierdziło (pomimo odczuwanego zaniepokojenia z powodu dotarcia epidemii do naszego kraju), że Polska sobie z nią poradzi. Czterech respondentów (3,14%) wyraziło zaskoczenie z powodu braku informacji na temat epidemii, które powinny być im przekazane. 4 badanych (3,14%) nie odpowiedziało na to pytanie. Brak przygotowania polskiej opinii publicznej na zagrożenie epidemiczne, które w lutym 2020 r. wszyscy specjaliści w Polsce uważali za bliskie i realne, należy uznać za poważny błąd, z którego skutkami w dziedzinie świadomości zdrowotnej społeczeństwa przychodzi nam się zmagać do dzisiaj. W świadomości tej pojawiły się bowiem niczym nieneutralizowane przekazy irracjonalne i paranaukowe, które uległy utrwaleniu i które będzie bardzo trudno zneutralizować podczas kolejnych fal epidemii⁶⁹.

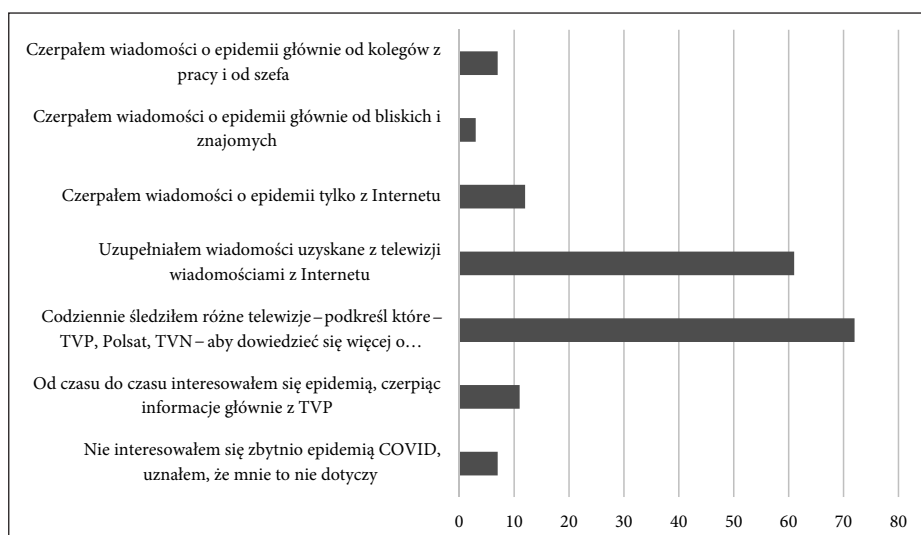
Badani pacjenci Szpitala Specjalistycznego MSWiA w Głuchołazach od momentu ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego w Polsce starali się uzyskać na temat epidemii COVID-19 jak najwięcej informacji. Ich postępowanie odzwierciedla Wykres 4.

Analiza wypowiedzi respondentów wyraźnie potwierdza, że po ogłoszeniu w Polsce przez władze stanu epidemii, badani aktywnie poszukiwali informacji na jej temat. Starali się uzyskać je z wielu różnych źródeł. Tylko 7 badanych (5,51%) zadeklarowało, że nie interesowało się zbytnio epidemią, gdyż uznało, że „mnie to nie dotyczy”, 3 osoby (2,36%) czerpały wiadomości o epidemii głównie od bliskich i znajomych, a 11 osób (8,66%) interesowało się nią tylko od czasu do czasu, czerpiąc informacje głównie z telewizji publicznej TVP. Pozostali okazali się problematyką epidemii bardzo zainteresowani. Odpowiedź „codziennie śledziłem różne telewizje – podkreśl które – aby dowiedzieć się więcej o przebiegu epidemii” wybrało aż 71 badanych (55,90%). Tylko część z nich wskazała kon-

⁶⁹ W dniu 15 listopada 2021 r. ogólna liczba zachorowań na COVID-19 w Polsce wynosi ok. 14,5 tys. dziennie. W dniu 1 listopada na świecie potwierdzono oficjalnie 246,7 miliona przypadków tej choroby, codziennie dochodzi do ponad 306 tys. nowych zakażeń i ponad 4600 zgonów. Najwięcej oficjalnie potwierdzonych zgonów na COVID-19 nastąpiło w USA (745 836), Brazylii (607 824), Indiach (458 437), Meksyku (288 365) i w Rosji (ponad 240 tys.). Wg wielu specjalistów epidemiologów są to jednak w skali świata dane zaniżone. Brak jest bowiem wiarygodnych danych z wielu krajów (takich jak np. Indie, Pakistan, Nikaragua, Egipt, Białoruś). Podobne oceny dotyczą zaniżonej liczby przypadków zgonów, przez niektórych szacowanej nie na 5, ale 15 milionów. Por. K.K. *Koronawirus zabił pięć milionów ludzi*, „Angora” 2021, nr 46, s. 71. Artykuł zawiera zestawienia danych z zagranicznych mediów („The Guardian”, „New York Times”, „The Moscow Times” i agencji prasowych BBC, Reuters, AP).

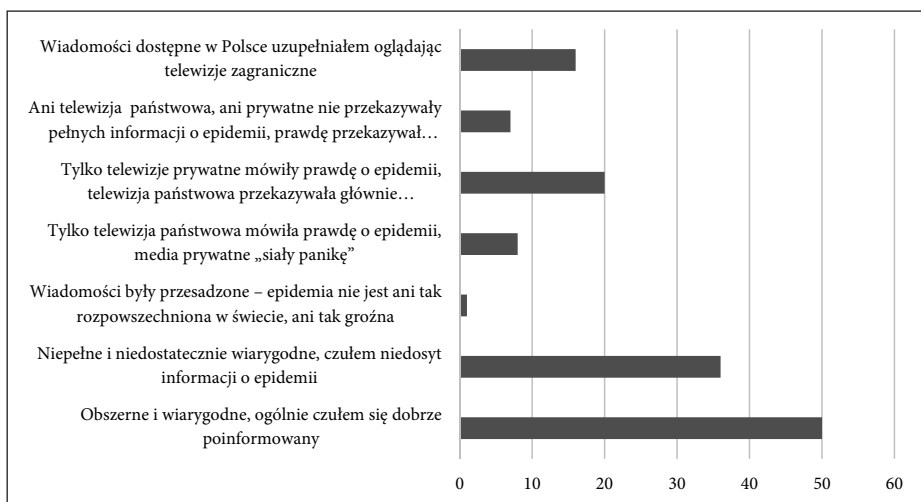
kretnie stacje: 41 osób (32,28%) TVP, 38 osób TVN (29,92%), a 30 osób (23,62%) POLSAT. Ponieważ niektórzy respondenci podkreślali dwie lub trzy stacje telewizyjne, a inni nie podkreślali żadnej, odpowiedzi te nie pozwalają stwierdzić, który z przekazów telewizyjnych odbiorcy faktycznie oglądali najczęściej, co mogłoby pozwolić na postawienie hipotezy, iż przekaz tej właśnie stacji był dla nich najbardziej wiarygodny. Możemy jednakże odnotować na podstawie wypowiedzi badanych, że przekaz telewizyjny okazał się w trakcie epidemii ważniejszy niż informacje z Internetu. Tylko 12 osób (9,44%) deklarowało, że czerpało wiadomości o epidemii tylko z Internetu, a aż 61 (48,03%) stwierdzało, że uzupełniało wiadomości uzyskane z telewizji wiadomościami z Internetu. Nadal więc, tak jak w styczniu 2020 r., gdy badani zainteresowali się epidemią COVID-19 która wybuchła w Chinach, także w okresie od połowy marca do jesieni 2020 r. (gdy zostało przeprowadzone badanie ich opinii) oficjalny telewizyjny przekaz informacyjny był równoważony przekazem internetowym. Jednak nie był to w badanej grupie ani przekaz jedyny, ani dominujący. Skutkiem tego tylko znikomy odsetek respondentów zaakceptował upowszechniane w Internecie poglądy par naukowe i egcjonistyczne.

Wykres 4. Źródła informacji na temat COVID-19 po ogłoszeniu w Polsce stanu epidemii



Ocenę wiarygodności poszczególnych informacji, ich zakresu i źródeł przedstawia Wykres 5. Tylko 1 badany (0,78%) uznał, że wiadomości o epidemii były przesadzone, a epidemia nie jest ani tak rozpowszechniona w świecie, ani tak groźna, jak to jest przedstawiane w oficjalnych mediach. Siedmiu badanych (5,51%) uznało, że ani telewizja państwowa, ani prywatne nie przekazywały pełnych informacji o epidemii, a prawdę przekazywał tylko Internet. Niewielka liczba respondentów (8 osób – 6,29%) podpisała się również pod stwierdzeniami, że telewizje prywatne „sieją panikę”, a tylko telewizja państwowa „mówi prawdę” o epidemii. Spośród badanych 20 osób (15,57%) uznało, że państwowa telewizja przekazywała głównie „uspokajające informacje”. Zdecydowana większość badanych poszukiwała informacji z wielu źródeł, próbując wypracować na temat epidemii własną opinię.

Wykres 5. Ocena wiarygodności informacji na temat epidemii COVID-19 uzyskiwanych z różnych źródeł



Z wyników przedstawionych na Wykresie 5 wynika także, że tylko 50 respondentów (39,37%) uznało, że przekazywane im w trakcie pierwszych miesięcy trwania epidemii COVID-19 w Polsce wiadomości na jej temat były obszerne i wiarygodne, a oni sami czuli się dzięki temu dobrze poinformowani. Aż 35 osób (27,55%) zadeklarowało, że przekazywane informacje były niedostateczne i niepełne, a oni sami czuli niedosyt informacji o epidemii. Natomiast 12,59% badanych (16 respondentów) deklarowało, że wiedzę o epidemii uzupełniało oglądając telewizje zagraniczne.

Respondentów zapytano także, czy wiadomości uzyskane na temat epidemii COVID-19, podawane przez polskie media już po wybuchu epidemii w naszym kraju uznali za przydatne. Aż 62 badanych (48,81%) stwierdziło, że okazały się przydatne (podkreślana odpowiedź: „okazały się przydatne – czułem się lepiej zorientowany w tym co się dzieje”), 39 respondentów (30,7%) uznało je za przydatne ze względów praktycznych (podkreślana odpowiedź: „okazały się przydatne praktycznie – umożliwiły mi lepsze zorganizowanie życia w trakcie epidemii”). Tylko 11 respondentów uznało informacje o epidemii za nieprzydatne (8,66%) (stwierdzili, że mogli się bez nich obejść), a tylko na 21 (16,53%) badanych informacje o epidemii wpłynęły negatywnie (zaznaczali odpowiedź, że w wyniku uzyskania tych informacji bali się, nie mogli spać). Jak widać, obawy twórców oficjalnego standardu polskiej polityki informacyjnej na temat epidemii COVID-19, przekazywanego polskim odbiorcom od stycznia do połowy marca 2020 r., że zaznajomienie opinii publicznej z powagą sytuacji przyczyni się do zwiększenia objawów paniki albo nie zainteresuje Polaków, okazują się błędne. Respondenci oczekiwali takich informacji od oficjalnych instytucji państwowych i kiedy je uzyskali, większość uznała je za przydatne. Dla jednych miały głównie walory poznawcze i przyczyniały się nie do zwiększenia, ale do obniżenia poziomu lęku. Dla drugich miały poważne walory praktyczne – umożliwiały lepsze zarządzanie swoim życiem w trakcie epidemii.

Badani wyrażali także swoje opinie na temat, co należałoby zmienić w przekazywaniu informacji o epidemii COVID-19 (odpowiedź na pytanie: „Byłoby lepiej, gdyby w polskich mediach państwowych i prywatnych o epidemii COVID-19...”). Aż 36 badanych (28,34%) stwierdziło, że byłoby lepiej, gdyby informacje przekazywano bardziej regularnie – zawsze o tej samej porze ogłaszał je specjalny rzecznik rządowy, lekarz – nie polityk, ponieważ budziłoby to większe zaufanie. Spośród ankietowanych 33 badanych (25,98%) twierdziło, że media powinny przekazywać więcej informacji o epidemii na świecie – wówczas ludzie, którzy nie wierzą w epidemię przekonaliby się, że ona naprawdę istnieje i jest groźna. Nieco mniej, bo 26 badanych (20,47%) twierdziło, że media powinny przekazywać więcej informacji o epidemii w Polsce – ludzie mogliby się lepiej przygotować, aby ją bezpiecznie przeżyć. Ponadto 23 badanych (18,11%) uznało, że przekazywane w mediach informacje powinny być bardziej spójne – jedne namawiały bowiem do pozostania w domu, a inne do wyjazdu na wakacje, np. nad Bałtyk. Natomiast tylko 19 (14,96%) badanych uznało, że byłoby lepiej, gdyby Polakom przekazywano mniej informacji na temat epidemii („ludzie byłoby spokojniejsi, zajęli by się własnymi sprawami”). Dla zdecydowanej większości badanych epidemia COVID-19 okazała się wiosną 2020 r. ich „własną sprawą”. Zdawali sobie sprawę z istnienia niebezpieczeństwa epidemicznego i chcieli się o nim jak najwięcej dowiedzieć, by w racjonalny sposób zaplanować swoje postępowanie.

Obraz choroby, wypracowany w świadomości badanych uzupełniają ich otwarte wypowiedzi dotyczące skutków COVID-19, które zamierzają usunąć lub zmniejszyć dzięki pobytowi na turnusie rehabilitacyjnym w Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Głuchołazach. Analiza otwartych wypowiedzi respondentów pozwala stwierdzić, iż jest to obraz zmedykalizowany. Chorzy postrzegają swoje dolegliwości w takich kategoriach, w jakich zostały im przedstawione przez lekarzy. Tak samo wyobrażają sobie ich przyczyny. Znajduje to odbicie zarówno w warstwie leksykalnej ich wypowiedzi, w której posługują się pojęciami zaczerpniętymi z medycyny i psychologii klinicznej, jak i w ich przekonaniach dotyczących tego, jak sobie wyobrażają istotę działań rehabilitacyjnych, którym są poddawani.

W Tabeli 12 zestawiono przekonania pacjentów wyrażone w ich odpowiedziach na pytania otwarte, będące projekcją ich wyobrażeń dotyczących przyczyn ich dolegliwości oraz możliwości ich usunięcia lub zmniejszenia w procesie rehabilitacji.

Tabela 12. Zestawienie dolegliwości, które skłoniły pacjentów do poddania się rehabilitacji

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Zmniejszenie wydolności oddechowej płuc2. Zaburzenia pracy układu nerwowego3. Zaburzenia poznawcze (tzw. mgła covidowa)4. Zwiększona nerwowość5. Zwiększone poczucie lęku6. Stres związany z przebyłą chorobą |
|---|

Wymienione przez respondentów dolegliwości są w pełni zgodne z klinicznym obrazem choroby. Respondenci w wypowiedziach na pytania otwarte dowodzą pełnego zinternalizowania tego obrazu. Nie wprowadzają do niego uzupełnień zaczerpniętych ze standardu paramedycznego lub pojęć sprzecznych z tym standardem. Własne osłabienie, zmęczenie, nerwowość, różnego rodzaju objawy niewydolności i bóle, rozumieją jako skutki uszkodzenia ciała przez patogen SARS-CoV-2. Rozumieją też, że ich złe samopoczucie, nerwowość, zwiększone poczucie lęku i stresu znajduje uzasadnienie w reakcji ich organizmu na działanie tego patogenu. Jednocześnie mają świadomość tego, że przebyta choroba mogła wywołać skutki psychosomatyczne: odczuwane przez nich objawy mogą być spowodowane przez ich własną psychikę i jej reakcję na zagrożenie życia, utratę bliskich, poważne dolegliwości fizyczne itp.

Wysoki poziom medykalizacji świadomości zdrowotnej respondentów potwierdzają także ich wypowiedzi dotyczące oczekiwań wyrażanych względem rehabilitacji w Szpitalu Specjalistycznym MSWiA w Głuchołazach. Oczekiwania te są w pełni kompatybilne wobec wyobrażeń chorych na temat przyczyn ich złego samopoczucia, będącego skutkiem oddziaływania patogenu SARS-CoV-2 na ich organizm (Tabela 13).

Tabela 13. Zestawienie oczekiwaniami pacjentów dotyczące rehabilitacji pocovidowej

1. Usprawnienie oddechowe
2. Ogólna poprawa samopoczucia
3. Polepszenie ogólnego stanu fizycznego
4. Powrót do pełnej kondycji fizycznej i nauka, jak to zrobić
5. Redukcja stresu
6. Pokonanie strachu i lęku, uspokojenie
7. Uzyskanie wsparcia
6. Poszerzenie wiedzy o zdrowiu związanym z COVID-19

Analiza oczekiwań badanych dotyczących rehabilitacji wykazuje, że dostrzegają oni silną zależność fizycznych i psychicznych komponentów choroby. Zdają sobie sprawę z tego, że kompleksowo i profesjonalnie prowadzona rehabilitacja kliniczna obejmuje obydwie te poziomy i tego właśnie od szpitala oczekują. Deklarowanym przez respondentów celem terapii jest ponowne odzyskanie kontroli nad własną psychiką i somatyką. W ich opinii nie jest możliwe odzyskanie zdrowia tylko na jednym z tych poziomów funkcjonowania. Łączą w związku z tym swoje pozytywne oczekiwania wobec zabiegów usprawniających fizycznie z elementami psychoterapii i socjoterapii dostarczającej im wsparcia, możliwości redukcji strachu, lęku, stresu i nadmiernej nerwowości. W wypowiedziach badanych przejawia się zaufanie do lekarzy i standardu klinicznego. Przytoczmy kilka przykładów: „*Polepszenie stanu fizycznego wyjaśnienie czy COVID nie wpłynęło negatywnie na system nerwowy, mgła covidowa itp., wyjaśnienie medyczne wątpliwości od fachowego personelu, uspokojenie, likwidacja stresu*”⁷⁰; „*Powrót do pełnej kondycji, nauka jak to zrobić*”⁷¹; „*Wzmocnienie się ogólnie, poprawić stan psychiczny i stanąć na nogi mocniej. Pokonać strach lęk, ogólne samopoczucie*”⁷²;

⁷⁰ (M, lat 67).

⁷¹ (K, lat 62).

⁷² (K, lat 58).

„Chciałabym wrócić do domu zdrowsza, silniejsza ciałem i duchem oraz myślącą optymistycznie z nadzieją na lepsze jutro dla nas wszystkich. Zabiegi są odpowiednie, choć mogłby być jeszcze inne, dopasowane przy określonych chorobach współistniejących”⁷³; „Poprawę zdrowia, bo przebyłam COVID-19. Usprawnienie oddechowe, polepszenie samopoczucia, wsparcia, poszerzenie wiedzy o zdrowiu związanym z COVID-19”⁷⁴.

Wszystkie odpowiedzi respondentów zawarte w ankietach wskazują zarazem na to, iż pacjenci wierzą w możliwość powrotu do zdrowia po przebyciu rehabilitacji i uważają to za możliwe.

Wnioski

Przedstawione w niniejszym rozdziale poglądy pacjentów wykazały wysoki poziom internalizacji przez nich obrazu choroby COVID-19 wyrażonego w kategoriach klinicznych. Badani zapoznali się z tym obrazem w trakcie leczenia zakażenia patogenem SARS-CoV-2, które odbywało się w zamkniętych placówkach polskiego systemu medycyny publicznej – w specjalnych szpitalach covidowych lub na oddziałach covidowych szpitali o profilu ogólnym.

Przed zachorowaniem na COVID-19 wiedza badanych na temat zakażeń wirusowych (z wyjątkiem grupy lekarzy i pielęgniarek znajdujących się wśród respondentów) nie wykraczała poza poziom wiedzy szkolnej. Był to poziom wyższy niż przeciętny dla całej polskiej populacji w grupie wiekowej 40+, w której znajdowała się większość badanych. Dominująca wśród ogółu respondentów grupa legitymowała się bowiem wykształceniem średnim, a część pozostałych miała wykształcenie pomaturalne i wyższe. Umożliwiało to im przyswajanie ze zrozumieniem kierowanych do polskiej opinii publicznej treści dotyczących epidemii, które pojawiły się w mediach publicznych od połowy marca 2020 r., tj. od ogłoszenia przez władze RP stanu zagrożenia epidemicznego (13 marca) i stan epidemii (20 marca).

Respondenci wykazywali duże zainteresowanie przebiegiem epidemii w Azji (Chiny), a następnie w Europie, aktywnie poszukując na ten temat informacji w wielu różnych miejscach. Informacje pozyskiwane z Internetu, utrzymane często w standardzie paranaukowym, sensacyjne lub negacjonistyczne, nie wywarły wpływu na obraz choroby, który pacjenci ukształtowali. Wiadomości uzyskiwane z Internetu były w ich świadomości równoważone przez pochodzące z oficjalnych źródeł, państwowych i medycznych. Poszukiwanie wiedzy na temat epidemii COVID-19 w telewizji publicznej (TVP) przekraczało poziom poparcia dla

⁷³ (K, lat 68).

⁷⁴ (K, lat 48).

rządu i partii rządzącej. Do codziennego oglądania programów informacyjnych TVP w trakcie I fali epidemii przyznało się bowiem o ok. 20% więcej badanych, niż to wynika z wyników poparcia dla rządu uzyskiwanych przez instytucje badania opinii publicznej. Tylko niewielki odsetek badanych uznał wiadomości o epidemii uzyskane z Internetu za jedynie wiarygodne (przy równoczesnym zaprzeczeniu wiarygodności informacji uzyskiwanych z telewizji państwowej i prywatnych). Mniej niż 1% badanych stwierdził, że medialny obraz epidemii jest fałszywy, epidemia nie istnieje, albo zagrożenie z nią związane jest przedstawiane jako znacznie większe, niż w rzeczywistości. Respondenci przyjęli do wiadomości informacje przekazywane na temat epidemii przez specjalistów: lekarzy i epidemiologów i konstruowali swój własny obraz choroby COVID-19 zgodnie ze standardem klinicznym.

Przyczyną takiego stanu rzeczy mógł być nie tylko wyższy niż przeciętny poziom wykształcenia badanych i ich wiek, lecz także fakt, że sami w trakcie I fali epidemii znaleźli się wśród chorych. Ich postrzeganie choroby COVID-19 rodziło się w związku z tym nie tylko na podstawie własnych przeżyć, lecz także na podstawie obserwacji innych pacjentów, którzy znaleźli się w tej samej sytuacji. Respondenci, z których wszyscy własnego zachorowania na COVID-19 się nie spodziewali, w większości zgodnie deklarowali, że oficjalna polityka informacyjna na temat epidemii powinna być inna. Odbiorcy oficjalnych mediów (w tym oni sami) powinni byli jeszcze przed wybuchem epidemii w Polsce otrzymać na jej temat przekazane w przystępnej formie informacje. Powinny one pomóc im ukierunkować działania ochronne. Respondenci uznali także, że już po wybuchu epidemii w Polsce społeczeństwo powinno otrzymywać więcej informacji na jej temat, co miałyby duże znaczenie praktyczne. Tylko niewielka grupa badanych stwierdziła, że byłoby lepiej, gdyby media nie przekazywały tak wielu informacji o COVID-19, ponieważ one wywoływały u nich wzmożone poczucie lęku i bezsenność. Pozostali opowiedzieli się za poglądem przeciwnym – uznali, że szeroka informacja na temat COVID-19 zmniejszyłaby poczucie lęku. Ludzie wiedząc co im grozi, mogliby skuteczniej chronić się przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Według respondentów przekazywanie przez telewizję w sposób systematyczny i zrozumiały wiadomości o epidemii COVID-19 na świecie, w Europie i w Polsce zapobiegłoby szerzeniu się irracjonalnych opinii na jej temat. Ich upowszechnienie się w Polsce badani ocenili negatywnie, były bowiem sprzeczne z ich osobistym doświadczeniem związanym z przechorowaniem COVID-19, poddaniem się leczeniu klinicznemu i wyzdrowieniu.

Badani pacjenci nie mieli wątpliwości, że leczenie choroby COVID-19 powinno odbywać się w standardzie klinicznym. Pomimo tego, że nie dysponowali wiedzą na temat tej choroby i nie spodziewali się, że sami zachorują, pojawienie się i narastanie objawów chorobowych skłoniło ich do nawiązania kontaktu z lekarzem. Żaden z badanych nie okazał się zwolennikiem medycyny alternatywnej

lub samolecznictwa opartego na autodiagnozie. Pacjenci poszukiwali pomocy lekarzy, zarówno w pogotowiu, jak i na Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych (SOR). W swoich staraniach o uzyskanie tej pomocy byli konsekwentni i uporczywi. Poszukiwali jej nawet wtedy, gdy lekarze jej udzielenia odmawiali lub gdy zmuszeni byli bardzo długo czekać na jej udzielenie.

Pozytywnego stosunku badanych do standardu medycyny klinicznej i rozumienia choroby COVID-19 w kategoriach klinicznych nie zmieniły także ich inne negatywne, a czasem dramatyczne osobiste przeżycia. Chorzy krytykowali złą organizację opieki medycznej, nie winili jednak lekarzy za nieskuteczność leczenia, nie podważali zastosowanych przez lekarzy metod, nie sugerowali, że powinno się zastosować inne itp. W żadnej z odpowiedzi na pytania otwarte nie stwierdzono tego typu elementów ocen.

Pacjenci, którzy przechorowali COVID-19 także obraz swojej rehabilitacji konstruowali w odniesieniu do jej obrazu stworzonego przez lekarzy i utrzymanego w standardzie klinicznym. Ich oczekiwania względem rehabilitacji były w związku z tym realistycznie zdefiniowane, co rodziło przesłanki do ich zaspokojenia. Chorzy zdawali sobie sprawę z biologicznego charakteru choroby i wywołanych przez nią dysfunkcji oraz wyrażali gotowość udziału w zaproponowanym im przez szpital programie ćwiczeń. Wierzyli, że tak zaprojektowana rehabilitacja może okazać się skuteczna.

Ze względu na specyficzny profil socjoekonomiczny badanej grupy pacjentów, obrazu choroby COVID-19, który przez członków tej grupy został ukształtowany nie możemy uznać za reprezentatywny dla poglądów całej polskiej populacji. Parametry badanych (wykształcenie, poziom zamożności, zatrudnienie) odbiegają bowiem od przeciętnej dla ich grupy wiekowej. Fakt ten umożliwił im uzyskanie wyższego poziomu zrozumienia sytuacji związanej z epidemią, akceptację jej obrazu wytworzonego przez specjalistów oraz podporządkowanie temu obrazowi własnej praktyki życiowej. W wielu grupach społecznych upowszechniły się poglądy na epidemię COVID-19 oparte na innych podstawach niż te, które spotkały się z akceptacją respondentów objętych niniejszym badaniem. By do nich dotrzeć, należałoby opracować profesjonalny program polityki informacyjnej, dostosowany do poziomu różnych grup odbiorców zarówno pod względem treści, jak i przystępnej formy przekazu.

The image of the COVID-19 epidemic from the patients' view: informational, existential and emotional aspects

The COVID-19 pandemic has found its reflection in the minds of the Polish people, who, in the first months of 2020, have formed its various interpretations. Those views turned out to be permanent and remain so in 2021 as well, what

has a strong impact on the acceptance of the anti-epidemic directives introduced by the Polish government, together with a moderate success of the vaccination program against the said disease. The aim of the following article is to analyse the experiences and opinions of 127 patients, who have gone through the COVID-19 in 2020, and the undergone the rehabilitation program in the MSWiA Specialistic Hospital in Głuchołazy. In the results of the following research we are going to show the patient's reception of the image of the pandemic created by doctors in accordance to the clinical standards. We are also going to present how the official information policy on the epidemic in the first few dozens weeks of 2020 impeded this reception.

Key words: COVID-19 in Poland, experiences and opinions of patients

Bożena Płonka-Syroka

Posłowie

Według opinii prof. dr hab. Anny Piekarskiej, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Władysława Biegańskiego w Łodzi¹, epidemia COVID-19 w Polsce trwać będzie jeszcze około 1,5 roku. Należy spodziewać się wystąpienia w naszym kraju ok. 10 milionów zachorowań. Zachoruje każda osoba niezaszczepiona, która zetknie się z patogenem. Jest to opinia akceptowana również przez innych specjalistów, wypowiadających się na ten temat w listopadzie 2021 r. w mediach. Stanowisko epidemiologów i specjalistów z zakresu chorób zakaźnych nie jest jednak akceptowane przez niemal połowę polskiego społeczeństwa. Aż 42% ogółu badanych deklaruje, że nie boi się zarażenia wirusem SARS-CoV-2. Wśród Polaków, którzy dotąd nie zdecydowali się na szczepienia (tj. ok. 49% populacji), tylko ok. 32% deklaruje, że gotowi byliby to uczynić (na razie tego jednak nie robią – być może ich deklaracje nie odzwierciedlają więc ich rzeczywistego nastawienia). Niemal 70% grupy osób dotąd niezaszczepionych kategorycznie odmawia przyjęcia szczepień². Omówione w tej książce zagadnienia związane z polityką informacyjną dotyczącą epidemii pozostają więc nadal aktualne.

Ze względu na skalę zagrożenia, należałoby przeprowadzić we wszystkich mediach publicznych i prywatnych (telewizja, prasa tygodniowa i codzienna) skoordynowaną w czasie akcję informacyjną, umożliwiającą dotarcie rzetelnych wiadomości na temat epidemii do wszystkich Polaków powyżej 7 roku życia. Wiadomości powinny być opracowane w dwóch standardach: adresowanym do osób dorosłych i adresowanym do dzieci. W wielu krajach świata rozpoczynają się już bowiem populacyjne szczepienia dzieci przeciw COVID-19. Obecnie możliwość taka pojawiła się także w Polsce. Kilkanaście milionów dzieci

¹ K.G., *Pandemia nie odpuszcza*, „Angora” 2021, nr 45, s. 7.

² Ibidem, s. 7. Badania przeprowadziła Agencja Badawcza Inquiry.

i nastolatków do 12 roku życia powinno być o tej możliwości w odpowiedni sposób poinformowanych.

Informacje na temat COVID-19 powinny obejmować podstawowe kwestie, umożliwiające odbiorcom zdefiniowanie związanego z nią zagrożenia: tj. o wirusie SARS-CoV-2 i o metodach jego rozprzestrzeniania się. Odbiorcom powinno się je przedstawić zarówno w formie tekstowej, jak i wizualnej. Powinno się wyjaśnić takie pojęcia, jak ognisko zakażenia, transmisja patogenu, transmisja pozioma i inne, używane w przekazie medialnym przez specjalistów, a które dla większości odbiorców pozostają niezrozumiałe. Powinno się także wyjaśnić, na czym polegają metody ochrony przed zakażeniem, zarówno w skali indywidualnej, jak i zbiorowej. Tylko wtedy, gdy odbiorcy uzyskają dostęp do informacji, czym jest wirus, co to jest zakażenie, jaką drogą się rozpowszechnia i jak można się przed nim ochronić, będzie można przekonać ich (a przynajmniej niektórych z nich) do zaakceptowania wprowadzanych przez władze zarządzeń przeciwepidemicznych, a przede wszystkim do szczepień.

W informacjach na temat COVID-19 należy także przedstawić obowiązujący w Polsce stan prawny dotyczący epidemii, ukazując jego kolejne etapy i ich uzasadnienie: ogłoszenie na obszarze kraju stanu zagrożenia epidemicznego po pojawieniu się pierwszych przypadków choroby (13 marca 2020 r.)³, odwołanie (20 marca 2020 r.) stanu zagrożenie epidemicznego⁴, który wobec szybkiego wzrostu liczby przypadków został uznany za niewystarczający dla opanowania zagrożenia, i ogłoszenie jeszcze tego samego dnia stanu epidemii⁵. Opanowanie epidemii COVID-19 w skali populacji wymaga wprowadzenia określonych w europejskim i w polskim ustawodawstwie środków przymusu, które mogą zostać zastosowane w sytuacjach nadzwyczajnych – zagrożenia zdrowia i życia populacji. Odbiorcom polskim należy uświadomić, że podobne zarządzenia, oparte na podstawach prawnych obowiązujących w każdym z państw UE, zostały wprowadzone w całej Europie. Ich wprowadzenie było oparte na wspólnym standardzie klinicznym, określającym istotę zagrożenia (wirus SARS-CoV-2) i metody ochrony przed tym zagrożeniem, uznawane zgodnie z tym standardem za efektywne. Polska jest sygnatariuszem europejskich umów i konwencji o ochronie populacji

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, „Dziennik Ustaw” 2020, poz. 433, wydane na podstawie art. 46 ust. 2 i 4 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, „Dziennik Ustaw” 2008, nr 234, poz. 1570. Rozporządzenie z 13 marca było nowelizowane 14, 16 i 18 marca 2020 r. Nowelizacje były publikowane w „Dzienniku Ustaw” 2020, poz. 441, 461 i 471.

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, „Dziennik Ustaw” 2020, por. 490.

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, „Dziennik Ustaw” 2020, poz. 491. Rozporządzenie z 30 marca 2020 r. było nowelizowane 24, 25 i 31 marca 2020 r.

przed chorobami zakaźnymi, do których stosuje się w przypadkach innych chorób zakaźnych, niż COVID-19. Odbiorcy powinni zapoznać się z faktami, związanymi z wprowadzaniem w Polsce tych zarządzeń, np. zmierzających do opanowania epidemii polio, gruźlicy czy salmonelli. Należy im także przypomnieć, że w Polsce (jak w innych krajach UE) od wielu lat wykonuje się szczepienia obowiązkowe dzieci przeciw chorobom zakaźnym, a także przymusowe szczepienia turystów przeciw chorobom tropikalnym, obowiązujące osoby wyjeżdżające do wielu krajów Afryki i Azji. Pracownicy zatrudnieni w wielu sektorach (np. spożywczym) muszą posiadać aktualne zaświadczenia o stanie zdrowia, potwierdzające fakt, że nie są nosicielami żółtaczkowej zakaźnej lub salmonelli. Szersze zapoznanie odbiorców z metodami ograniczania rozprzestrzeniania się w Polsce innych chorób zakaźnych i regulacjami prawnymi w tym zakresie, pozwoli (przynajmniej niektórym) zrozumieć, że COVID-19 jest taką samą chorobą zakaźną, jak inne, a w jej zwalczaniu i profilaktyce są wprowadzane w życie od dawna istniejące w Europie i w Polsce regulacje. Niektóre z nich mają charakter przymusowy, bo tylko wtedy istnieje pewność, że spełnią swoje zadanie. Regulacje te wykazały już wcześniej swoją skuteczność (np. w opanowaniu epidemii polio w latach 50. XX w., czy czarnej ospy w 1963 r.). Tak może stać się i tym razem, jeżeli jednak społeczeństwo nie dostosuje się dobrowolnie do rekomendowanych przez lekarzy szczepień, liczba nowych przypadków zacznie się gwałtownie zwiększać. Rozporządzenie z 20 marca 2020 r. dotyczące wprowadzenia na terytorium całej Polski stanu epidemii nie zostało dotąd uchylone. Na jego podstawie mogą zostać wprowadzone odpowiednie do sytuacji epidemicznej w kraju szczegółowe regulacje – wprowadzenie lockdownu na terytorium całego państwa lub jego poszczególnych obszarach, podział kraju na strefy o zróżnicowanej liczbie zakażeń i zróżnicowanym poziomie obostrzeń, a także o przymusowym charakterze szczepień. Brak takich regulacji mógłby bowiem spowodować ogromny przyrost w Polsce liczby zgonów, czego przede wszystkim należy unikać. Opinię publiczną należy oswoić z informacją, że prawie połowa chorych na COVID-19, którzy nie zostali wcześniej zaszczepieni przeciw tej chorobie i u których rozwinął się pełen zespół jej objawów, najprawdopodobniej umrze (dla porównania wśród osób zaszczepionych odsetek ten wynosi mniej niż 1%). Dane te należy powtarzać i ilustrować fabularyzowanymi reportażami ze szpitali. W 1997 r., gdy do wiadomości publicznej zamierzano przekazać w sposób skuteczny ostrzeżenie przed skażeniem bakteriologicznym i chemicznym wód powodziowych, argumenty uzupełniano w codziennym przekazie medialnym obrazami zalanych obór i kurników i setek tysięcy utopionych w nich zwierząt, dodając do tego zdjęcia zalanych przez wody powodziowe cmentarzy, oczyszczalni ścieków, składowisk wszelkiego rodzaju odpadów oraz magazynów fabryk chemicznych. Przekaz ten był tak konkretny i zrozumiały, że ludzie nie kąpali się pomimo upalnej i słonecznej pogody w wodach powodziowych, nie spożywali pokarmów, które były z nimi w kontakcie,

godzili się na utylizację wszystkich zalanych sprzętów domowego użytku, mebli, odzieży i rodzinnych pamiątek. Skoro uświadomienie społeczeństwu polskiemu w 1997 r., że bardzo poważnym elementem zagrożenia powodziowego jest możliwość zakażenia się lub zatrucia przez czynniki rozpowszechniające się za pośrednictwem wód powodziowych było możliwe i skuteczne, w 2022 r. należy podjąć taką samą akcję edukacyjną, dotyczącą niebezpieczeństwa rozpowszechniającego się drogą kropelkową. Powinna ona objąć zarówno dzieci i młodzież w szkołach, jak i dorosłych za pomocą środków przekazu. Nigdy nie jest na to za późno, byle zastosować ku temu właściwe argumenty i przedstawić je „nieprzekonanym” prostym i zrozumiałym językiem. Powinny one dotrzeć przede wszystkim do tzw. „negacjonistów”, którzy podważają realne istnienie epidemii, straszą szczepionkami modyfikowanymi genetycznie, ich skutkami ubocznymi (np. problemami z zajściem w ciążę, uaktywnieniem się chorób współistniejących) itp. Przykładem tego mogą być chociażby petycje, składane od początku trwania epidemii do samorządów terytorialnych, w których autorzy, czasami reprezentujący podejrzane instytucje, wzywają lokalne władze do podjęcia uchwał zakazujących szczepień przeciw COVID-19. Jeżeli nie da się przekonać „nieprzekonanych”, pozostanie wdrożenie istniejących w polskim systemie prawnym środków przymusu. Istnieją one we wszystkich krajach europejskich i u progu V fali epidemii są w nich powoli wdrażane (np. przymusowe szczepienia pracowników służby zdrowia, nauki i oświaty, służb publicznych, pracowników handlu itp.). Uzasadnieniem dla ich wprowadzenia jest dobro wspólne i ochrona interesów osób, które mogłyby zostać narażone na zakażenie przez lekarzy, pielęgniarki, opiekunów w domach pomocy społecznej, hospicjach, szkołach, urzędach i sklepach. Przymusowe szczepienia w wielu krajach UE już objęły wojsko i policję, aby zachować zdolności obronne państwa i zdolność reagowania w sytuacjach kryzysowych.

Przekazywaniem informacji dotyczących medycznych aspektów epidemii COVID-19 oraz sytuacji prawnej w trakcie tej epidemii w Polsce powinny zająć się osoby o profesjonalnej pozycji w polskim systemie prawnym i odpowiednich kompetencjach. Tylko w takim przypadku informacje te zostaną przez odbiorców przyswojone w odpowiedni sposób i zaakceptowane jako wiarygodne. Wprowadzenie w październiku 2021 r. w telewizji POLSAT profesora medycyny o uznanych kompetencjach merytorycznych w dziedzinie epidemiologii jako oficjalnego konsultanta medycznego tej stacji, w istotny sposób wpłynęło na treść kierowanego do masowego grona odbiorców przekazu medialnego dotyczącego epidemii COVID-19. Zniknęły z niego elementy paranaukowe i podważające standard medycyny klinicznej, pojawiły się za to przedstawiane w sposób systematyczny, w przystępnej formie, informacje zgodne ze stanowiskiem polskich epidemiologów i klinicystów. Przekazywanie przez tę stację we wszystkich audycjach publicystycznych tego samego przekazu dotyczącego medycznych aspektów epidemii COVID-19 ma szansę zwiększyć zrozumienie u odbiorców związanego

z nią zagrożenia oraz metod ochrony przed nim. Podobną strategię powinno się w mediach wprowadzić w celu spopularyzowania informacji dotyczących prawnych aspektów epidemii. Odbiorcy powinni poznać podstawy wprowadzanych przez władze państwowe zarządzeń i ich zakres, informacje te powinny być często powtarzane, ich przekazywaniem powinny zająć się rozpoznawalne dla odbiorców postaci z wykształceniem prawniczym. W obu przypadkach – informacji o medycznych aspektach epidemii i prawnych regulacjach z nią związanych – większe szanse na spopularyzowanie w opinii publicznej głoszonych przez nich poglądów jako normatywnych mają lekarz i prawnik, a nie dziennikarz, publicysta społeczny czy polityk. Tego typu strategia informacyjna sprzyjałaby większej legitymizacji zarządzeń przeciwepidemicznych państwa w świadomości społecznej, co mogłoby zwiększyć liczbę osób podporządkowujących się tym zarządzeniom dobrowolnie, nawet wtedy, gdy ich szczegóły nie są w pełni zrozumiałe i akceptowane.

Bardzo ważnym elementem strategii informacyjnej związanej z epidemią COVID-19 jest obszerna informacja dotycząca programu szczepień przeciw tej chorobie. Aby przekonać „nieprzekonanych” powinno się przedstawiać szczepienia przeciw COVID-19 jako przykład typowej strategii przeciwepidemicznej, realizowanej przez państwa europejskie już od końca XVIII w., a nie jako praktykę w jakiś sposób odmienną albo specyficzną. Należy odbiorcom uświadomić, że szczepienia ochronne są prowadzone w Europie już od ponad 200 lat. Pierwszą chorobą zakaźną, przeciwko której w Europie szczepiono, była czarna ospa. W końcu XVIII i w 1 poł. XIX w. były to szczepienia dobrowolne, a w 2 połowie XIX w. w wielu krajach tego kontynentu miały już charakter przymusowy. Zaobserwowano bowiem, że są bardzo skuteczne. W rezultacie powszechnych szczepień przeciwko ospie Europa Zachodnia była w XX w. pierwszym kontynentem, na którym ospa jako poważne zagrożenie zdrowia populacji została wyeliminowana. W Europie Północnej pojedyncze ogniska tej choroby występowały jeszcze w latach 50. i 60. XX w., a w Polsce wystąpiły po raz ostatni w 1963 r. (przed II wojną światową ogniska czarnej ospy pojawiały się w województwach wschodnich II RP). Do eliminacji związanego z czarną ospą zagrożenia na całym świecie także przyczyniły się szczepienia. W latach 60. i 70. XX w. zostały przeprowadzane na wszystkich kontynentach (poza Antarktydą) przymusowo. Obecnie choroba ta nie jest już nigdzie odnotowywana. Należy także przypomnieć powszechne i bardzo efektywne szczepienia przeciwko gruźlicy, rozpoczęte w Polsce w latach 30. XX w., a wprowadzone na masową skalę w 2 połowie XX w. W ich efekcie liczba przypadków tej choroby uległa od lat 60. XX w. radykalnemu zmniejszeniu. Dzięki powszechnym i obowiązkowym szczepieniom ochronnym wyeliminowano też w Polsce masowe zagrożenie polio, a także takimi chorobami, jak odra, dyfteryt i in. Wszystkie dzieci przechodzą w Polsce obowiązkowe szczepienia ochronne, zgodnie z ustalonym przez lekarzy kalendarzem szczepień. Większość

rodziców uznaje je za bezpieczną, wiarygodną i efektywną metodę ochrony osobistej ich dzieci, tak samo jak ich rodzice uznawali to w przypadku ich samych.

Kontekstualizacja szczepień przeciw COVID-19, ukazanie ich w programach telewizyjnych i artykułach prasowych jako jeden z elementów ogólnej strategii ochronnej przeciw chorobom zakaźnym, pozwolą „odczarować” w opinii publicznej (a przynajmniej wśród jej części) zarówno tę chorobę, jak i stosowane do jej ograniczania metody profilaktyczne. Polski przekaz medialny z pierwszych miesięcy epidemii COVID-19 w Polsce, który przedstawiał zarówno samą chorobę, jak i wprowadzane przeciw niej zarządzenia jako odmienne od innych, powinien zostać w 2022 r. zdecydowanie zmieniony, pod ścisłym nadzorem specjalistów. Choroba COVID-19 różni się oczywiście od innych chorób, tak jak grypa od malarii czy ospy, ale jest schorzeniem takim jak inne, wywoływanym przez znany medycynie klinicznej patogen, którego rozpowszechnianie w populacji podlega takim samym zasadom, jak transmisja innych patogenów, w związku z czym podlega takim samym regulacjom prawnym, jakie mają miejsce w przypadku innych chorób. Informację tę powinno się przekazywać jak najczęściej, dodając do niej pozytywny kontekst historyczny. Historia medycyny dysponuje bowiem dostatecznie wyrazistymi dowodami na skuteczność szczepień ochronnych tam, gdzie zostały one masowo zastosowane i utrzymywanie się zagrożenia epidemicznego w innych krajach i ich prowincjach, w których szczepionek się nie stosuje.

Kontekstualizacja informacji dotyczących szczepionek przeciw COVID-19, tj. ich przedstawienie jako metody profilaktyki stosowanej powszechnie i z powodzeniem w przypadku innych chorób, powinna doprowadzić do przełamania w polskiej opinii publicznej silnie obecnego w niej stereotypu, wyrażającego się w przekonaniu, że są to metody nowe i niesprawdzone. Do listopada 2021 r. jedną ze szczepionek przeciw COVID-19 przyjęło już ponad 3 miliardy mieszkańców różnych krajów świata, w tym 1 mld obywateli Chin, w których patogen SARS-CoV-2 oficjalnie rozpoznano po raz pierwszy. Znane są także statystyki dotyczące występowania ubocznych skutków szczepionek, których tak bardzo w pierwszych miesiącach szczepień się obawiano. Ocena działania różnych typów szczepionek, zastosowanych na masową skalę, wykazała, że owe skutki uboczne (tzw. NOP – tj. Niepożądany Odczyn Poszczepienny) nie występują ani szczególnie często, ani nie są szczególnie groźne. Gdyby tak się działo, niektóre szczepionki już zostałyby wycofane z użycia. Obserwacja skutków szczepień umożliwiła dokładne określenie, która z nich powinna być stosowana w jakiej grupie pacjentów, a która nie – właśnie ze względów bezpieczeństwa. Na ponad 3 miliardach pacjentów udało się natomiast obiektywnie potwierdzić, że szczepionki są efektywne. Wśród osób umierających na COVID-19 ok. 90% stanowią obecnie osoby niezaszczepione, a wśród osób, które zapadają obecnie na tę chorobę odsetek ten wynosi ponad 80%. Osoby zaszczepione nie są wprawdzie w 100% zabezpieczone przed zakażeniem, ale gdy ono już nastąpi, choroba przyjmuje

lekką postać i odznacza się bardzo niskim poziomem śmiertelności (mniejszym niż 1%, występującym głównie u pacjentów z innymi poważnymi schorzeniami współistniejącymi). Informacje te należałoby przekazywać polskiemu odbiorcy systematycznie, ukazując je zawsze w ujęciu porównawczym, tj. zestawiając kraje i obszary o wysokim i niskim współczynniku zaszczepienia. Powtarzanie tych informacji sprzyjać będzie przełamaniu stereotypu szczepień jako działań represyjnych i ograniczających ludzką wolność. Jej przejawianie się jest bowiem możliwe tylko wtedy, gdy zachowamy życie, o co powinniśmy sami skutecznie zabiegać.

Ważne jest także przedstawienie polskiej opinii publicznej szczepień ochronnych jako metody profilaktyki o charakterze egalitarnym, dostępnej dla wszystkich. Pozwoli to przełamać postrzeganie szczepień przeciw COVID-19 jako metody dostępnej jedynie dla wybranych. Przyjęty w Polsce w początkach 2021 r. model szczepień, które rozpoczęto od starszych roczników obywateli, pracowników ochrony zdrowia, służb mundurowych i publicznych⁶, mógł doprowadzić młodszych wiekiem odbiorców do błędnego przekonania, że gdyby choroba była niebezpieczna dla nich, to rząd zdecydowałby się na zaszczepienie właśnie ich, w pierwszej kolejności, tak jak to zrobił w marcu 2020 r. zamykając szkoły i obejmując zdalnym nauczaniem wszystkich uczniów. Przy powszechnej dostępności szczepionek, która występuje w Polsce w końcu 2021 r. i na początku 2022 r., należałoby doprowadzić do upowszechnienia wśród Polaków tezy, że za własne bezpieczeństwo epidemiczne odpowiadają sami. Że ich los spoczywa w ich własnych rękach. Że zaszczepienie się przeciw COVID-19 jest wyrazem ich osobistej wolności, przejawem dojrzałości do podejmowania odpowiednich decyzji, wyrazem troski o bliskich i o pomyślność państwa jako całości. Nie należy natomiast stale przypominać i podkreślać w mediach, jak wielu Polaków nie chce się zaszczepić, ani jak wielu nadal waha się, jaką decyzję podjąć w tej sprawie. Może to bowiem doprowadzić do paradoksalnego efektu: utrwalenia się obu tych postaw, których zwolennicy mogą nabrać przekonania, że skoro tak duża grupa nie decyduje się na przyjęcie szczepień, to musi być ku temu jakiś powód, który jest „znany jedynie niektórym”. Podkreślanie egalitarnego charakteru szczepień może się okazać ochroną przed dalszym rozpowszechnianiem się w polskiej opinii publicznej

⁶ W innych krajach europejskich, np. w Niemczech, nie wprowadzono przywilejów dla tzw. grupy 0, trzymając się ścisłej zasady: zaczynamy szczepić od najstarszych wiekiem obywateli. Polacy pracujący w Niemczech, m.in. personel medyczny, nauczyciele akademicy i in., specjalnie przyjeżdżali do kraju, aby wcześniej niż wynika to z daty ich urodzenia, zaszczepić się jako grupa uprzywilejowana w swoim kraju. Z drugiej strony, we Francji, Grecji i na Węgrzech jesienią 2021 r. wprowadzono obowiązek szczepień przeciwko COVID-19 wśród pracowników ochrony zdrowia. Podobnie w Anglii, gdzie w listopadzie 2021 r. wprowadzono obowiązek szczepień przeciw COVID-19 wśród pracowników domów opieki, a od kwietnia 2022 r. obowiązek będzie dotyczył wszystkich pracowników sektora publicznej ochrony zdrowia, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentem.

czerpanych z Internetu teorii spiskowych, których ważnym elementem jest pojęcie „głębszego wtajemniczenia”, dostępnego jedynie wybranym, przestrzegającym ogół przed stosowaniem rzekomo szkodliwych metod profilaktycznych, a zamiast nich propagujących swoje własne. Polski dyskurs medialny powinien przeciwstawić się takim tendencjom, przedstawiać szczepionki jako środki, których zasada działania może być zrozumiała dla wszystkich, którzy zaufają w tej sprawie lekarzom (na tej samej zasadzie, na której ufają im w przypadku innych chorób) i które mogą być zastosowane przez wszystkich, którym zależy na utrzymaniu zdrowia i dobrej kondycji, a przede wszystkim na tym, by utrzymać się przy życiu. Po przyjęciu szczepionki szansa na to, by tak się stało, wynosi jak 100 do 1.

Polskie media publiczne powinny też zacząć stopniowo popularyzować rozwiązania wprowadzone w innych krajach Europy, np. w Austrii, Francji i we Włoszech, które w 2020 r. zostały silnie dotknięte przez epidemię, a także przez jej ekonomiczne skutki. Obecnie polityka informacyjna w tych krajach opiera się na upowszechnianiu tezy, że państwa nie stać na ponowne wprowadzenie lockdownu, który jest rozwiązaniem skutecznym dla ochrony populacji, ale bardzo kosztownym dla budżetu. Kraje te podejmują więc inne działania⁷.

W dobie powszechnej dostępności do szczepionek obywatele powinni o swoje zdrowie i życie zadbać sami: powinni się zaszczepić, a także dostosować swój styl życia do rekomendacji lekarzy (reżim sanitarny, dystans społeczny, maseczki ochronne). Należy starać się równoważyć informacje, które Polacy uzyskiwali w pierwszym roku pandemii (o dużych stratach PKB związanych z lockdownem i o dużych spadkach dochodów ludzi związanych z epidemią) nowymi elementami, które w 2020 r. w przekazie medialnym nie mogły jeszcze wystąpić, dotyczącymi właśnie szczepionek. Należy powiązać masowe zastosowanie szczepionek z ograniczeniem spadku polskiego PKB, utrzymaniem się wysokiego tempa rozwoju gospodarki i poziomu dochodów indywidualnych gospodarstw domowych. Przede wszystkim jednak należy przedstawić szczepionki jako metodę ochrony osobistej, bezpłatną, dostępną i efektywną.

Przedstawianie szczepień przeciw COVID-19 jako metody indywidualnej ochrony przeciwepidemicznej także powinno być skontekstualizowane, z powołaniem się na określone akty prawne. Egalitarny charakter szczepień powinno się podkreślać przedstawiając rozporządzenie dotyczące ich wprowadzenia w Polsce⁸, bezpłatność szczepień finansowanych w całości z budżetu państwa i prostotę

⁷ Dla przykładu, od 8 listopada 2021 r. w Austrii wprowadzono przepis, że do hotelu, restauracji, salonu fryzjerskiego lub kosmetycznego mogą wejść wyłącznie osoby zaszczepione. Fakt ten spowodował, że wielu Austriaków, dotąd sceptycznych, postanowiło się zaszczepić. Wydaje się, że polski rząd powinien skorzystać chociażby z takiego przykładu, by zwiększyć poziom zaszczepienia w kraju.

⁸ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Rządu do spraw narodowego programu szczepień ochronnych przeciwko wirusowi

systemu zapisów. Należy przeciwstawić się pamiętanym z 2020 r. sytuacjom, szczególnie przez wielu starszych i zamieszkałych w mniejszych miastach i na wsi Polaków, w których na szczepienia było bardzo trudno się zapisać, trudno było też dojechać do punktów szczepień. W 2021 r. sytuacja ta się zmieniła. Należy więc wszystkich o tym poinformować, powtarzając ten przekaz wiele razy.

Powinno się także poinformować Polaków o tym, że epidemia COVID-19 może w 2022 r. przybrać bardzo groźną postać, powodującą równoczesne występowanie tysięcy nowych zachorowań w ciągu dnia i bardzo dużą liczbę zgonów. Polska opinia publiczna nie powinna być chroniona przed takimi informacjami, w obawie o spowodowanie wybuchu paniki. Dla bezpieczeństwa publicznego bardziej efektywną strategią jest przekazanie przez władze za pośrednictwem mediów ostrzeżeń przed możliwym zagrożeniem rozprzestrzeniania się epidemii (brak łóżek w oddziałach i szpitalach covidowych, brak dostępu do respiratorów itp.) i związanymi z nią wielkimi stratami w ludziach. Należy w ogólnym zarysie przedstawić, co będzie wówczas przez państwo wdrożone w życie, jakie rozwiązania prawne znajdą zastosowanie. Jest to z całą pewnością rozwiązanie bardziej efektywne niż tzw. „urzędowy optymizm”, nie oparty na racjonalnie przewidywanych zagrożeniach, ale na życzeniach, aby te zagrożenia realnie nie wystąpiły. Ograniczenie potencjalnego poszerzenia epidemii o 10 milionów nowych zachorowań w ciągu roku jest jednak możliwe tylko w wyniku zastosowania dobrze opracowanej w kręgach decyzyjnych i z udziałem specjalistów-epidemiologów strategii. Opinia publiczna powinna być o niej powiadomiona z wyprzedzeniem, aby zdążyć ją zrozumieć i przyswoić.

Warto także przybliżyć polskiej opinii publicznej informacje istotne dla codziennego funkcjonowania Polaków już dziś. W trakcie epidemii zostały wprowadzone szczególne regulacje dotyczące funkcjonowania placówek publicznego systemu opieki medycznej. Powinno się uświadamiać odbiorcom sens tych regulacji: ograniczenie kontaktów międzyludzkich i możliwości tworzenia się ognisk zakażeń w szpitalach i przychodniach. Wobec spodziewanego znacznego wzrostu zakażeń w populacji, który ma wystąpić w 2022 r., powinno się już teraz przeprowadzić szeroką akcję informacyjną na temat korzystania z systemu teleporad. Nie wydaje się bowiem, aby w związku z utrzymującym się zagrożeniem epidemicznym system ten został szybko zlikwidowany. W mediach powinno się w związku z tym upowszechniać informację, jak można efektywnie z niego korzystać, a także o możliwości złożenia skargi do NFZ, gdy uzyskanie porady lekarskiej w tej formie okazuje się niemożliwe lub utrudnione. Rozporządzenie

SARS-CoV-2, „Dziennik Ustaw” 2020, poz. 2091. Rozporządzenie to wydano na podstawie Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz Ustawy z 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, „Dziennik Ustaw” 2020, poz. 1493.

Ministra Zdrowia z sierpnia 2020 r. dotyczące teleporad⁹ reguluje szczegółowo kwestię ich organizacji, określając przypadki, w których pacjent ma prawo do uzyskania porady w gabinecie lekarskim. Powinno się jednak jak najszerzej spopularyzować informację, że kiedy kontakt z lekarzem w przychodni nie jest bezwzględnie konieczny, to w trakcie epidemii należy go unikać. Wielu pacjentów leczonych przez lekarzy rodzinnych nauczyło się już bowiem efektywnie korzystać z teleporad i z systemu e-recept, pozostałym należy szerzej udostępnić wiedzę, jak można to zrobić, co ograniczy transmisję zakażeń między pacjentami oczekującymi na poradę lekarską w przychodniach.

Ostatnim elementem profilaktyki COVID-19, który należałoby w odpowiedni sposób przedstawić w mediach polskiej opinii publicznej są paszporty covidowe. Może je uzyskać każdy zaszczepiony, tj. ok. 51% Polaków. Wielu z nich już je uzyskało, co umożliwiło im latem 2021 r. wyjazd na zagraniczne wakacje albo do pracy za granicą. Polityka informacyjna dotycząca paszportów covidowych powinna koncentrować się na egalitarnym charakterze dostępu do nich oraz związanych z nimi uprawnień¹⁰. Szczepienia ochronne przeciw COVID-19 są darmowe, podobnie jak wystawienie potwierdzenia otrzymania szczepionki. Paszport może w związku z tym uzyskać każdy Polak, niezależnie od swojej sytuacji materialnej, miejsca zamieszkania, wieku, płci itp. Uzyskanie paszportu zależy wyłącznie od jego indywidualnej decyzji – o przyjęciu szczepienia i postaraniu się o odpowiedni, potwierdzający to dokument. W narracji medialnej dotyczącej paszportów covidowych także należy wprowadzić elementy kontekstualizacji, porównując chorobę wywołaną przez SARS-CoV-2 do innych chorób zakaźnych, a szczepienia przeciwko niej – do innych szczepień. W wielu zawodach i miejscach pracy pracownicy muszą przedstawić dokumenty o stanie zdrowia, a także potwierdzenia przyjęcia określonych szczepień. Dzieje się tak również w trakcie ich czasu wolnego, np. wyjazdów turystycznych (gdy wjazd do danego kraju jest uwarunkowany okazaniem świadectwa szczepień). Potraktowanie szczepień przeciwko COVID-19 tak jak wszystkich innych doprowadzi z czasem do zmniejszenia wpływu argumentów ich przeciwników, uznających je za szczególnie niebezpieczne, czy w jakiś sposób specyficzne. Wielu Polaków szczepi siebie i dzieci przeciw innym chorobom, ale nie zamierzają się poddać szczepieniom przeciwko COVID-19. Jak wykazano w pierwszych rozdziałach tej książki, może to być efektem niepra-

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, „Dziennik Ustaw” 2020, poz. 1395.

¹⁰ Jednocześnie bezwzględnie należy prawnie rozstrzygnąć sprawę trzeciego szczepienia, które jeszcze w pierwszych dniach listopada 2021 r. nie zostało uwzględnione ani w paszporcie covidowym, ani nie zostało odnotowane w Indywidualnym Koncie Pacjenta. Trzecie szczepienie przedłuża ważność paszportu covidowego. Pierwsze osoby, które w Polsce były szczepione pod koniec 2020 r., już w drugiej dekadzie stycznia 2022 r. tracą ważność swoich paszportów covidowych, muszą się więc postarać o nowy dokument.

widłowej polityki informacyjnej dotyczącej tej choroby, realizowanej w polskich mediach w pierwszych miesiącach 2020 r., nacechowanej lękiem, niewiedzą, wysokim poziomem emocji, a także poszukiwaniem sensacji. Obecnie większość Polaków z faktem występowania epidemii zdołała się już oswoić, należy im więc dostarczyć jak najwięcej opartych na rzetelnych podstawach naukowych informacji, które zracjonalizują ich postawę wobec szczepień i innych metod profilaktyki i pozwolą im czuć się względnie bezpiecznie.

Informacja jest jedną z najważniejszych metod ochronnych, które można zastosować w sytuacjach zagrożenia bezpieczeństwa publicznego. Taką sytuacją jest bez wątpienia obecna pandemia COVID-19. Pragniemy wyrazić nadzieję, że analizy przeprowadzone w tej książce okażą się przydatne dla osób konstruujących standard polityki informacyjnej dotyczącej epidemii w Polsce. Błędy, które w niej wystąpiły w 2020 r., można i należy obecnie skorygować. Nigdy nie jest na to za późno. Tylko zapoznanie opinii publicznej z realistycznym obrazem epidemii i metod jej zwalczania może sprawić, że będą one efektywne. Jeżeli nie uda się tego przeprowadzić, najpoważniejszym skutkiem epidemii będzie trwała destrukcja więzi społecznych i ogromne straty demograficzne i materialne, którym można było zapobiec.

Wykaz Autorów

Prof. dr hab. Bożena Płonka Syroka

Zakład Humanistycznych Nauk Farmaceutycznych, Studium Nauk
Humanistycznych i Społecznych Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu

ORCID: 0000-0001-8743-4634

Mgr Monika Hudaszek

Wydział Farmaceutyczny Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu

ORCID: 0000-0002-6248-3381

Mgr Wiktoria Kurzyna

Wydział Farmaceutyczny Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu

ORCID: 0000-0001-9562-2256

Tom 9 serii Doświadczanie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, wydawanej pod red. naukową prof. dr hab. Bożeny Płonki-Syroki, autorstwa prof. dr hab. Bożeny Płonki-Syroki, mgr Moniki Hudaszek i mgr Wiktorii Kurzyny, został poświęcony analizie obrazu bezprecedensowej epidemii COVID-19, oglądu jaki kształtowały u czytelników wydawane w Polsce popularne tygodniki opinii i czasopisma dla medyków w trakcie pierwszych miesięcy epidemii, konfrontowanego z opiniami i odczuciami polskich pacjentów w prowadzonych badaniach własnych. [...] Schemat pracy, obszerny zakres odwołań bibliograficznych i wykorzystana metoda krytyczno-porównawcza analizy sposobu przedstawienia epidemii COVID-19 z perspektywy politycznej i światopoglądowej, czyni pozycję interesującą poznawczo i kierowaną do zróżnicowanego grona odbiorców, zarówno z grupy osób kształtujących, jak i realizujących politykę zdrowotną, zasługującą na szerokie rozpowszechnienie.

z recenzji dr hab. Bożeny Karolewicz, prof. UMW

Publikacja jest jedną z pierwszych w kraju tego typu prac naukowych. Ukazano w niej różnice między dyskursem klinicznym w pojmowaniu epidemii i definiowaniu związanych z nią zagrożeń a dyskursem popularnym, adresowanym do laików i przez nich przyswajającym. Stanowi próbę znalezienia odpowiedzi na pytanie dlaczego szczepienia ochronne i inne dostępne aktualnie metody profilaktyki zakażeń wirusem SARS-CoV-2 są akceptowane tylko przez pewną część obywateli Polski. Autorki starały się także znaleźć odpowiedź dlaczego obywatele Polski wykazują tak małe zaufanie do oferowanych metod i dlaczego nie stały się one podstawą ich osobistych strategii zarządzania epidemią. Autorki szukały przyczyn, które doprowadziły do takiej sytuacji.

Publikacja [...] stanowi efekt współpracy pomiędzy Uniwersytetem Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydziałem Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii Politechniki Opolskiej oraz Szpitalem Specjalistycznym MSWiA w Głuchołazach im. św. Jana Pawła II, w którym prowadzono badania wśród pacjentów korzystających z rehabilitacji pocovidowej.

z recenzji dr hab. Mariusza Migąły, prof. PO

e-ISBN 978-83-7055-680-8



UNIWERSYTET MEDYCZNY
IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU