

KARINA FRANKOWSKA<sup>1</sup>

**BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE POLAKÓW W CZASIE PANDEMII  
SARS-CoV-2 NA PRZYKŁADZIE PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA W KONINIE**

Strona | 99

*Health safety of Poles in crisis states in the context of the SARS-CoV-2 pandemic  
on the example of health care facilities in Konin*

**Streszczenie:** Artykuł dotyczy poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego bezpieczeństwa pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w placówkach medycznych zlokalizowanych na terenie Konina w czasie trwania pandemii koronawirusa SARS-CoV-2. Zjawiska zostały opisane na podstawie anonimowej ankiety, przekazanej respondentom do wypełnienia. Ponadto przedstawiono najważniejsze epidemie chorób zakaźnych w dziejach świata, a także omówiono nowo odkryty koronawirus SARS-CoV-2.

**Słowa kluczowe:** koronawirus, wirus SARS-CoV-2, COVID-19, epidemia, pandemia, pacjent, zdrowie.

**Abstract:** The subject of the article focused on the sense of health security of patients using health services in medical facilities located in the city of Konin during the SARS-CoV-2 coronavirus pandemic. The phenomena were described on the basis of an anonymous questionnaire, provided to the respondents to complete. In addition, the most important epidemics of infectious diseases in the history of the world were presented, and the newly discovered SARS-CoV-2 coronavirus was discussed.

**Keywords:** coronavirus, SARS-CoV-2 virus, COVID-19, epidemic, pandemic, patient, health.

## Wprowadzenie

Przedmiotem badań podjętych w artykule był problem poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów korzystających z usług podmiotów medycznych na terenie Konina w czasie trwania pandemii koronawirusa. Natomiast celem było określenie stopnia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego podczas trwania pandemii wirusa SARS-CoV-2, źródeł czerpania wiedzy na temat sytuacji epidemiologicznej w Polsce i na świecie oraz stopnia dostępu do informacji o zmianach w funkcjonowaniu ochrony zdrowia w kraju. Ponadto uzyskane informacje dotyczących rodzajów podmiotów medycznych i usług, z których korzystali respondenci, ograniczeń w dostępie do nich oraz oceny programu szczepień ochronnych przeciw koronawirusowi.

<sup>1</sup> Absolwentka Wyższej Szkoły Kadr Menedżerskich, ukończyła studia magisterskie na kierunku bezpieczeństwo wewnętrzne.

Bezpieczeństwo zdrowotne, spośród innych, wyróżnia się tym, że dotyczy każdego obywatela, bez względu na wiek, płeć, status społeczny czy wykształcenie, a na przestrzeni całego życia każdy człowiek ma do czynienia z placówkami medycznymi, zarówno państwowymi, jak i prywatnymi. Z powodu wielkości grupy, której dotyczy zagadnienie oraz fundamentalnych wartości, jakimi są zdrowie i życie, istotnym staje się pochylenie nad tą materią.

Współczesne definicje słownikowe charakteryzują bezpieczeństwo jako stan pewności, spokoju, poczucia zabezpieczenia. Jednocześnie określają bezpieczeństwo jako brak zagrożenia i jednocześnie ochronę przed różnymi ryzykami. Bezpieczeństwo dla każdego oznacza coś innego. Dla większości jest to zaspokojenie i zabezpieczenie potrzeb materialnych, społecznych lub socjalnych. Aby czuć się bezpiecznie potrzebne są: spokój, pewność rozwoju czy poczucie tożsamości. Jednakże mało kto stawia bezpieczeństwo zdrowotne na pierwszym miejscu, a jest ono jedną z kluczowych sfer życia człowieka. Chcąc usprawnić opiekę zdrowotną należy ustalić, gdzie najkorzystniej jest wydać publiczne pieniądze: na indywidualne rozwiązania czy na przedsięwzięcia na rzecz zdrowia publicznego. Przez ostatnie dziesięciolecia podejmowano działania po stronie podmiotowych rozwiązań – medycyny spersonalizowanej, której celem jest poprawa indywidualnych wyników zdrowotnych. Dopiero odkrycie nowego koronawirusa i ostatnie trzy lata przewartościowały poczucie bezpieczeństwa ludzi na całym globie. Powodem tego jest fakt, że w najnowszej historii świata nie było zagrożenia zdrowia i życia, które dotyczyłoby całej ludzkości. Globalna wioska – termin, który określał przede wszystkim dostęp do wiedzy i informacji w krótkim czasie, znacznie rozszerzył swoje znaczenie.

Coraz bogatsze społeczeństwa, łatwy i tani dostęp do środków transportu spowodowały, że niezwykle groźny patogen z jednego końca globu niepostrzeżenie został przeniesiony w jego drugi koniec. I nagle stało się jasne, że ogniska chorób zakaźnych, dotąd występujące lokalnie, są w stanie objąć swym zasięgiem niewyobrażalne obszary. I tak poczucie wolności, o które wielu walczyło, spowodowało, że całe społeczności stały się więźniami czterech ścian, a terminy epidemia, pandemia, w większości kojarzone z zamierzchnią przeszłością, kiedy to ludzie z powodu braku wiedzy, higieny i dostępu do opieki zdrowotnej umierali na nieznane choroby, stały się określeniami jakże bieżącymi.

## Epidemie

Epidemie zawsze wywoływały grozę. W dawniejszych czasach, gdy niektóre z zaraz obejmowały cały świat, każdy mógł czuć się zagrożony. W ostatnich stuleciach, gdy wiedza ludzi o przyczynach wybuchów i rozprzestrzeniania się pomorów gwałtownie wzrosła, w pewnych rejonach świata ugruntowywało się poczucie bezpieczeństwa.

Według Encyklopedii PWN, epidemia (gr.), to „wystąpienie u ludzi zachorowań na określoną chorobę w określonym czasie i na określonym terenie, w liczbie przypadków większej niż przeciętnie”<sup>2</sup>. Epidemia choroby zakaźnej pojawia się lub powstaje przeważnie na obszarze, na którym zachorowania występowały endemicznie, ale może także wystąpić na terenie do tej pory wolnym od danej infekcji. Źródłem zakażenia jest przede wszystkim chory lub zakażony człowiek, zwierzę lub produkt pochodzenia zwierzęcego<sup>3</sup>. Często epidemie powodują większą liczbę zgonów niż żywioły (trzęsienia ziemi, susze), naruszenia bezpieczeństwa danej zbiorowości (wojny) czy zanieczyszczenia środowiska poprzez stosowanie pestycydów lub dodawanie środków konserwujących do żywności<sup>4</sup>. Do chorób, które nadal mogą przybierać formę ogólnoswiatowych epidemii, można zaliczyć: cholere, dżumę, trąd, tyfus, polio (porażenie dziecięce), grypę, gruźlicę, zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), odrę i krztusiec<sup>5</sup>. Większość wymienionych chorób wywoływała groźne zarazy w czasach historycznych i na ogół obecnie nie stanowi już porównywalnego zagrożenia. Jedynie cholera, a także grypa, gruźlica i AIDS oraz odra i malaria stwarzają wciąż poważniejsze zagrożenie życia. No i, oczywiście, koronawirus SARS-CoV-2. Do najbardziej znanych należą epidemie dżumy, cholery czy grypy.

Dżuma Justyniana<sup>6</sup>, panująca w Cesarstwie Bizantyjskim w latach 541-542, była pierwszą z trzech plag dżumy. Zaraza objęła swym zasięgiem wschodnią część Cesarstwa Rzymskiego (Cesarstwo Bizantyjskie)

---

<sup>2</sup> Epidemia, [dostęp 15.03.2023) <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/epidemia;3898232.html>

<sup>3</sup> S. Snah, Epidemia. Od dżumy przez AIDS i ebolę po COVID-19, Kraków 2020, s. 11.

<sup>4</sup> M. Siemiński, Środowiskowe zagrożenia zdrowia. Inne wyzwania, Warszawa 2007, s. 118-119.

<sup>5</sup> M. Rosalak, Wielkie zarazy ludzkości. Jak choroby i epidemie wpływały na dzieje cywilizacji, Warszawa 2020, s. 8.

<sup>6</sup> Justynian I Wielki, ur. ok. 482 w Tauresium k. Bederiany (w pobliżu dzisiejszego Niszu), zm. 14 XI 565 w Konstantynopolu, cesarz bizantyjski. Celem jego polityki była odbudowa uniwersalnego imperium rzymskiego, z jedną ortodoksyjną wiarą. Doprowadził do skodyfikowania prawa rzymskiego, przeprowadził zmiany w systemie administracyjnym i zreorganizował finanse. Dbał o rozwój handlu i rzemiosła. Jego prawodawstwo, poprawiające położenie niewolników i pogarszające pozycję kolonów, doprowadziło do zacierania się różnic między nimi. Źródło: Justynian I Wielki, (dostęp 27.03.2023) <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/Justynian-I-Wielki;3918685.html>

wraz z jego stolicą – Konstantynopolem, a także wieloma miastami portowymi w basenie Morza Śródziemnego<sup>7</sup>. Plaga rozprzestrzeniła się poprzez szczury i pchły, które przemieszczały się za pośrednictwem statków handlowych. Dżuma Justyniana pochłonęła około 25-50 milionów istnień ludzkich – szacunkowo około 13-26 proc. (nawet do 50 proc.) populacji regionu objętego jej zasięgiem. Miała wpływ na dzieje ze względu na osłabienie wojsk rzymskich walczących z plemionami barbarzyńskimi. Plaga dżumy Justyniana, do czasu Czarnej Śmierci, była ekstremalnym pomorem w dziejach Starego Kontynentu.

Czarna Śmierć, to jedna z największych epidemii dżumy w XIV-wiecznej Europie (1346-1353). Zakażenie na kontynent dotarło szlakami handlowymi z Azji Środkowej, najpierw na Krym, a dalej, drogą morską, do Półwyspu Apenińskiego<sup>8</sup>. Za Czarną Śmierć odpowiadała ta sama bakteria, która spustoszyła ludzkość podczas panowania Justyniana. Czynniki chorobotwórcze przносиły szczury znajdujące się na statkach kupieckich, z kolei, pomiędzy zwierzętami, zakażenie przekazywane było poprzez pchły. Gdy bakterii było na tyle dużo, że zagrażało to populacji szczurów, wówczas zainfekowane pchły przносиły się na innych żywicieli, w tym ludzi. Dżuma spowodowała śmierć około 45-50 proc. ówczesnej europejskiej populacji, około 30 proc. ludności Bliskiego Wschodu i około 40 proc. mieszkańców Egiptu – potrzeba było 150 lat do powrotu do stanu liczebności sprzed epidemii. Do końca XIV wieku dżuma przypominała o sobie jeszcze kilkakrotnie.

Wiek XIX, to czas pandemii cholery. Przyjmuje się, że na świecie miało ich miejsce siedem. Mimo że jest to choroba o zasięgu ogólnoswiatowym, uważa się, że obszarem jej endemicznego występowania są Indie i Bangladesz<sup>9</sup>, ponieważ wszystkie jej pomory zaczynały się w tej części świata. Pierwsza pandemia cholery wybuchła w 1817 roku i swym zasięgiem objęła: Indie, Azję Południowo-Wschodnią, Chiny, Japonię, Bliski Wschód i południową Rosję. Podczas drugiej pandemii zakażenia dotarły do Europy i Stanów Zjednoczonych. W czasie trzeciej cholera wystąpiła po raz pierwszy w Ameryce Południowej oraz w Afryce Północnej. W okresie czwartej pandemii choroba rozprzestrzeniła się w całej Afryce Subsaharyjskiej. Podczas piątej i szóstej, najwięcej zgonów odnotowano w Indiach. Ostatnia, siódma pandemia cholery rozpoczęła się w 1961 roku w Azji południowo-wschodniej.

---

<sup>7</sup> Największe epidemie w historii świata. Ospa, grypa, dżuma i cholera - największy zabójcy w historii ludzkości, (dostęp 27.03.2023) <https://historia.org.pl/2020/02/27/najwieksze-epidemie-w-historii-swiate-ospa-grypa-dzuma-i-cholera-najwieksi-zabojcy-w-historii-ludzkosci/>

<sup>8</sup> M. Rosalak, *Wielkie zarazy...*, s. 131.

<sup>9</sup> J. Aberth, *Spektakle masowej śmierci: plagi, zarazy, epidemie*, Warszawa 2012, s. 148.

Po epidemiach dżumy i cholery, ludzkość nawiedziła pandemia wirusa grypy. Pandemia z lat 1918-1919, która pochłonęła więcej ofiar niż I wojna światowa, została nazwana „hiszpanką”, ponieważ błędnie uznano, że zapoczątkowana została na Półwyspie Iberyjskim, po doniesieniach prasowych hiszpańskiej agencji prasowej Fabra<sup>10</sup>. Jednak pierwsze zachorowania pojawiły się w stanie Kansas w USA. Z czasem, w efekcie prowadzonych działań wojennych, wirus przedostał się na Stary Kontynent – do Hiszpanii, Francji, Anglii, a także Niemiec i Austro-Węgier. Z czasem „hiszpanka” dotarła także do neutralnej Danii, Norwegii i Szwajcarii. Następnie nawiedziła Indie, Chiny, kraje Azji Południowo-Wschodniej, Indonezję, Filipiny, Nową Zelandię. Zachorowania stwierdzono także na Bliskim Wschodzie oraz w Ameryce Południowej. Rozprzestrzenianiu choroby sprzyjały ruchy wojsk, powracających do domów po zakończonej I wojnie światowej oraz niedostateczne warunki higieniczne. Nie są znane dokładne dane dotyczące skutków „hiszpanki”. Rozpiętość szacunków jest znaczna: od 20 do 50 milionów ofiar śmiertelnych (lub nawet do 100 milionów). Należy podkreślić, że nawet najmniejsza z wymienionych wartości zdecydowanie przekracza liczbę ofiar całej, trwającej kilka lat, Wielkiej Wojny – według obliczeń działania wojenne pochłonęły 8,5 miliona ludzkich istnień.

Choroba wirusowa Ebola, wcześniej znana jako gorączka krwotoczna Ebola, to rzadka i ciężka choroba kończąca się zgonem (śmiertelność sięga nawet 90 proc.). Wirus Ebola po raz pierwszy pojawił się w 1976 roku w dwóch jednoczesnych ogniskach: w dzisiejszej Nzara w Sudanie Południowym i w Yambuku w Demokratycznej Republice Kongo – drugie zarzewie patogenu miało miejsce w pobliżu rzeki Ebola, od której choroba wzięła swoją nazwę<sup>11</sup>. Drobnoustrój jest przenoszony na ludzi z dzikich zwierząt (owocożerne nietoperze, szympansy, goryle, małpy, antylopy lub jeżozwierze). Epidemia wirusa Ebola w latach 2014-2016 w Afryce Zachodniej, była największą zarazą od czasu wykrycia drobnoustroju. Rozpoczęła się w Gwinei, gdzie odnotowano śmiertelność na poziomie 67 proc., a następnie przeniosła się do Sierra Leone (umieralność – 28 proc.) i Liberii (zgoni – 45 proc.).

---

<sup>10</sup> M. Rosalak, *Wielkie zarazy...*, s. 252.

<sup>11</sup> Ebola virus disease, (dostęp 04.04.2023)

[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease?gclid=Cj0KCQjwla-hBhD7ARIsAM9tQKuASFg4IkQSJFZQSTozN6ohbpCs3KUwEDnaALaUZE70o-dzd0Kf80saAp10EALw\\_wcB](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ebola-virus-disease?gclid=Cj0KCQjwla-hBhD7ARIsAM9tQKuASFg4IkQSJFZQSTozN6ohbpCs3KUwEDnaALaUZE70o-dzd0Kf80saAp10EALw_wcB),

## Wirus SARS-CoV-2

Pomimo wyeliminowania niektórych czynników chorobotwórczych, wywołujących kiedyś groźne epidemie, które dziesiątkowały społeczności ludzkie, nadal należy się liczyć z faktem, że pewnych zagrożeń stwarzanych przez poszczególne patogeny, ludzkość nie potrafi jeszcze opłonić. A wciąż pojawiają się zupełnie nowe ich rodzaje, wobec których czujemy się całkowicie bezradni.

Koronawirusy znane są od lat 60. XX wieku. Należą do grupy wirusów, które wywołują infekcje układu oddechowego i pokarmowego, zarówno u ludzi, jak i zwierząt (bydło, świnie, gryznie, psy i ptaki). Ich nazwa pochodzi od otoczki przypominającej koronę, widocznej wokół wirionów<sup>12</sup> w mikroskopie elektronowym. Drobnoustroje te często mutują i mają dużą zdolność do zakażenia nowych gatunków. Do czasu wybuchu epidemii rozpoznano kilka przedstawicieli gatunku wywołujących zakażenia u ludzi. Większość koronawirusów nie powoduje poważniejszych objawów – jedynie infekcje górnych dróg oddechowych lub zapalenie oskrzeli. Jednak dwa z nich: określony w 2002 roku koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS-CoV) oraz zidentyfikowany w 2012 roku koronawirus bliskowschodniego zespołu oddechowego (MERS-CoV), mogą prowadzić nie tylko do ciężkich infekcji czy zaburzeń oddechowych, ale także do śmierci.

W grudniu 2019 roku, w mieście Wuhan, w środkowych Chinach, odnotowano pierwsze przypadki nowej choroby wywołującej zapalenie płuc wśród mieszkańców związanych z rynkiem zwierząt i owoców morza. Mikroorganizm, zidentyfikowany jako nowy koronawirus, przypominający wirusa SARS, początkowo roboczo nazwany został 2019-nCoV (ang. 2019 novel coronavirus). Rozprzestrzenił się na inne chińskie prowincje w pierwszej połowie stycznia 2020 roku w wyniku przemieszczania się ludności podczas Chińskiego Nowego Roku. Po badaniach nad patogenem wyselekcjonowany wirus nazwano SARS-CoV-2 (ang. severe acute respiratory syndrome coronavirus 2). 30 stycznia 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia<sup>13</sup> ogłosiła epidemię SARS-CoV-2 zagrożeniem

---

<sup>12</sup> Wirion – kompletna cząstka wirusowa o złożonej budowie; składa się z kwasu nukleinowego (DNA lub RNA), stanowiącego rdzeń, oraz otoczki białkowej, czyli kapsydu, i niekiedy z dodatkowej osłonki zewnętrznej otaczającej kapsyd. Źródło: Wirion, (dostęp 28.03.2023) <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/wirion;3996656.html>,

<sup>13</sup> Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO) – organizacja międzynarodowa działająca w ramach ONZ. Zajmuje się kwestią ochrony zdrowia. Została utworzona w 1948 r. Siedzibą organizacji jest Genewa. WHO jest organem kierującym i koordynującym wszelkie zagadnienia dotyczące ochrony zdrowia w systemie Narodów Zjednoczonych. Głównymi zadaniami WHO są: promocja rozwoju zdrowia, w szczególności wśród grup dotkniętych biedą i nieuprzywilejowanych, zapewnienie światowego bezpieczeństwa zdrowotnego – przeciwdziałanie wszelkim chorobom,

dla zdrowia publicznego o znaczeniu międzynarodowym. Z kolei 1 lutego 2020 roku WHO podała do wiadomości oficjalną nazwę choroby wywoływanej przez nowo odkrytego wirusa – COVID-19. „CO” w nazwie oznacza koronę (ang. corona), „VI” – wirus (ang. virus), „D” – chorobę (ang. disease), a liczba 19 wskazuje rok pojawienia się wirusa – 2019 (Corona-Virus-Disease-2019)<sup>14</sup>. Następnie, 11 marca 2020 roku, WHO ogłosiła stan pandemii w związku z pojawieniem się i rozprzestrzenianiem koronawirusa SARS-CoV-2 i wywoływanej przez niego ostrej choroby zakaźnej układu oddechowego COVID-19. W Polsce pierwszy potwierdzony przypadek zakażenia odnotowano 4 marca 2020 roku, natomiast pierwszy śmiertelny – 12 marca 2020 roku.

### **Problem badawczy**

Lockdowny, zamknięte zakłady pracy, ograniczenia w działaniu placówek oświatowych, urzędów czy sklepów. Tak wyglądało codzienne życie w czasie szalejącego na całym świecie koronawirusa. A jak przedstawiał się dostęp do świadczeń zdrowotnych w tym trudnym dla wszystkich czasie?

Problem badawczy został w formie pytań:

- Jak pacjenci oceniają przygotowanie państwa polskiego oraz placówek ochrony zdrowia do pandemii SARS-CoV-2?

- Skąd czerpią wiedzę na temat sytuacji epidemiologicznej w Polsce i na świecie?

- Z usług jakich placówek ochrony zdrowia korzystają i z jakimi spotkali się ograniczeniami w dostępie do nich oraz które zmiany w ich funkcjonowaniu uważają za uzasadnione?

- Czy pandemia SARS-CoV-2 miała wpływ na stan zdrowia ankietowanych?

- Jak pacjenci oceniają Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19?

- Jak pacjenci oceniają swoje poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego podczas pandemii koronawirusa?

Poniżej przedstawiono i omówiono wyniki badania poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów korzystających z usług placówek

---

w szczególności zakaźnym i epidemicznym, ustalanie norm dotyczących składu lekarstw i jakości żywności. Organizacja dąży również do zmniejszenia umieralności niemowląt, a także wspiera rozwój i rozprowadzanie bezpiecznych i efektywnych szczepionek oraz leków. Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia (dostęp 28.03.2023) <https://stat.gov.pl/statystyka-miedzynarodowa/institucjeorganizacje-miedzynarodowe/onz-organizacja-narodow-zjednoczonych/who-swiatowa-organizacja-zdrowia/>

<sup>14</sup> Dlaczego warto się szczepić przeciwko COVID-19? (dostęp 28.03.2023) <https://www.gov.pl/web/psse-aleksandrow-kujawski/dlaczego-warto-sie-szczepic-przeciwko-covid--19->

zdrowotnych. Przeanalizowano, z jakimi utrudnieniami w dostępie do konsultacji medycznych zetknęli się ankietowani oraz jaki miało to wpływ na stan ich zdrowia.

Przedmiotem badania ankietowego było określenie subiektywnego poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego wśród pacjentów konińskich placówek ochrony zdrowia ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia. Celem badania było uzyskanie informacji dotyczących dostępu do usług placówek ochrony zdrowia w nietatwym czasie pandemii wirusa SARS-CoV-2, wynikających z tego trudności w dostępie do lekarza, a także próba podsumowania skuteczności programu szczepień przeciwko COVID-19. Przeprowadzone badanie ankietowe dało bardzo ciekawy obraz pacjenta korzystającego z usług placówek ochrony zdrowia, które zawarły umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Okazało się, że 31% ankietowanych bardzo dobrze lub dobrze oceniło przygotowanie państwa polskiego do pandemii SARS-CoV-2, z kolei 42% ankietowanych bardzo dobrze lub dobrze oceniło przygotowanie placówek ochrony zdrowia do pandemii koronawirusa. Ale bardzo źle i źle, stopień przygotowania państwa polskiego postrzegało 50% ankietowanych, a gdy chodzi o placówki ochrony zdrowia, było to 49% pacjentów. Trudność w wystawieniu oceny dla stopnia zorganizowania państwa polskiego miało 19% badanych, natomiast w przypadku przychodni – 10% respondentów. Postawione pytania pokazują, że w wypadku lokalnych spraw (w tym przypadku lokalnych placówek medycznych), łatwiej jest udzielić odpowiedzi pozytywnej lub negatywnej niż w kontekście całego kraju. Również większa liczba pozytywnych ocen skierowanych w stronę placówek medycznych niż działań rządu pokazuje, że obywatele potrafią rozróżnić centralne decyzje od tych lokalnych, wprowadzanych przez prowadzących działalność medyczną, czasami na podstawie niespójnych przepisów. Powyższa rozbieżność może też oznaczać, że pacjenci rozumieją, czym jest finansowanie świadczeń ze środków publicznych, a czym jest funkcjonowanie placówki, w której mają udzielane świadczenie. Obecnie, wszystkie placówki udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, zlokalizowane poza szpitalami, to prywatne podmioty, posiadające podpisane umowy na realizację świadczeń opłacanych z budżetu państwa.

Analiza pytania dotyczącego czerpania wiedzy na temat sytuacji epidemiologicznej w Polsce i na świecie wskazuje, że wśród ankietowanych (28%) to telewizja była podstawowym źródłem zdobywania wiedzy. Na kolejnych miejscach uplasował się Internet (19%), personel medyczny wskazało 16% osób, dla 13% ankietowanych to rodzina i znajomi byli źródłem rozeznania. Radio uzyskało 12% odpowiedzi, a prasa – 7%. Według odpowiedzi respondenci najmniej informacji czerpali z ulotek i plakatów. Tylko 1% odpowiedzi wskazało te źródła komunikatów. Punkt



ten ukazuje, że coraz częściej Polacy korzystają z więcej niż jednego źródła informacji. Ankietowani, którzy zaznaczyli jako podstawę czerpania wiedzy Internet, poproszeni byli o podanie stron internetowych, z których najczęściej korzystali. Najpopularniejsze z nich to największe polskie serwisy internetowe: onet.pl, wp.pl, interia.pl, gazeta.pl, tvn24.pl oraz strony rządowe, takie jak: gov.pl, pacjent.gov.pl, mz.gov.pl. Użytkowane w ten sposób odpowiedzi pokazują, że istotne jest, aby w momencie jakiegokolwiek zagrożenia bezpieczeństwa, jakim jest np. pandemia, przekaz kierowany do obywateli był spójny, a także oparty na sprawdzonych i wiarygodnych danych, po to, aby każdy korzystający z głównych mediów dostępnych w Polsce, w sytuacji kryzysowej, po zapoznaniu się z treściami do niego kierowanymi, miał przekonanie co do ich rzetelności. Wysokie trzecie miejsce, jakie zajął personel medyczny, każe zadać pytanie, czy w obliczu zagrożenia bezpieczeństwa kraju, jakim jest pandemia choroby zakaźnej, organy odpowiedzialne za zdrowie nie powinny organizować szkoleń przeznaczonych dla pracowników ochrony zdrowia, po to, aby informacja, jaka zostanie przekazana pacjentowi, była przez niego zrozumiała.

Pytanie postawione powyżej było powiązane z pytaniem w ankiecie dotyczącym oceny dostępu do informacji o zmianach w funkcjonowaniu ochrony zdrowia w Polsce, przy którym 33% ankietowanych udzieliło odpowiedzi: „Trudno powiedzieć”. Odpowiedni dostęp do informacji wskazało 39% ankietowanych, dla 28% był on niewystarczający. Finalnie ponad 60% respondentów zaznaczyło niewystarczający dostęp do informacji lub wskazało trudność z udzieleniem odpowiedzi, co przy zagrożeniu bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli Polski może wydać się niepokojące. Jest to grupa osób, która mogła mieć wpływ na funkcjonowanie podmiotów medycznych w Polsce. Pokazuje to, jak wielki wpływ w obecnych czasach mają niezależne i wiarygodne media, których przekaz może albo pomóc, albo zaszkodzić. Człowiek nieposiadający odpowiedniej wiedzy i niemogący uzyskać jednoznacznych odpowiedzi nie robi nic, co w wypadku niebezpieczeństwa, jakim jest pandemia, może stać się zagrożeniem dla innych.

Pytanie dotyczące placówek ochrony zdrowia, z których usług w czasie pandemii SARS-CoV-2 korzystali respondenci, uwidacznia, że głównym miejscem uzyskiwania świadczeń medycznych była podstawowa opieka zdrowotna, którą wskazało 42% ankietowanych. Dalej w kolejności była ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 16% ankietowanych, ponadto leczenie stomatologiczne – 14% ankietowanych, leczenie szpitalne – 9% ankietowanych. Spośród wszystkich respondentów, 15% wskazało, że podczas pandemii wirusa SARS-CoV-2 nie korzystali z pomocy medycznej.

Rozwinięciem postawionego wcześniej pytania było wskazanie, czy

ankietowani spotkali się z ograniczeniami w dostępie do placówek ochrony zdrowia w czasie pandemii SARS-CoV-2, na co 53% pacjentów udzieliło odpowiedzi przeczącej. Z kolei 47% ankietowanych, którzy spotkali się z ograniczeniami w dostępie do placówek medycznych, wskazywało podstawową opiekę medyczną. Na dalszych pozycjach były: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, rehabilitacja lecznicza, leczenie stomatologiczne. Spotykający się z ograniczeniami respondenci jako główne utrudnienia najczęściej wymieniali: brak bezpośredniego kontaktu z lekarzem, niemożność wejścia do przychodni, trudności z dodzwonieniem się do placówek medycznych, a w przypadku teleporad – długi czas oczekiwania na kontakt ze strony lekarza, ponadto odwoływane lub przekładane zabiegi planowane, zakaz odwiedzin w szpitalach.

Przy pytaniu o to, czy pandemia SARS-CoV-2 miała wpływ na stan zdrowia respondentów – aż 31% z nich odpowiedziało, że w czasie pandemii stan ich zdrowia pogorszył się. Dla 45% ankietowanych sytuacja pandemiczna nie miała wpływu na ich kondycję zdrowotną, z kolei 23% osób nie było w stanie określić wpływu zarazy na stan ich zdrowia. Tylko 1% osób ocenił, że we wskazanym okresie ich dobrostan polepszył się. Pogorszenie się stanu zdrowia 1/3 ankietowanych jest niepokojącą informacją, ponieważ w momencie zakończenia pandemii i powrocie do normalnego funkcjonowania, obciążą oni dodatkowo system ochrony zdrowia w Polsce. Pokazuje to, że oprócz osób dotkniętych bezpośrednio wirusem, będą też pacjenci, u których przez ograniczenia w dostępie do placówek ochrony zdrowia, stan zdrowia uległ pogorszeniu. Osoby takie, poza długotrwałym procesem leczenia, dodatkowo mogą być narażone na ryzyko niepełnego powrotu do zdrowia lub nawet wcześniejszego zgonu. I chodzi nie tylko o schorzenia somatyczne, ale przede wszystkim o zdrowie psychiczne.

W pytaniu dotyczącym zmian w funkcjonowaniu placówek ochrony zdrowia poproszono, aby ankietowani wskazali, które z nich uważają za uzasadnione. Najczęściej wskazywano obowiązek zasłaniania ust i nosa – 30% udzielonych odpowiedzi oraz obowiązkową dezynfekcję – 27% odpowiedzi. Po 14% wskazań uzyskały: minimalizowanie liczby pacjentów w placówce i zakaz odwiedzin w szpitalach. Respondenci najrzadziej wybierali udzielanie teleporad (9%). Trudność w podjęciu decyzji miało 5% osób biorących udział w badaniu. W powyższym pytaniu ankietowani mieli możliwość wskazania innych zmian, które uznali za istotne, jednak nikt z tej możliwości nie skorzystał.

Analiza pytania dotyczącego powodzenia narodowego programu szczepień przeciw COVID-19 pokazała, że aż 45% ankietowanych nie jest w stanie udzielić jednoznacznej odpowiedzi. W ocenie 21% osób pro-

gram odniósł sukces, natomiast 31% ankietowanych uznało go za porażkę. Przy udzieleniu odpowiedzi „Tak” lub „Nie” respondenci zostali poproszeni o uzasadnienie swojego wyboru. Osoby udzielające odpowiedzi „Tak” najczęściej przytaczały argumenty mówiące o łatwym i szybkim dostępie do punktów szczepień, ich dogodnej lokalizacji (przychodnie, szpitale, hale sportowe, apteki) oraz przekonywały, że szczepienia są najprostszą formą profilaktyki.

Osoby, które wskazały odpowiedź „Nie”, argumentowały ją: chaosem w systemie szczepień, długimi kolejkami, nieprzebadanymi szczepionkami, brakiem informacji na temat działania szczepionek i ich skutków ubocznych, a także brakiem jednoznacznego przekazu władz w kwestii przyjęcia szczepienia. Tak, jak w poprzednich pytaniach ankietowych, zastanawia duża liczba osób niemogących wskazać jednoznacznej odpowiedzi.

Ostatnim punktem ankiety była ocena stopnia bezpieczeństwa zdrowotnego respondentów podczas pandemii SARS-CoV-2 (w skali od 1 do 5, gdzie 1 określało pełne bezpieczeństwo zdrowotne, natomiast 5 zagrożenie życia). Podczas pandemii wirusa SARS-CoV-2 w pełni bezpiecznie czuło się 31% osób, natomiast 18% ankietowanych odczuwało zagrożenie zdrowia i życia. Pozostałych 51% respondentów oceniło stopień swojego bezpieczeństwa zdrowotnego neutralnie – poziom 3. Wydaje się, że takie rozłożenie odpowiedzi może świadczyć o tym, że Polacy podeszli do tematu pandemii wirusa SARS-CoV-2 bardzo odpowiedzialnie, poddawali się wszelkim zaleceniom, a jednocześnie przestrzegali wszelkich zakazów i w związku z tym trudny czas panowania wirusa udało się przetrwać bez większego strachu o własne zdrowie czy życie.

### **Podsumowanie**

Pandemia SARS-CoV-2 była bezprecedensowym wyzwaniem dla zdrowia publicznego i bezpieczeństwa społeczeństwa polskiego. Rzeczpospolita Polska, podobnie, jak wiele innych krajów na całym świecie, musiała stawić czoła zagrożeniu dla zdrowia i życia swoich obywateli. W odpowiedzi na sytuację epidemiologiczną, rząd polski, samorządy oraz instytucje odpowiedzialne za zdrowie publiczne, podjęły szereg działań mających na celu ochronę Polaków, a także zminimalizowanie ryzyka zakażenia. Ważnym elementem strategii stabilności zdrowotnej były ścisłe obostrzenia i restrykcje, takie jak lockdowny, dystans społeczny, konieczność noszenia maseczek ochronnych czy ograniczenia w podróżowaniu. Powyższe środki miały na celu ograniczenie transmisji koronawirusa i ochronę zarówno jednostek, jak i społeczności, jako całości. Dodatkowo prowadzone kampanie informacyjne, edukacyjne i promocyjne miały na celu zwiększenie świadomości społecznej na te-

mat pandemii i zachęcenie do przestrzegania zaleceń zdrowotnych. Należy również podkreślić znaczenie działań w zakresie zdrowia publicznego, takich jak zwiększenie zdolności testowania, wprowadzenie programu szczepień, skuteczną identyfikację i izolację przypadków zakażenia oraz śledzenie kontaktów. Działania te odegrały kluczową rolę w zapobieganiu rozprzestrzeniania się wirusa i kontrolowaniu pandemii. Jednakże bezpieczeństwo zdrowotne Polaków podczas pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 nie ograniczało się jedynie do działań rządu. Społeczeństwo polskie wykazało się ogromną solidarnością, empatią i odpowiedzialnością, przestrzegając zaleceń i wspierając się nawzajem w trudnych czasach zarazy. Wzrost świadomości społecznej na temat znaczenia higieny osobistej, zdrowego stylu życia i dbania o swoje zdrowie przyczyniły się do ograniczenia ryzyka zakażeń.

Celem badania ankietowego było określenie stopnia bezpieczeństwa zdrowotnego podczas trwania pandemii wirusa SARS-CoV-2, źródeł czerpania wiedzy na temat sytuacji epidemiologicznej w Polsce i na świecie oraz stopnia dostępu do informacji o zmianach dotyczących rodzaju podmiotów leczniczych, z których korzystali respondenci, ograniczeń w dostępie do nich oraz subiektywnej oceny programu szczepień ochronnych przeciw koronawirusowi.

Badanie ankietowe wykazało, że dla połowy badanych stopień bezpieczeństwa zdrowotnego podczas pandemii SARS-CoV-2 był neutralny, czyli ani nie czuli pełnego bezpieczeństwa zdrowotnego, ani nie odczuwali zagrożenia życia. Uwidocznili też, jak trudno ankietowanym było udzielić jednoznacznych odpowiedzi na zadane pytania. Zaniepokojenie może wywołać fakt, że jedna trzecia respondentów nie była w stanie określić, czy dostęp do informacji o zmianach w funkcjonowaniu ochrony zdrowia w Polsce był wystarczający, a blisko połowa z nich nie potrafiła ocenić skuteczności programu szczepień przeciw COVID-19. Z kolei, co piąty badany miał trudność z udzieleniem odpowiedzi na pytanie o stopień przygotowania państwa polskiego do pandemii SARS-CoV-2. Przeprowadzona ankieta pokazała, że informacje, które były przekazywane społeczeństwu, były na tyle niejednoznaczne, że respondenci nie potrafili określić, czy są na „TAK” lub na „NIE”. Z kolei każda niezdecydowana osoba, to potencjalne zagrożenie dla społeczeństwa, ponieważ poprzez brak określenia swojego stanowiska nie podejmuje żadnych działań.

W dynamicznej sytuacji, jaką jest pandemia, która oprócz wpływu na bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa ma również bezpośrednie znaczenie dla stabilności ekonomicznej kraju, wskazanym wydaje się zwiększenie nacisku na przekazywanie rzetelnych i sprawdzonych informacji, tak, aby odsetek osób niemających zdania był, jak najmniejszy.

Podsumowując, pandemia SARS-CoV-2 postawiła Polskę i jej obywateli przed poważnymi wyzwaniami związanymi z bezpieczeństwem zdrowotnym. Działania rządu, instytucji zdrowotnych oraz zaangażowanie społeczeństwa odegrały kluczową rolę w minimalizowaniu negatywnych skutków zarazy. Jednocześnie, pandemia ta przypomniała Polakom, jak istotne jest budowanie i utrzymanie zdrowego społeczeństwa, które potrafi współpracować i podejmować odpowiednie decyzje.

Ostatecznie, pandemia SARS-CoV-2 była sprawdzianem dla wszystkich. Jednakże, jak każda próba, pozwoliła na rozwój i zdobycie nowych umiejętności i doświadczeń. Dzięki temu społeczeństwo polskie może lepiej przygotować się na przyszłe wyzwania i kontynuować walkę o ochronę zdrowia i dobrostanu, zarówno w czasach kryzysu, jak i w codziennym życiu.

## **Bibliografia**

### **Opracowania**

Aberth J., Spektakle masowej śmierci: plagi, zarazy, epidemie, Warszawa 2012.

Rosalak M., Wielkie zarazy ludzkości. Jak choroby i epidemie wpływały na dzieje cywilizacji, Warszawa 2020.

Siemiński M., Środowiskowe zagrożenia zdrowia, Warszawa 2007.

Snah S., Epidemia. Od dżumy przez AIDS i ebolę po COVID-19, Kraków 2020.

### **Źródła internetowe**

[stat.gov.pl](http://stat.gov.pl)

[gov.pl](http://gov.pl)

[encyklopedia.pwn.pl](http://encyklopedia.pwn.pl)

[historia.org.pl](http://historia.org.pl)

[who.int](http://who.int)