

Ewelina Kancik-Kořtun*

Poczucie bezpieczeřstwa zdrowotnego obywateli podczas pandemii COVID-19 w pařstwach Grupy Wyszehradzkiej

The feeling of health security of citizens during the COVID-19 pandemic in the Visegrad Group countries

Streszczenie: Celem artykułu jest dokonanie analizy przeprowadzonych badař empirycznych nad poczuciem bezpieczeřstwa zdrowotnego obywateli podczas pandemii COVID-19, a następnie próba interpretacji wyników badař w ujęciu analizy komparatystycznej we wszystkich pařstwach Grupy Wyszehradzkiej. Analiza oparta jest na danych ankietowych zebranych w czterech pařstwach Grupy Wyszehradzkiej (Polsce, Słowacji, Czechach i Węgrzech) w trzech obszarach tematycznych: bezpieczeřstwa, mediów i społeczeřstwa obywatelskiego. W artykule wykorzystano takę analizę takich danych statystycznych, jak: liczba zakaęń COVID-19, liczba osó zmarłych, liczba testowař oraz liczba wykonanych szczepieř. Zgromadzone w taki sposób dane pomogły zobrazować stan faktyczny pandemii, na ich podstawie dokonano analizy komparatystycznej. Sytuacja epidemiczna w poszczególnych pařstwach na całym świecie znacząco wpłynęła na poczucie bezpieczeřstwa obywateli. W pařstwach Grupy Wyszehradzkiej poczucie bezpieczeřstwa obywateli podczas pandemii COVID-19 charakteryzowało się duęym stopniem zmiennořci, co uwarunkowane było rozwojem pandemii w danym okresie i obostrzeniami wprowadzanymi przez rządy.

Słowa kluczowe: bezpieczeřstwo zdrowotne, COVID-19, Grupa Wyszehradzka, badania społeczne

Abstract: The aim of this paper is to discuss empirical research on citizens' sense of health safety during the COVID-19 pandemic, and make a comparative analysis of all the Visegrad Group countries in this respect. The analysis is based on survey data collected in the V4 countries (Poland, Slovakia, Czech Republic and Hungary) in three thematic areas: safety, media and civic society.

* Ewelina Kancik-Kořtun – dr, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Polska, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9626-4419>, e-mail: ewelina.kancik-koltun@mail.umcs.pl.

The article also uses analysis of statistical data, such as the number of COVID-19 infections, deaths, tests and vaccinations. The data gathered in this way helped to illustrate the actual state of the pandemic and provided a basis for a subsequent comparative analysis. The epidemiological situation across the world has had a significant impact on citizens' sense of safety. In the Visegrad countries, their feeling of security during the COVID-19 pandemic was subject to considerable fluctuations, influenced by the development of the pandemic in a given period and the restrictions imposed by the governments.

Keywords: health safety, COVID-19, Visegrad Group, social research

Wprowadzenie

Bezpieczeństwo często jest postrzegane jako wartość poprzez pryzmat pokoju, życia czy zdrowia, które zajmują najważniejsze miejsce ze wszystkich znanych wartości w europejskim kręgu kulturowym. Ciągłe bowiem pojawiają się na świecie nowe zagrożenia, a także sytuacje, które wpływają na zmianę poczucia bezpieczeństwa obywateli w poszczególnych państwach. Niewątpliwie wirus SARS CoV-2 znacząco wpłynął na poczucie bezpieczeństwa obywateli na całym świecie w 2019 r. i w późniejszym okresie. Sam koronawirus SARS, czyli zespół ostrej niewydolności oddechowej (rodzaj nietypowego zapalenia płuc), po raz pierwszy pojawił się w końcu 2002 r. w prowincji Guangdong na południu Chin, gdzie władze chińskie starały się ukryć ten fakt, stosując blokadę informacyjną¹. Jednak w związku z rozprzestrzenianiem się wirusa w innych państwach, takich jak Wietnam czy Tajlandia, Światowa Organizacja Zdrowia w lutym 2003 r. zajęła się problemem i wprowadziła procedury zapobiegawcze (kwarantanny, badania, zamykanie szkół i urzędów). Dzięki temu wirus pozostał głównie na obszarze Azji i nie rozprzestrzenił się na inne kontynenty.

Poczucie bezpieczeństwa towarzyszy człowiekowi na każdym etapie istnienia: od życia płodowego do śmierci, przy czym potrzeba poczucia bezpieczeństwa nasila się w sytuacjach nowych, nagłych i zagrażających istnieniu², tak jak ma to miejsce podczas pandemii COVID-19.

W dniach 29.11 – 23.12.2020 r. autorka artykułu przeprowadziła anonimowe ankiety internetowe we wszystkich państwach Grupy Wyszehradzkiej³. Badanie zatytułowane „Życie obywateli podczas epide-

1 M. Sygõt, *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2017, s. 300-301.

2 M. Koziński, *Bezpieczeństwo w Unii Europejskiej. Zdrowie publiczne i świadczenia*, Gdańsk 2011, s. 25.

3 Badania zostały przeprowadzone na internetowych platformach badawczych: webankieta.pl, netquest.cz, netquest.sk, których wykupienie zostało sfinansowane przez Wydział Politologii

mii COVID-19” zostało stworzone odpowiednio w czterech językach: polskim, słowacki, czeskim i węgierskim⁴, a tym samym ankiety zawierały identyczne pytania dla wszystkich respondentów. Wybór próby respondentów odbył się metodą kuli śnieżnej⁵. Okres przeprowadzenia badań przypadał na czas, w którym w każdym z badanych państw wprowadzono jesienny lockdown, ciągle zwiększała się liczba chorych na COVID-19 i jego przypadków śmiertelnych, a w państwach trwały różnego rodzaju protesty społeczne. Odpowiednio w badaniach wzięło udział w Polsce – 1189 respondentów, na Słowacji – 205 respondentów, w Czechach – 203, zaś na Węgrzech – 155, przy czym uzyskana liczba respondentów nie jest próbą reprezentatywną w skali państw, a wyłącznie cząstkową.

Celem artykułu jest dokonanie analizy przeprowadzonych badań, a następnie próba interpretacji ich wyników w ujęciu analizy komparatystycznej we wszystkich państwach Grupy Wyszehradzkiej. Hipoteza główna zakłada, że na poczucie bezpieczeństwa w danym państwie/miejscu zamieszkania wpływa bieżąca sytuacja związana z rozwojem pandemii w danym państwie. Do zbadania poczucia bezpieczeństwa wybrano takie wskaźniki, jak: wiarę w istnienie pandemii, zadowolenie ze służby zdrowia, zadowolenie z działań rządu, obawy o własne życie i zdrowie, obawy o życie osób najbliższych, dostęp do opieki medycznej, dostępność szczepień.

1. Bezpieczeństwo zdrowotne

Wydarzenia oraz zmiany globalizacyjne w XXI wieku doprowadziły do połączenia się dwóch oddzielnych problemów związanych ze zdrowiem oraz bezpieczeństwem i powstania w rezultacie bezpieczeństwa zdrowotnego (*health security*)⁶, w koncepcji którego dostrzega-

i Dziennikarstwa UMCS.

4 Formularz ankiety na język czeski i słowacki przetłumaczyła autorka artykułu, zaś na język węgierski – tłumacz.

5 W każdym z badanych państw linki do formularzy ankiet zostały udostępnione w mediach społecznościowych (Facebook) i na stronach internetowych urzędów, fundacji pozarządowych oraz uczelni, które wyraziły zgodę na współpracę.

6 P.M. Nowicka, J. Kociak, *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski*, „Studia BAS”, nr 4 (56), 2018, s. 105, <https://doi.10.31268/StudiaBAS.2018.26> [5.04.2021].

my wiele odmiennych stanowisk w odniesieniu do statusu naukowego samego pojęcia i tematyki.

Bezpieczeństwo jest naczelną potrzebą człowieka, dotyczy nie tylko jednostek, ale również grup społecznych, społeczności lokalnych i obywateli różnych państw, natomiast brak bezpieczeństwa rodzi niepokój poszczególnych ludzi, rodzin i może wystąpić w skali krajowej i międzynarodowej⁷. Samo pojęcie bezpieczeństwa jest w literaturze często podejmowane i dzielone na różne sektory i obszary. Wydaje się, że w raporcie *United Nations Development Program* wyróżnione zostały wszystkie sektory bezpieczeństwa, które uwzględniają zagrożenia w siedmiu obszarach, dzieląc bezpieczeństwo na: ekonomiczne, żywnościowe, zdrowotne, ekologiczne, osobiste, społeczne i polityczne. Do katalogu sektorów bezpieczeństwa stale dochodzą nowe, takie jak np. bezpieczeństwo migracyjne, kulturowe, technologiczne czy demograficzne. Istnieje wiele definicji zdrowia, jednak najbardziej trafna wydaje się definicja, zgodnie z którą zdrowie jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności – wstęp do Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia⁸. Zdrowie to nie tylko sprawność fizyczna, psychiczna i intelektualna, ale również chęć pełni życia, zdolność radzenia sobie z różnymi problemami oraz zdolność wypełnienia życiowych i zawodowych ról, odporność psychiczna i umiejętność radzenia sobie z różnymi dolegliwościami i chorobami⁹.

Bezpieczeństwo zdrowotne jest jedną z podstawowych funkcji państwa, gdzie postrzegane jako dobro publiczne i podlega interwencjonizmowi rozumianemu jako ingerencja władzy publicznej w służbę zdrowia poprzez jej kontrolę i nadzór. Centralnym elementem warunkującym bezpieczeństwo zdrowotne jest prawo do ochrony zdrowia, którego zasadniczym gwarantem są instytucje państwa oraz dostęp do świadczeń na równych zasadach, dostępność bowiem implikuje poziom bezpieczeństwa zdrowotnego, równa zaś i sprawiedliwa dostępność do świadczeń zdrowotnych stanowi podstawowe wyzwanie dla polityki zdrowotnej, a tym samym również dla bezpieczeństwa

7 M. Koziański, *Bezpieczeństwo w Unii Europejskiej...*, s. 29.

8 Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia (Dz.U. z 1948 r., nr 61, poz. 477).

9 A. Wojtczak, *Zdrowie publiczne. Wyzwania dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2017, s. 3.

zdrowotnego¹⁰. Rządy państw są często paternalistyczne i ich funkcją jest zapewnienie obywatelom ochrony zdrowia i życia w środowisku, w którym mogą się rozwijać, i skupiają się nie tylko na rozwiązywaniu problemów łączących się ze złym stanem zdrowia, ale także na zachęcaniu do pozytywnych wyborów i tworzenia warunków, w których ludzie czują się zdolni do wykształcenia zdrowego stylu życia¹¹. Odnosząc się do sfery działania systemu ochrony zdrowia, można stwierdzić, że zdrowie publiczne jest podstawą tego systemu poprzez koncentrowanie się na ochronie przed chorobami i zagrożeniami ze strony środowiska bytowania i pracy oraz na ochronie przed zagrożeniami ze strony niewłaściwych warunków społecznych¹².

2. Metodologia badań

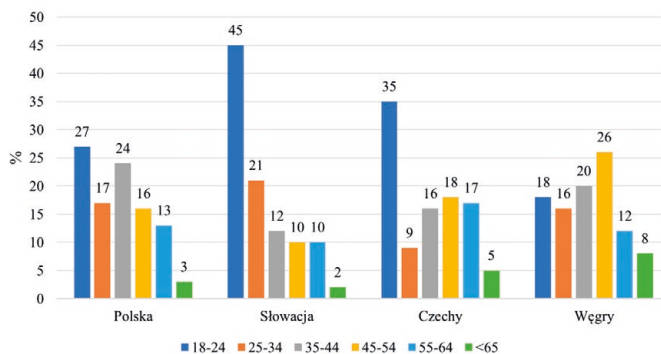
Biorąc pod uwagę wiek respondentów z Polski, Czech i Słowacji, największy procent stanowiły osoby w przedziale wiekowym 18-24. Na Słowacji na kolejnej pozycji było 21% osób w wieku 25-34, najmniejszy procent stanowiły zaś osoby powyżej 65 roku życia – 2%. W całych badaniach najmniejszą liczbę respondentów stanowiły osoby powyżej 65 roku życia, których było od 2% do 5%. Z kolei na Węgrzech największą liczbę respondentów stanowiły osoby w wieku 45-54 lata, których było 26%, na drugim miejscu uplasowała się grupa wiekowa 35-44. Szczegółowo wiek respondentów w poszczególnych państwach przedstawia wykres 1.

Analizując wykształcenie respondentów: 50% uczestników badania z Polski posiadało wykształcenie wyższe magisterskie, na drugim miejscu średnie – 32%, natomiast 1% miało wykształcenie podstawowe. Biorąc pod uwagę wykształcenie respondentów słowackich: 49% miało wykształcenie średnie, 33% wykształcenie wyższe, nikt z respondentów nie miał wykształcenia zawodowego. Najwięcej osób biorących udział w badaniu z Czech miało wykształcenie średnie – 45%,

10 P. Grzywina, *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej. Wprowadzenie do dyskusji*, Katowice 2017, s. 34.

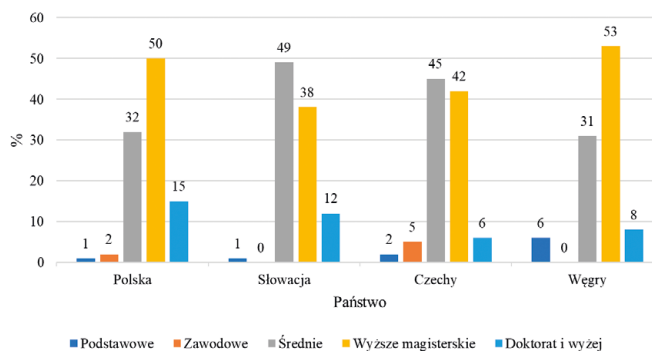
11 J. French, *The case for social marketing*, [w:] *Social marketing and public health. Theory and practice*, ed. J. French et al., New York 2010, s. 4.

12 Z. Jethon, *Rozwój zdrowia publicznego na przestrzeni wieków w Europie i Polsce*, [w:] *Zdrowie publiczne – w Polsce*, red. M.D. Głowacka, J. Zdanowska, Warszawa 2013.

Wykres 1. Wiek respondentów

Źródło: badania własne.

respondenci z wykształceniem wyższym stanowili 42% badanych. Pod względem wykształcenia respondentów węgierskich: 53% stanowiły osoby z wykształceniem wyższym, ze średnim zaś – 31%. Dokładny podział ze względu na wykształcenie osób biorących udział w badaniu przedstawia wykres 2.

Wykres 2. Wykształcenie respondentów

Źródło: badania własne.

W odniesieniu do miejsca zamieszkania respondentów z Polski należy stwierdzić, że najwięcej, bo 34% osób mieszkało na wsi, 33% w dużych miastach, 15% w średnich miastach, a 13% w małych miastach, najmniej, bo 5% badanych w bardzo dużych miastach. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania respondentów słowackich, zauważamy, że najwięcej, bo 41% osób mieszkało na wsi, na drugim miejscu uplasowały się średnie miasta, z których pochodziło 35% ankietowanych, następną grupę stanowili mieszkańcy małych miast, których było 13%,

natomiast najmniej respondentów zamieszkiwało bardzo duże miasta. Największa liczba respondentów czeskich mieszkała również na wsi – stanowili oni 40% badanych, drugą najbardziej liczną grupą byli mieszkańcy małych miast – 33%, najmniej, bo 4% badanych stanowili mieszkańcy bardzo dużych miast. Z kolei na Węgrzech najwięcej respondentów – 29%, wskazało jako miejsce zamieszkania duże miasta, na kolejnych pozycjach, z wynikiem 20%, znalazły się wieś i małe miasta. Natomiast z bardzo dużych miast pochodziło 12% respondentów. Dokładne wyniki przedstawia tabela 1.

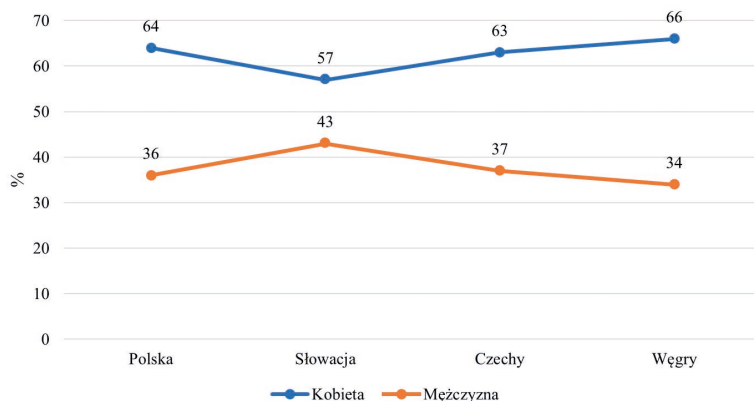
Tabela 1. Miejsce zamieszkania respondentów

	Polska		Słowacja		Czechy		Węgry	
	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%	Liczba
Wieś	34%	407	41%	83	40%	81	20%	31
Małe miasto (do 20 tys.)	13%	158	13%	27	33%	66	20%	30
Średnie miasto (20-99 tys. mieszkańców)	15%	180	35%	71	7%	15	19%	30
Duże miasto (100-500 tys. mieszkańców)	33%	393	7%	15	16%	32	29%	45
Bardzo duże miasto (powyżej 500 tys. mieszkańców)	5%	51	4%	9	4%	9	12%	19

Źródło: badania własne.

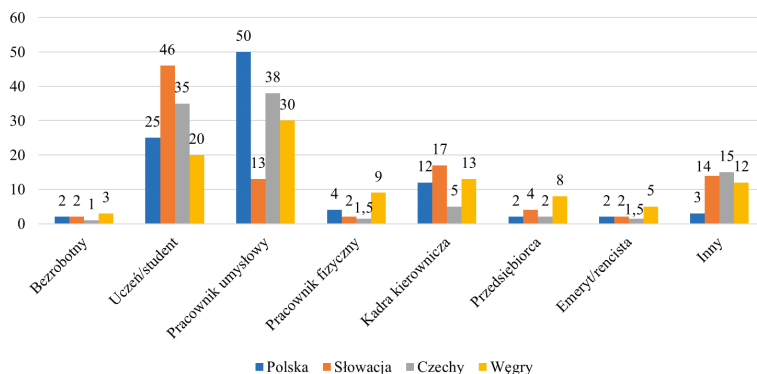
Próbując dokonać analizy porównawczej miejsca zamieszkania wszystkich respondentów, widzimy, że w Polsce, na Słowacji i w Czechach największa liczba respondentów zamieszkiwała wieś. Inną tendencją, którą da się dostrzec w tych państwach, jest podobna procentowa liczba uczestników badania zamieszkujących bardzo duże miasta.

Jeśli weźmiemy pod uwagę płeć respondentów z Polski, to w badaniu wzięło udział 64% kobiet i 36% mężczyzn. Na Słowacji wzięło udział w ankiecie 57% kobiet i 43% mężczyzn. Natomiast w Czechach było to odpowiednio 63% kobiet i 37% mężczyzn. Na Węgrzech respondentami były w 66% kobiety i w 34% mężczyźni. Podział płci obrazuje wykres 4.

Wykres 4. Płeć respondentów

Źródło: badania własne.

Analizując status zawodowy Polaków biorących udział w ankiecie, dochodzimy do wniosku, że największy odsetek stanowili pracownicy umysłowi – 50%, uczniowie i studenci – 25%, natomiast bezrobotni, przedsiębiorcy oraz emeryci/renciści – po 2%. Na Słowacji największy procent respondentów stanowili uczniowie/studenci, gdyż aż 46%, następną grupą była kadra kierownicza – 17%, najmniej, bo 2% stanowili bezrobotni i emeryci/renciści. Największy procent respondentów czeskich stanowili pracownicy umysłowi – 38%, drugą grupą byli uczniowie i studenci – 35%, natomiast 1% respondentów było bezrobotnych, po 1,5% przypadło zaś na pracowników fizycznych oraz emerytów/rencistów. Węgierscy respondenci w najliczniejszej, bo 30-procentowej grupie byli pracownikami umysłowymi, drugą grupę stanowili uczniowie/studenci – 20%, najmniej było bezrobotnych – zaledwie 3%. Dokonując próby porównania, należy dostrzec, że najwięcej respondentów ze wszystkich państw stanowili łącznie uczniowie/studenci i pracownicy umysłowi. Szczegółowo dane przedstawia wykres 5.

Wykres 5. Status zawodowy respondentów

Źródło: badania własne.

3. Postrzeganie bezpieczeństwa przez obywateli państw Grupy Wyszehradzkiej – wyniki badań

Poza „starymi” znanymi chorobami zakaźnymi pojawiły się także nowe choroby zakaźne, a zatem i nowe problemy: wirus Ebola, SARS, choroba Creutzfeldta-Jakoba. Żadne państwo nie może czuć się w pełni bezpieczne i nie może sobie pozwolić na bagatelizowanie chorób zakaźnych, gdyż na ich szybki rozwój wpływają współczesne warunki życia i łatwość przemieszczania się¹³.

Od początku pandemii do końca pierwszego kwartału 2021 r. w Polsce zachorowało na koronawirusa 2 321 717 osób, z czego 53 045 osób zmarło. Na Słowacji natomiast zachorowało 361 185 obywateli, z czego 9 719 były to przypadki śmiertelne. W Czechach na COVID-19 z kolei zachorowały 1 532 332 osoby, z czego zmarło 26 421 osób. Na Węgrzech zachorowały w analizowanym okresie 652 433 osoby, z czego śmiertelnych przypadków było 20 737¹⁴. Analizując powyższe dane od początku pandemii, należy uznać, że (tabela 2):

- najwyższy procent zakażeń w odniesieniu do liczby ludności był w tym okresie w Czechach – 14,39%, zaś w pozostałych pań-

¹³ J. Leowski, *Polityka a zdrowie publiczne*, Warszawa 2018, s. 17.

¹⁴ Google Wiadomości, <https://news.google.com/covid19/map?hl=pl&gl=PL&ceid=PL%3Apl&mi d=%2Fm%2F03gj2> [3.04.2021].

stwach był bardzo podobny i oscylował w granicach od 6,07% w Polsce, poprzez 6,63 % na Słowacji, do 6,65% na Węgrzech.

- najwyższy procent zgonów w odniesieniu do osób zakażonych COVID-19 w badanym okresie był na Węgrzech – 3,18%, na Słowacji wynosił – 2,69%, w Polsce – 2,28%, natomiast najniższy był w Czechach – 1,72%.
- najwyższy procent zgonów w odniesieniu do liczby ludności państwa był w Czechach – 0,25%, następnie na Węgrzech – 0,21%, na Słowacji – 0,17%, najniższy był zaś w Polsce – 0,14%.

Tabela 2. Procentowy odsetek liczby zakażeń i zgonów

Państwo	Polska	Słowacja	Czechy	Węgry
Procent zakażonych COVID-19 w odniesieniu do liczby ludności państwa	6,07%	6,63%	14,39%	6,65%
Procent zgonów w odniesieniu do osób zakażonych COVID-19	2,28%	2,69%	1,72%	3,18%
Procent zgonów w odniesieniu do liczby ludności państwa	0,14%	0,17%	0,25%	0,21%

Źródło: opracowanie własne.

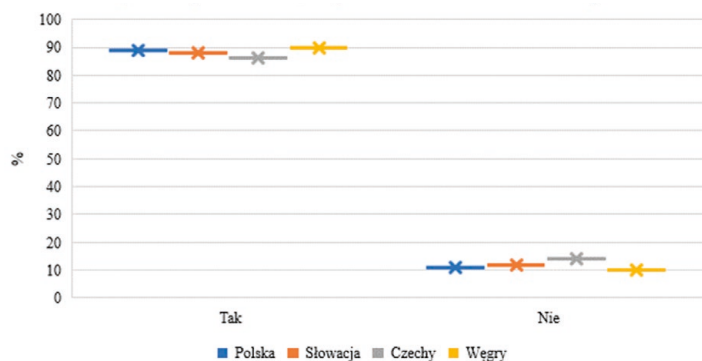
Biorąc pod uwagę liczbę wykonanych testów na COVID-19 w Polsce, od początku pandemii do końca pierwszego kwartału 2021 r. wykonano ich 12 413 519, z czego w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców było to 328 268. Dane ze Słowacji pokazują, że wykonano tam w badanym okresie 2 384 180 testów na COVID-19, co w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców daje wynik 436 532. Z kolei w Czechach w analizowanym okresie przeprowadzono 13 107 402 testy na COVID-19, co w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców daje wynik 1 222 248. Natomiast na Węgrzech wykonano 4 753 281 testów na COVID-19, co w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców daje wynik 492 989. W państwach Grupy Wyszehradzkiej najmniej testów na mieszkańca przypadło w badanym okresie w Polsce, a najwięcej w Czechach¹⁵.

Od wykrycia pierwszego przypadku wirusa do jego rozprzestrzenienia się po całym świecie w większości państw panowała dezinformacja. W globalnym systemie informacyjnym pandemii ciągle brakuje skutecznej komunikacji, stale mamy do czynienia z fake ne-

¹⁵ Ibidem.

wsami, teoriami spiskowymi i brakiem rzetelnej informacji. W rezultacie społeczeństwa i obywatele nie potrafią odróżnić prawdziwych, potwierdzonych informacji od fałszywych, opartych na niewiarygodnych źródłach. Ogólnie zmniejsza się także zaufanie do mediów tradycyjnych, których pozycja w związku z pandemią uległa osłabieniu na rzecz Internetu. Zamieszczane w mediach społecznościowych informacje najczęściej są przez znaczną część społeczeństw odbierane jako prawdziwe i bezrefleksyjnie przyjmowane. Obserwacja wydarzeń związanych z epidemią na arenie międzynarodowej pozwala stwierdzić, że poszczególne społeczeństwa w różny sposób odnoszą się do pandemii COVID-19. Respondentów z państw Grupy Wyszehradzkiej zapytano w ankiecie, czy wierzą w pandemię. Zważywszy na wyniki dotyczące istnienia pandemii, we wszystkich badanych państwach respondenci w ok. 90% wierzą, że pandemia istnieje: w Polsce uważa tak 89% badanych, na Słowacji – 88%, w Czechach – 86%, zaś na Węgrzech 90%. Natomiast od 10% do 14% respondentów z państw Grupy Wyszehradzkiej uważa, że nie ma czegoś takiego jak pandemia (wykres 6).

Wykres 6. Czy wierzy Pan/Pani, że pandemia COVID-19 istnieje?

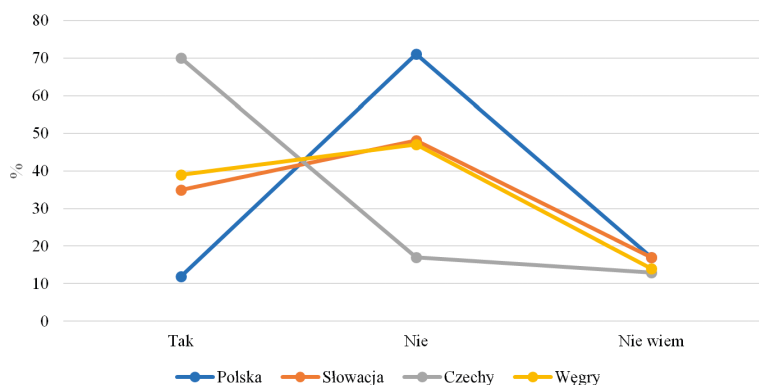


Źródło: badania własne.

W czasie epidemii wielu obywateli miało problemy z dostępem do opieki zdrowotnej, takich jak np. przełożenie lub odwołanie umówionych wizyt, badań czy operacji, ale również z dostępem do podstawowych porad medycznych czy stomatologów. Sam system opieki zdrowotnej również przeszedł w tym czasie znaczące zmiany pod względem komunikacji z pacjentem, wprowadzając jej nowe formy, np. porady przez Internet, teleporady, e-recepty, e-skierowania.

Poziom bezpieczeństwa zdrowotnego wyznaczony jest przez system ochrony zdrowia, w tym poprzez funkcjonowanie szpitali i dostępność do usług zdrowotnych, co staje się szczególnie ważne podczas pandemii. Analizując zadowolenie z funkcjonowania służby zdrowia w czasie epidemii (wykres 7), można zauważyć, że najbardziej zadowoleni ze służby zdrowia byli respondenci czescy, których było aż 70%. Odwrotna tendencja, czyli niezadowolenie z funkcjonowania służby zdrowia, widoczna była wśród respondentów z Polski, którzy w 71% byli niezadowoleni z działania służby zdrowia. Natomiast na Słowacji i Węgrzech procent zadowolenia kształtował się na podobnym poziomie, na Węgrzech wynosił 39%, zaś na Słowacji 35%. Podobny procent respondentów z obydwu państw wskazał również niezadowolenie z funkcjonowania służby zdrowia – na Słowacji 49%, na Węgrzech 48%. Najmniej zadowolonych obywateli z funkcjonowania służby zdrowia było w Polsce – 12%. Z kolei na podobnym poziomie procentowym w każdym z państw badani wskazali, że nie mają zdania co do zadowolenia ze służby zdrowia: w Polsce było to 17%, na Słowacji – 16%, w Czechach – 13%, a na Węgrzech – 14%.

Wykres 7. Zadowolenie ze służby zdrowia w czasie pandemii

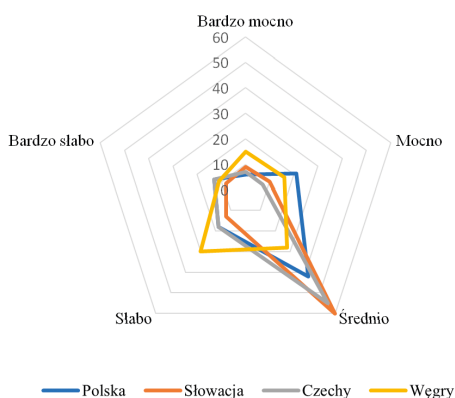


Źródło: badania własne.

Jeżeli chodzi o obawę respondentów z Polski o własne zdrowie i życie (skala: bardzo mocno, mocno, średnio, słabo, bardzo słabo), to najwięcej respondentów, bo 42% w skali średnio obawia się o swoje zdrowie i życie. Z kolei blisko 20% więcej respondentów ze Słowacji i z Czech również wybrało średni poziom, gdzie wskaźnik wyniósł odpowiednio 60% i 55%. Polscy respondenci w 6% obawiają się bar-

dzo mocno o własne zdrowie i życie, natomiast słowaccy w 9%, czescy w 7%, a węgierscy aż w 14%. Z kolei mocno obawia się o swoje zdrowie i życie 21% respondentów z Polski, 10% badanych ze Słowacji, 8% respondentów z Czech i 16% respondentów z Węgier. Biorąc pod uwagę słabą obawę o własne zdrowie i życie, 18% polskich respondentów było tego zdania, 13% respondentów słowackich, 18% czeskich badanych i 30% respondentów węgierskich. Natomiast bardzo słabo o swoje życie i zdrowie obawiało się 13% polskich respondentów, 8% słowackich respondentów, 13% czeskich respondentów i 11% węgierskich. Szczegółowo analizowane wyniki obrazuje wykres 8.

Wykres 8. Obawianie się o własne zdrowie i życie

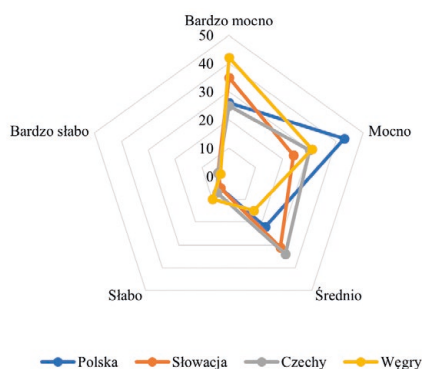


Źródło: badania własne.

Obawa badanych o zdrowie najbliższych, ujęta w pięciostopniowej skali (bardzo mocno, mocno, średnio, słabo, bardzo słabo), towarzyszyła 26% respondentów z Polski, którzy bardzo mocno obawiali się o zdrowie najbliższych. Spośród słowackich badanych aż 35% stwierdziło, że bardzo mocno obawia się o zdrowie najbliższych. Respondenci czescy w 25% obawiali się mocno o zdrowie najbliższych. Natomiast najwyższy procent badanych, którzy bardzo mocno obawiali się o zdrowie najbliższych, stanowili respondenci węgierscy, których było 42%. Drugi stopień skali, gdzie respondenci byli zdania, że mocno obawiają się o zdrowie swoich najbliższych, wybrało odpowiednio 43% badanych z Polski, 24% badanych ze Słowacji, 30% badanych z Czech i 31% badanych z Węgier. Na tym poziomie największy procent badanych obawiających się o zdrowie najbliższych dotyczył więc Polski. Obawę

o zdrowie najbliższych w skali na średnim poziomie wybrało 22% polskich badanych, 31% słowackich badanych, 34% czeskich badanych (co stanowi najwyższy procent na tym poziomie skali) i 15% węgierskich badanych. Biorąc pod uwagę w skali słabą obawę o zdrowie najbliższych, należy zauważyć, że tę opcję wybrało po 5% polskich i słowackich respondentów, 7% respondentów czeskich i 10% respondentów węgierskich. Ostatni poziom skali – bardzo słabo – wybrało po 3% respondentów polskich, słowackich, węgierskich oraz 4% respondentów czeskich. Powyższe dane przedstawia wykres 9.

Wykres 9. Obawianie się o zdrowie najbliższych

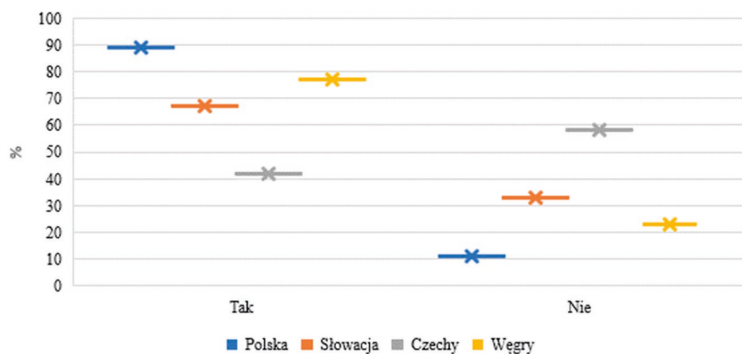


Źródło: badania własne.

Dostępność do systemu ochrony zdrowia jest czynnikiem wpływającym na poziom bezpieczeństwa zdrowotnego. Respondenci zostali zapytani, czy obawiają się tego, że w przypadku złego stanu zdrowia mogą nie uzyskać odpowiedniej opieki medycznej (wykres 10). Co interesujące, aż 89% badanych z Polski wskazało taką obawę, co stanowi największy procent w badanych państwach. Natomiast drugą najliczniejszą grupą pod względem obaw obywateli o opiekę medyczną byli respondenci z Węgier – 77% badanych. Słowaccy respondenci obawiali się w 67%, że mogą nie otrzymać odpowiedniej pomocy medycznej. Z kolei respondenci z Czech w najmniejszym stopniu spośród badanych państw – 42% – obawiali się, że nie otrzymają w przypadku złego stanu zdrowia odpowiedniej opieki medycznej. Zaistnienia takiej sytuacji nie obawiało się tylko 11% badanych z Polski, 33% badanych ze Słowacji, 23% badanych z Węgier oraz aż 58% badanych z Czech. Respondenci czescy jako jedyni z badanych obywateli państw Gru-

py Wyszehradzkiej w największym procencie nie obawiali się, że nie otrzymają odpowiedniej opieki medycznej.

Wykres 10. Czy obawia się Pani/Pani, że w przypadku złego stanu zdrowia nie uzyska Pan/Pani odpowiedniej opieki medycznej?



Źródło: badania własne.

4. Restrykcje wprowadzane przez rządy i ich ocena przez obywateli

Od kiedy w państwach Europy Środkowej pojawił się COVID-19, rządy zaczęły wprowadzać różnego rodzaju obostrzenia w trosce o zdrowie i życie obywateli, a także chcąc zapobiec szybkości rozprzestrzeniania się epidemii, co zwiększa problemy chorych z dostępnością do służby zdrowia. Analizując liczbę zakażeń w poszczególnych państwach, widzimy, że kolejne fale epidemii atakowały je w różnym czasie. W okresie prowadzonych badań, w Europie miały miejsce trzy fale epidemii, a w Polsce, Czechach i na Węgrzech trzecia fala (trwała od października 2020 do maja 2021 r.) była natomiast jak dotychczas największa ze względu na liczbę zakażonych osób oraz liczbę zgonów wywołanych przez COVID-19. Z kolei na Słowacji nie rozpoznano w tym okresie trzeciej fali. We wszystkich państwach w różnych terminach obowiązywały obostrzenia związane m.in. z zasłanianiem ust i nosa, utrzymywaniem dystansu i stosowaniem dezynfekcji.

W Polsce jesienny lockdown związany z trzecią falą rozpoczął się w październiku. Początkowo zamknięto baseny, aquaparki, siłownie i kluby fitness, a kilka dni później również szkoły i uniwersytety przeszły na zdalny tryb nauki. Wtedy też zamknięto lokale gastronomiczne, restauracje, kawiarnie i bary, które mogły wydawać posiłki na wynos

lub dostarczać na dowóz. W sklepach wprowadzono limity klientów i przywrócono godziny dla seniorów¹⁶. W listopadzie placówki handlowe mogły działać tylko w najwyższym reżimie sanitarnym, ograniczono funkcjonowanie galerii handlowych, zamknięto placówki kultury, wprowadzono ograniczenia w hotelach (możliwość skorzystania z tego typu usług wyłącznie w podróży służbowej)¹⁷. W grudniu (od 28.12.2020 do 17.01.2021) rząd wprowadził dodatkowe obostrzenia: zamknięcie galerii handlowych, zamknięcie stoków narciarskich, zakaz przemieszczania się w sylwestra, ograniczenie działalności hoteli. Na Wigilię można było zaprosić tylko 5 osób i tak samo na sylwestra. Kult religijny w kościołach musiał się odbywać z zachowaniem dystansu oraz zgodnie z przelicznikiem: 15 metrów kwadratowych na jedną osobę. Lockdown z przejściowymi zmianami obowiązywał do 18 kwietnia.

Na Słowacji lockdown również rozpoczął się w październiku 2020 r., kiedy wprowadzono stan wyjątkowy¹⁸. W połowie października szkoły przeszły na tryb zdalny, zamknięto salony fitness i wellness, kąpieliska, aquaparki i sauny. Wprowadzono godziny dla seniorów i ograniczenia liczby osób na metr kwadratowy (1 osoba na 15 metrów kwadratowych). Wprowadzono zakaz wszelkich imprez oraz nabożeństw. Zamknięto restauracje, gospody i bary, które mogły przygotowywać jedzenie jedynie na wynos. W pierwszym tygodniu grudnia wprowadzono nowe zasady i obostrzenia dla osób przekraczających granice. Od 19 grudnia na Słowacji wprowadzono zakaz wychodzenia z domu, z wyjątkiem wyjścia do sklepu spożywczego, apteki, banku, na pocztę czy do najbliższej rodziny oraz placówek medycznych. Później zamknięto wielobranżowe sklepy wielkopowierzchniowe¹⁹. Warto też zauważyć, że Słowacja od końca października do połowy listopada przetestowała na COVID-19 całą populację obywateli powyżej 10.

16 Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, Cała Polska w czerwonej strefie, kolejne zasady bezpieczeństwa oraz Solidarnościowy Korpus Wsparcia Seniorów, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/cala-polska-w-czerwonej-strefie-kolejne-zasady-bezpieczenstwa-oraz-solidarnosciowy-korpus-wsparcia-seniorow> [3.04.2021].

17 Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, Nowe kroki w walce z koronawirusem – ostatni etap przed narodową kwarantanną, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/nowe-kroki-w-walce-z-koronawirusem--ostatni-etap-przed-narodowa-kwarantanna> [3.04.2021].

18 Ministerstvo Vnitra Slovenskej Republiky, <https://www.minv.sk/?tlacove-spravy&sprava=od-1-oktobra-plati-na-slovensku-nudzovy-stav> [3.04.2021].

19 Tlačové správy, <https://korona.gov.sk/tlacove-spravy/> [3.04.2021].

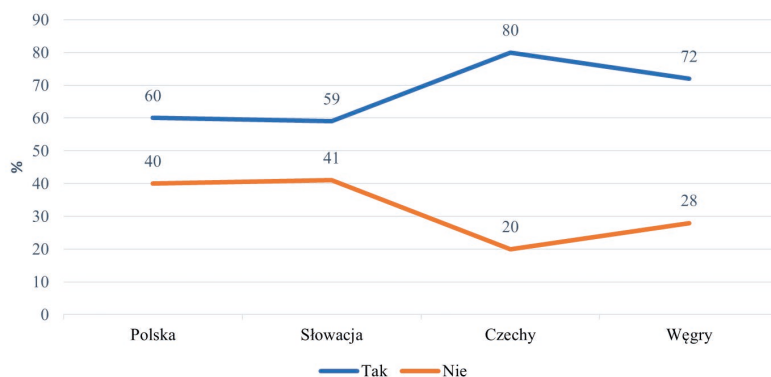
roku życia. Mobilizację społeczną osiągnięto za pomocą obowiązkowej formuły – odmawiający poddania się badaniu byli zobligowani do odbycia kwarantanny, a poddanie się testowi umożliwiało łatwiejszy wstęp do sklepów oraz zwolnienie z zakazu wychodzenia z domu w godzinach nocnych.

Od 5 października 2020 r. rozpoczął się w Czechach stan wyjątkowy i po kolei wprowadzano restrykcje, łącznie z wprowadzeniem godziny policyjnej. Zamknięto salony fitness i wellness, kąpieliska, aquaparki, sauny oraz muzea, ogrody botaniczne i targowiska, teatry, kina, a tym samym odwołano wydarzenia kulturalne. Wprowadzono ograniczenia w sklepach – wiele sklepów zamknięto, puby, bary, restauracje również zostały zamknięte, ale z możliwością przygotowywania posiłków na wynos. W listopadzie zamknięto szkoły, które przeszły na tryb zdalny. Wprowadzono zakaz zgromadzeń powyżej 6 osób, ograniczono liczbę gości weselnych – do 30 osób łącznie²⁰. W międzyczasie wprowadzano i zmieniano restrykcje. Od 12 kwietnia 2021 r. następowało luzowanie obostrzeń.

W listopadzie 2020 r. rząd węgierski wprowadził stan zagrożenia epidemicznego, który obowiązywał do 23 maja 2021 r. Wprowadzono zakaz wychodzenia na ulicę w porze nocnej. Szkoły średnie i uczelnie przeszły na tryb zdalny. Zamknięte zostały restauracje, jednak z zachowaniem możliwości sprzedaży posiłków na wynos. Hotele były nieczynne dla turystów, mogli z nich korzystać jedynie podróżujący w celach biznesowych lub szkoleniowych. Zamknięte zostały obiekty rozrywkowe, kluby fitness, pływalnie kryte, teatry, muzea, ogrody zoologiczne. Zakazano zgromadzeń, a w uroczystościach mogło brać udział 10 osób. W nabożeństwach kościelnych, podobnie jak spotkaniach cywilnych, mogły uczestniczyć wyłącznie osoby odpowiedzialne za ich organizowanie oraz spośród rodziny – rodzice, rodzeństwo i świadkowie. W pogrzebach mogło brać udział najwyżej 50 osób²¹.

20 Ministerstvo zdravotnictví, Covid Portal, *Aktuální opatření*, <https://covid.gov.cz/opatreni> [3.04.2021].

21 Wszystkie dane pochodzą ze strony rządowej poświęconej COVID-19, *Tájékoztató oldal a koronavírusról*, <https://koronavirus.gov.hu/> [3.04.2021].

Wykres 11. Czy uważa Pan/Pani, że rząd dobrze zrobił, wprowadzając jesienny lockdown?

Źródło: badania własne.

Odnosnie do sprawdzenia zadowolenia obywateli z polityki bezpieczeństwa zdrowotnego rządów dotyczącej pandemii zapytano respondentów o to, jakie jest ich podejście do wprowadzonych w państwach lockdownów (wykres 11). We wszystkich państwach większy procent badanych respondentów popierał wprowadzone lockdowny. Popierało go 60% badanych z Polski, 59% badanych ze Słowacji, 80% badanych z Czech i 72% badanych w Węgrzech. Wprowadzenie ograniczeń i obstrzeżeń w największym procencie popierali czescy respondenci. Natomiast 40% respondentów z Polski, 41% badanych ze Słowacji, 20% badanych z Czech i 28% badanych z Węgier było zdania, że rząd zrobił źle, wprowadzając lockdown.

5. Problem szczepień

Odporność przeciw chorobie zakaźnej, a w tym COVID-19, może się rozwijać w naturalnym toku zakażenia i rozwoju choroby albo w wyniku sztucznie nabytej odporności. Odporność może być nabyta w sposób czynny (gdy dochodzi do zakażenia albo zaszczepienia) lub bierny (kiedy jest następstwem immunoglobulin lub naturalnego przeniesienia przeciwciał przez łożysko podczas ciąży)²².

²² A. Podolska, *Wykonawstwo szczepień w 2016 roku w powiecie świdnickim na tle województwa lubelskiego*, [w:] *Epidemiologia a zagrożenia zdrowia publicznego człowieka*, red. M. Marć, W. Kruk, Rzeszów 2020, s. 311.

Szczepienia ochronne są najskuteczniejszym sposobem przeciwdziałania chorobom zakaźnym niebezpiecznym dla zdrowia i życia ludzi na całym świecie, a same szczepienia znacznie obniżyły liczbę zachorowań na choroby zakaźne – dzięki nim udaje się rocznie ocalić miliony osób²³. Temat szczepień wywołuje wiele dyskusji i kontrowersji na całym świecie. Interesujące jest to, że wyniki badań naukowych w większości jednoznacznie potwierdzają brak związków między szczepieniami a zaistniałymi wśród osób, które się zaszczepiły, przypadkami utraty zdrowia, co czasami może wynikać z zaniedbań personelu medycznego. Ruchy antyszczepionkowe skupiają ludzi często niezwiązanych z medycyną i niewykształconych medycznie, którzy swoją wiedzę zaczerpnęli z Internetu i mediów społecznościowych lub zdobyli od znajomych, bazując na ich opowiadaniach, przypadkach i przypuszczeniach²⁴.

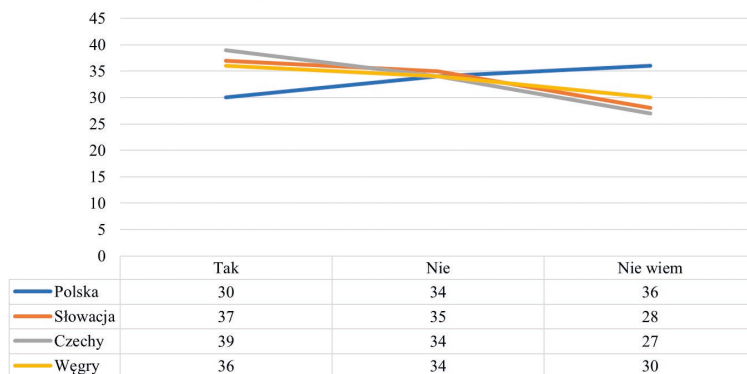
W listopadzie 2020 r. świat obiegła informacja, że powstała szczepionka na COVID-19. W imieniu państw członkowskich należących do Unii Europejskiej Komisja Europejska zawierała umowy zakupu szczepionek z wyprzedzeniem u poszczególnych producentów. Komisja, konsultując się z państwami członkowskim, uzgodniła wspólne działania na szczeblu UE, gdzie jako główny punkt działań w odpowiedzi na trwałe rozwiązanie problemu pandemii stworzyła scentralizowane unijne prawo do zabezpieczenia dostaw i wspierania opracowania szczepionki²⁵. Europejska Agencja Leków dopuściła do stosowania w UE cztery szczepionki na COVID-19, które uznała za bezpieczne i skuteczne: BioNTech-Pfizer, Moderna, AstraZeneca, Johnson & Johnson.

W trakcie prowadzonych badań jedno z pytań dotyczyło tego, jaki procent obywateli z państw Grupy Wyszehradzkiej chciałby się zaszczepić.

23 W. Kruk, B. Konecka-Szydełko, *Analiza wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych zgłaszanych w województwie podkarpackim w latach 2013-2017*, [w:] *Aktualne wyzwania zdrowia publicznego*, red. W. Kruk, M. Marać, Rzeszów 2020, s. 55.

24 J. Przeszlowska-Zapała, *Ruchy antyszczepionkowców – sytuacja szczepień w Polsce*, [w:] *Epidemiologia a zagrożenia zdrowia...*, s. 396.

25 Komisja Europejska, *Strategia szczepień na koronawirusa*, https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_pl [28.03.2021].

Wykres 12. Podejście obywateli do szczepień

Źródło: badania własne.

Respondenci zostali zapytani, czy zaszczepią się przeciwko COVID-19, jeżeli będą mieli taką możliwość (wykres 12). Największy procent badanych, którzy chcieli się zaszczepić, wystąpił w Czechach – 39%, następnie na Słowacji – 37%, na Węgrzech – 36% i w Polsce najmniej, bo zaledwie 30%. Niemal we wszystkich państwach badani, którzy stwierdzili, że nie chcą się zaszczepić, stanowili 34%, przy czym respondenci słowaccy stanowili 35%. Znaczny procent badanych osób nie wiedział, czy się zaszczepi. Największy procent osób, które nie miały jeszcze zdania na ten temat, znalazł się wśród respondentów z Polski i wynosił 36%, na drugim miejscu uplasowali się respondenci z Węgier – 30%, następnie badani ze Słowacji – 28%, a w przypadku respondentów z Czech było to 27%. Konieczna jest zatem nieustanna edukacja i szerzenie wiedzy o szczepieniach, które są jednym z najważniejszych narzędzi w walce o zdrowie w wymiarze nie tylko indywidualnym, ale również społecznym²⁶.

Szczepienia w państwach Grupy Wyszehradzkiej rozpoczęły się w grudniu 2020 r. W każdym państwie stworzono indywidualne programy, strategię szczepień poszczególnych grup, które już w pierwszym kwartale wielokrotnie zmieniano. W Polsce program szczepień przeciw COVID-19 został podzielony na cztery etapy²⁷. W etapie o zaszczepio-

²⁶ J. Przeszłowska-Zapała, *Ruchy antyszczepionkowców...*, s. 396.

²⁷ Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/od-kiedy-moge-sie-zaszczepic> [30.03.2021].

ne zostały osoby najbardziej narażone na zakażenie, czyli pracownicy służby zdrowia. Etap I obejmował szczepieniami pensjonariuszy domów pomocy społecznej, osoby starsze, osoby przewlekle chore powyżej 60 roku życia, nauczycieli oraz służby mundurowe. W etapie II zostały zaszczepione osoby bezpośrednio zapewniające funkcjonowanie podstawowej działalności państwa i narażone na zakażenie ze względu na częste kontakty społeczne. W etapie III zaszczepiona została pozostała część populacji. Natomiast na Słowacji kilkakrotnie aktualizowano narodową strategię szczepień i ostatecznie podzielono ją na 11 faz²⁸. W pierwszej fazie zaszczepieni zostali pracownicy służby zdrowia, studenci kierunków medycznych, pracownicy placówek pomocy społecznej, osoby duchowne świadczące pomoc pacjentom z COVID-19, pracownicy mobilnych punktów badań, służby wykorzystywane w walce z COVID-19. W kolejnych etapach zaszczepiono osoby spełniające pierwsze kryterium, które ukończyły też określone kryterium wieku: 85, 70, 60, 55, 50, 45, 40, 35, 30, 18. Czeski program szczepień jest dosyć chaotyczny, co niewątpliwie może być spowodowane tym, że od początku wystąpienia COVID-19 w Czechach było kolejno aż czterech ministrów zdrowia²⁹. Sam program szczepień był podzielony zaledwie na dwie fazy. W pierwszej fazie zostały zaszczepione osoby powyżej 80 roku życia i personel medyczny oraz służby socjalne, w drugiej fazie różne grupy, w zależności od wyliczonych wskaźników algorytmu zawierającego wiek, historię medyczną i zawód³⁰. Na Węgrzech program szczepień składał się z 7 etapów. W etapie I zostali szczepieni pracownicy służby zdrowia, w II pracownicy socjalni i odbiorcy świadczeń socjalnych, w III osoby powyżej 60 roku życia, w IV funkcjonariusze organów ścigania i urzędnicy państwowi, w V osoby, które miały choroby współistniejące, w VI pracownicy

28 Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie Slovenskej republiky, <https://korona.gov.sk/nova-registracia-ockovanie-cakaren/> [4.04.2021].

29 Covid Portal, *Kdo bude očkovan jako první?*, https://covid.gov.cz/situace/registrace-na-ockovani/kdo-bude-ockovan-jako-prvni?fbclid=IwAR3l6gVjGZo3rKriRYtyQ_agHS-IDajKCePl_jji_s2P8zMCxEbFgl_-ofk [5.04.2021].

30 Ministerstvo vnitra, <https://covid.gov.cz/situace/registrace-na-ockovani/jak-funguje-prioritizacni-system> [5.04.2021].

infrastruktury krytycznej, natomiast w VII osoby w wielu 16-59 lat, które nie należą do grup ryzyka³¹.

W pierwszym kwartale 2021 r. w Polsce zostało zaszczepionych łącznie 6 270 976 obywateli, z czego pierwszą dawką – 4 231 313 (11% ludności), natomiast dwiema – 2 039 663 (5,3% ludności). Natomiast na Słowacji łącznie zaszczepiono 981 489 osób, z czego 719 418 (13% ludności) przyjęło pierwszą dawkę, zaś drugą 262 071 (4,8% ludności). Z kolei w Czechach zaszczepiono łącznie 1 705 689 osób, z czego 1 193 106 (11% ludności) pierwszą dawką, a drugą dawką 512 583 (4,8% ludności). Na Węgrzech zaszczepiło się łącznie 2 853 155 osób, z czego pierwszą dawką 2 065 948 (21 % ludności), a drugą dawką 787 207 (8,1% ludności). W Polsce i Czechach szczepienia odbywały się preparatami Moderna, AstraZeneca i Pfizer, natomiast na Słowacji szczepiono wyłącznie szczepionką Pfizer, na Węgrzech z kolei zastosowano szczepionki Moderna, AstraZeneca, Pfizer, Sinopharm, Sputnik V³². Biorąc pod uwagę największą zaszczepioną liczbę ludności w danym państwie, w statystykach na koniec pierwszego kwartału 2021 r. w państwach Grupy Wyszehradzkiej prowadziły Węgry, co niewątpliwie jest zasługą większej liczby dostępnych szczepionek niż w pozostałych państwach. W pierwszym kwartale dostarczanie dopuszczonych przez Europejską Agencję Leków szczepionek od producentów charakteryzowało się nieregularnością oraz zmniejszonymi dostawami, co warunkowało ilość szczepień w całej Unii Europejskiej.

Podsumowanie

Poczucie bezpieczeństwa obywateli podczas pandemii COVID-19 w państwach Grupy Wyszehradzkiej niewątpliwie charakteryzowało się zmiennością, co uwarunkowane było rozwojem pandemii w danym okresie i obostrzeniami wprowadzanymi przez rządy.

31 Nemzeti Népegészségügyi Központ, <https://www.nnk.gov.hu/index.php/koronavirus-tajekoztato/932-a-covid-19-vedolto-tarsa-jelentkezesei-hely-az-egeszsegugyi-es-egeszsegugyben-dolgozok-szamara> [5.04.2021].

32 Statystyki Google, <https://www.google.com/search?q=szczepienia+na+covid+statystyki&oq=szczepienia+na+covid+statystyki&aqs=chrome..69i57j0joi22i30l7.16322j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8> [5.04.2021].

W ok. 90% badani respondenci z państw V4 wierzą, że epidemia COVID-19 istnieje. Najbardziej niezadowoleni ze służby zdrowia w czasie epidemii byli Polacy, a najbardziej zadowoleni – Czesi. W większość (od 51% do 70%) respondenci uważali, że rządy słabo sobie radzą w walce z pandemią. We wszystkich badanych państwach respondenci najbardziej obawiali się o zdrowie swoich najbliższych. Największe obawy, że w przypadku złego stanu zdrowia nie uzyska się odpowiedniej opieki medycznej, miała grupa respondentów z Polski, zaś badani z Czech w blisko 60% wierzyli, że pomoc otrzymają. Ankietowane osoby w większości (59%-80%) popierały wprowadzone jesienią 2020 r. restrykcje. Od początku pandemii sytuacja epidemiczna w badanych państwach ciągle wydaje się pogarszać, a obywatele są już zmęczeni trwającą pandemią, ciągłymi obostrzeniami i zakażami, a także pracą zdalną, co często skutkuje nieprzestrzeganiem wprowadzonych w danym państwie restrykcji, które miały chronić przez rozprzestrzenianiem się koronawirusa. W pierwszym kwartale 2021 r. dużym wyzwaniem dla rządzących i służby zdrowia były nowe mutacje COVID-19 – znacznie bardziej zaraźliwe. Kolejnym problemem z zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli była organizacja szczepień, która ze względu na pomniejszaną ilość szczepionek dostarczaną państwom spowalnia system szczepień. Przy czym same harmonogramy szczepień w poszczególnych państwach spotykały się z wielkim niezadowoleniem obywateli, a tym samym poszczególnych grup zawodowych. W Republice Czeskiej negatywna sytuacja polityczna przekłada się na słabe działania rządu w walce z pandemią i wiele nieskoordynowanych projektów. Pandemia koronawirusa COVID-19 wpłynęła na wzmożenie działań dezinformacyjnych i propagandy, co ma szczególnie niekorzystne efekty w przypadku szczepień. We wszystkich badanych państwach od samego początku pandemii koronawirusa w mediach rozpowszechniane były teorie, które przedstawiały szczepionki w złym świetle, a nie były poparte żadnymi dowodami naukowymi – były to teorie, które żywią się strachem, przez co mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Bibliografia

- Aldis W., *Health security as a public health concept: A critical analysis*, „Health Policy and Planning”, 23 (6), 2008.
- Google Wiadomości, <https://news.google.com/covid19/map?hl=pl&gl=PL&ceid=PL%3Apl&mid=%2Fm%2F03gj2>.
- Grzywna P., *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej. Wprowadzenie do dyskusji*, Katowice 2017.
- Jethon Z., *Rozwój zdrowia publicznego na przestrzeni wieków w Europie i Polsce*, [w:] *Zdrowie publiczne – w Polsce*, red. M.D. Głowacka, J. Zdanowska, Warszawa 2013.
- Komisja Europejska, *Strategia szczepień na koronawirusa*, https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_pl.
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia (Dz.U. z 1948 r., nr 61, poz. 477).
- Koziński M., *Bezpieczeństwo w Unii Europejskiej. Zdrowie publiczne i świadczenia*, Gdańsk 2011.
- Kruk W., Konecka-Szydełko B., *Analiza wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych zgłaszanych w województwie podkarpackim w latach 2013-2017*, [w:] *Aktualne wyzwania zdrowia publicznego*, red. W. Kruk, M. Marć, Rzeszów 2020.
- Leowski J., *Polityka a zdrowie publiczne*, Warszawa 2018.
- Ministerstvo investícií, regionálneho rozvoja a informatizácie Slovenskej republiky, <https://korona.gov.sk/nova-registracia-ockovanie-cakaren/>.
- Ministerstvo Vnitra, <https://covid.gov.cz/situace/registrace-na-ockovani/jak-funguje-prioritizacni-system>.
- Ministerstvo Vnutra Slovenskej Republiky, <https://www.minv.sk/?tlacove-spravy&sprava=od-1-oktobra-plati-na-slovensku-nudzovy-stav>.
- Tlačové správy, <https://korona.gov.sk/tlacove-spravy/>.
- Ministerstvo zdravotnictví, Covid Portal, *Aktuální opatření*, <https://covid.gov.cz/opatreni>.
- Nemzeti Népegészségügyi Központ, <https://www.nnk.gov.hu/index.php/koronavirus-tajekoztato/932-a-covid-19-vedooltasra-jelentkezesi-hely-az-egeszsegugyi-es-egeszsegugyben-dolgozok-szamara>.
- Nowicka P.M., Kociak J., *Zewnętrzne zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego Polski*, „Studia BAS”, nr 4 (56), 2018, <https://doi.10.31268/Studia-BAS.2018.26>.
- Podolska A., *Wykonawstwo szczepień w 2016 roku w powiecie świdnickim na tle województwa lubelskiego*, [w:] *Epidemiologia a zagrożenia zdrowia publicznego człowieka*, red. M. Marć, W. Kruk, Rzeszów 2020.
- Przeszłowska-Zapała J., *Ruchy antyszczepionkowców – sytuacja szczepień w Polsce*, [w:] *Epidemiologia a zagrożenia zdrowia publicznego człowieka*, red. M. Marć, W. Kruk, Rzeszów 2020.
- Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/od-kiedy-moge-sie-zaszczepic>.

Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, *Cała Polska w czerwonej strefie, kolejne zasady bezpieczeństwa oraz Solidarnościowy Korpus Wsparcia Seniorów*, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/cala-polska-w-czerwonej-strefie-kolejne-zasady-bezpieczenstwa-oraz-solidarnosciowy-korpus-wsparcia-seniorow>.

Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, *Nowe kroki w walce z koronawirusem – ostatni etap przed narodową kwarantanną*, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/nowe-kroki-w-walce-z-koronawirusem--ostatni-etap-przed-narodowa-kwarantanna>.

Statystyki Google, <https://www.google.com/search?q=szczepienia+na+covid+statystyki&oq=szczepienia+na+covid+statystyki&aqs=chrome..69j57joi22i30l7.16322j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.

Sygit M., *Zdrowie publiczne*, Warszawa 2017.

Tájékoztató oldal a koronavírusról, <https://koronavirus.gov.hu/>.

Wojtczak A., *Zdrowie publiczne. Wyzwania dla systemów zdrowia XXI wieku*, Warszawa 2017.

Wordmeters, <https://www.worldometers.info/coronavirus>.