

Jakub Lickiewicz

<http://orcid.org/0000-0001-7371-0204>

Wydział Nauk o Zdrowiu

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

jlickiewicz@cm-uj.krakow.pl

Jaroslav Pekara

<http://orcid.org/0000-0003-2232-149X>

Paramedic Department, Medical College in Prague

pekarjar@gmail.com

Irina Georgieva

<http://orcid.org/0000-0001-7551-4485>

Department of Cognitive Science and Psychology

New Bulgarian University

irinageorgieva@hotmail.com

Marta Makara-Studzińska

<http://orcid.org/0000-0001-7374-528X>

Wydział Nauk o Zdrowiu

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

marta.makara-studzinska@uj.edu.pl

DOI: 10.35765/pk.2022.3702.17

Analiza porównawcza postaw mieszkańców Czech i Polski wobec pandemii COVID-19

STRESZCZENIE

11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła szybkie rozprzestrzenianie się epidemii koronawirusa. Aby opóźnić transmisję wirusa, rządy poszczególnych krajów zdecydowały o wprowadzeniu różnych środków ograniczających. Miały one ekonomiczny i psychologiczny wpływ na społeczeństwo i spowodowały dyskusję dotyczącą norm etycznych oraz praw człowieka.

Celem badania było porównanie reakcji i postaw wobec wprowadzonych restrykcji w dwóch sąsiadujących krajach – Polsce i Czechach oraz odpowiedź na pytanie, czy różnią się one w kontekście tych samych środków ograniczających. Zastosowano metodę ankiety internetowej, w której badani oceniali 28 wprowadzonych ograniczeń pod kątem ich efektywności, restrykcyjności i stosowania się do nich. W badaniu wzięło udział 1731 osób, w tym 723 z Czech i 1008 z Polski. Badanie przeprowadzono pomiędzy 26 maja a 31 sierpnia 2020 r. – pod koniec pierwszej fali pandemii.

Wykazano różnicę w postrzeganiu stosowanych środków. Polacy niżej oceniali ich efektywność i restrykcyjność, rzadziej też stosowali się do wprowadzanych ograniczeń. Pozwala to na wniosek praktyczny o konieczności

wprowadzania środków o najwyższej efektywności i najmniejszej dolegliwości w połączeniu z wcześniejszą kampanią informacyjną.

SŁOWA KLUCZE: postawy, restrykcje, pandemia, COVID-19

ABSTRACT

Comparative Analysis of the Attitudes of Czech and Poland Inhabitants towards COVID-19 Pandemic

On March 11, 2020, the World Health Organization (WHO) announced the rapid spread of the coronavirus epidemic. National governments have decided to apply various restrictive measures to delay the transmission of the virus. Those restrictions had an economic and psychological impact on society and started a debate regarding ethical norms and human rights violation. The study aimed to compare the reactions and attitudes towards the applied restrictions in the two neighboring countries – Poland and the Czech Republic, and to answer the question whether they differ in the context of the same restrictive measures. The method of an internet survey was used, in which the respondents assessed 28 restrictions in terms of their effectiveness, restrictiveness and compliance into them. 1731 people participated in the study, 723 from the Czech Republic and 1008 from Poland. The study was conducted between May 26 and August 31, 2020 – at the end of “the first wave” of the pandemic. There are differences in perception of the restrictive measures used. Poles assessed their effectiveness and restrictiveness lower. Poles less frequently complied with the restrictions. This allows for a practical implication about the necessity of introduction measures of the highest efficiency and the least ailments, in conjunction with an earlier information campaign.

KEYWORDS: attitudes, restrictions, pandemic, COVID-19

Wprowadzenie

11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła informację o szybkim rozprzestrzenianiu się epidemii koronawirusa. Na podstawie posiadanej wtedy wiedzy rządy poszczególnych krajów zdecydowały się podjąć działania, aby opóźnić transmisję wirusa, wdrażając różne metody ograniczające rozprzestrzenianie się COVID-19. Część krajów decydowała się na mało dolegliwe środki, takie jak nadzór nad chorobami czy używanie środków higienicznych (maski, rękawiczki), część zaś sięgnęła po znacznie bardziej restrykcyjne interwencje, takie jak ograniczenia w podróżowaniu, kwarantanna i obowiązkowa samoizolacja w domu

czy też zamykanie restauracji, parków narodowych i szkół (Savage i in., 2021). Większość środków ograniczających miała ogromny ekonomiczny i psychologiczny wpływ na miliardy ludzi i spowodowała burzliwą dyskusję dotyczącą norm etycznych i naruszania praw człowieka (Atalan, 2020).

Tymczasowe zamknięcie przedsiębiorstw doprowadziło do wzrostu bezrobocia, a same środki ograniczające poważnie wpłynęły na działalność gospodarczą (Romisch, 2020). W czasie pandemii wzrosła liczba przypadków przemocy w rodzinie (Piquero i in., 2021), a ograniczenie swobody poruszania się doprowadziło do negatywnych konsekwencji w zakresie zdrowia psychicznego (Talevi i in., 2020). Izolacja społeczna, zwiększony stres i brak aktywności fizycznej z powodu długotrwałej kwarantanny, nakazów pozostania w domu, zamknięcia parków, gimnazjów oraz centrów fitness mogły osłabić odporność niektórych osób (Chtourou i in., 2020). Wskaźniki samobójstw i śmiertelności z powodu opóźnień w leczeniu stanów zagrażających życiu wzrosły wskutek ograniczonej dostępności do opieki zdrowotnej (Muschol i Gissel, 2021; Kaptur i in., 2021). Inne, długofalowe konsekwencje będą widoczne wraz z upływającym czasem.

Najważniejsza dla efektywności wprowadzanych restrykcji jest reakcja społeczeństwa. Istnieje wiele reakcji na ograniczenia pandemiczne. Jedną z koncepcji, które je tłumaczą, jest teoria reaktancji, inaczej określana jako teoria oporu psychicznego. Zgodnie z nią naturalnym zachowaniem jednostki jest reagowanie oporem na odbieranie swobody działania. Ludzie różnią się od siebie poziomem tolerancji na odebranie im możliwości i swobody wyboru (Brehm i Brehm, 1981). Poziom oporu będzie rósł w zależności od stopnia zagrożenia wolności i będzie powodować działania zmierzające do jej przywrócenia (Lee, Lee i Lee-Geiller, 2020).

Pojęcie reaktancji psychologicznej składa się z czterech elementów:

- postrzegania wolności, związanego z indywidualną postawą jednostki wobec jej wolności wyboru;
- zagrożenia dla wolności, powiązanego z charakterem ograniczeń, które mogą być bezosobowe, interpersonalne lub wynikać z decyzji rządu i mieć związek z zagrożeniami dla wolności jednostek;
- reaktancji, która wywołuje niepożądane lub nieprzyjemne reakcje, gdy zagrożenia ograniczają postrzeganą wolność jednostki;
- przywracania wolności, gdy pojawiające się ograniczenia ostatecznie aktywują potrzebę przywrócenia wolności zgodną z postawami lub zachowaniami jednostki (Brehm i Brehm, 1981; Argouslidis i in., 2018). Literatura przedmiotu wskazuje na aktualność teorii reaktancji w kontekście wcześniejszych epidemii (Lee i Chen, 2011; Akhtar i in., 2020).

Innym czynnikiem wpływającym na stosunek do ograniczeń pandemicznych może być kraj zamieszkania, działania podjęte przez rząd danego państwa, jego sytuacja ekonomiczna oraz doświadczenia historyczne (Oksanen i in., 2020). Analiza porównawcza sześciu krajów wskazała, że uczestnicy badania, którzy uważali, że ich kraj zareagował zbyt łagodnie, postrzegali ryzyko zarażenia SARS-CoV-2 jako wyższe, byli bardziej zaniepokojeni i wyrażali mniejsze przekonania o możliwości kontrolowania epidemii. Niezadowolenie z reakcji rządu wiązało się też ze zwiększonym poziomem stresu (Mækelæ i in., 2020).

Powyższe rozważania pozwalają na wyciągnięcie wniosku o współistnieniu wielu czynników związanych z postrzeganiem, a tym samym dostosowaniem się do stosowanych ograniczeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się COVID-19. Celem badania było porównanie reakcji i postaw wobec wprowadzonych restrykcji w dwóch sąsiadujących krajach – Polsce i Czechach oraz odpowiedź na pytanie, czy różnią się one w kontekście stosowania tych samych środków ograniczających.

Metodologia badań własnych

Badanie składało się z kilku etapów. W pierwszym określono, jakie restrykcje mające na celu powstrzymanie rozprzestrzeniania się COVID-19 wprowadzono w poszczególnych krajach. W wyniku tego uzyskano 44 różne środki. W badaniu uwzględniono tylko te, które zastosowano w obu badanych krajach równocześnie. Było to 28 restrykcji, które podzielono na cztery kategorie: Higiena i zdrowie (5), Dystans społeczny (14), Izolacja i kwarantanna (8) oraz Inne środki (1). Dodatkowo, mimo że te ograniczenia nie zostały wprowadzone w żadnym z krajów, badanych zapytano o ich postawę wobec wprowadzenia godziny policyjnej oraz uprawnień organów ścigania do dostępu do danych obywateli w celu efektywniejszej walki z pandemią. Lista środków została przedstawiona w tabeli 1.

Tabela 1. *Lista środków/ restrykcji analizowanych w badaniu*

Higiena i zdrowie	
1	Rekomendacja częstego mycia rąk
2	Utrzymanie higieny dróg oddechowych poprzez obowiązkowe noszenie maski w miejscach publicznych
3	Zalecenie dotyczące kaszlu lub kichania w zgięciu łokciowe
4	Zalecenie niepodawania sobie rąk
5	Wzmocnione zasady czyszczenia i dezynfekcji
Dystans społeczny	
6	Anulowanie wszystkich masowych imprez i wydarzeń (kulturalnych, sportowych, naukowych lub religijnych)
7	Zakaz pogrzebów i wesel lub ograniczenie liczby uczestników
8	Zamknięcie przedszkoli, żłobków i/ lub szkół podstawowych
9	Zamknięcie szkół średnich, szkół wyższych i/ lub uniwersytetów
10	Anulowanie lub przełożenie egzaminów końcowych
11	Zalecenia dotyczące pracy z domu, jeśli to możliwe
12	Utrzymanie dystansu co najmniej 1–2 m od innych ludzi
13	Obowiązkowy pobyt w domu, z wyjątkiem niezbędnych podróży
14	Zamknięcie pubów, kawiarni, restauracji, z wyjątkiem usług dostawy i na wynos
15	Zamknięcie kin, teatrów, oper, sal koncertowych, bibliotek, muzeów, zabytków, dyskotek i/ lub sal gier
16	Zamknięcie sklepów (nie dotyczy sklepów spożywczych) i/ lub dużych centrów handlowych
17	Zamknięcie obiektów sportowych wewnątrz i/ lub na zewnątrz
18	Zamknięcie placów zabaw
19	Wstrzymanie wszystkich planowych operacji i procedur medycznych
Izolacja i kwarantanna	
20	Obowiązkowa izolacja chorych na określony czas
21	Obowiązkowe przyjęcie do szpitala poważnie chorych osób
22	Zalecenie dotyczące kwarantanny obywateli należących do grup wysokiego ryzyka lub mających kontakt z zarażonymi osobami
23	Obowiązkowa kwarantanna obywateli powracających z zagranicy
24	Procedury przesiewowe, takie jak pytanie podróżnych, czy mają objawy grypy, czy mieli kontakt z osobą z grypą, ocena pod kątem objawów grypy lub mierzenie temperatury ciała
25	Częściowe zamknięcie granicy lądowej: np. osoby spoza UE nie mogą wjechać do kraju
26	Całkowite zamknięcie granicy lądowej: obywatele nie mogą opuścić kraju
27	Zawieszenia lotów: rządowe zakazy lotów z lub do kraju
Inne środki	
28	Kary lub grzywny za nieprzestrzeganie środków ograniczających COVID-19

Na kolejnym etapie przygotowano narzędzie badawcze. W badaniu zastosowano ankietę internetową, przetłumaczoną na język polski i czeski. W ankiecie proszono o podanie danych socjodemograficznych osób, informacji o wpływie pandemii na ich funkcjonowanie (np. ewentualna utrata pracy/ konieczność odbycia kwarantanny). Następnie respondenci oceniali każdy ze środków w trzech kategoriach: restrykcyjności, efektywności oraz określenia, na ile stosują się do tego ograniczenia. Pytania oceniane były na skali 11-stopniowej, od 0 (najniższa) do 10 (najwyższa). W celu uproszczenia dalszych analiz wyniki uzyskane na skali Likerta zamieniono na procenty.

Badanie skierowano do wszystkich obywateli danego kraju w wieku od 18 lat i starszych. Kryterium wykluczenia był brak pełnoletniości oraz stałe zamieszkanie poza granicami danego kraju. Badanie przeprowadzono pomiędzy 26 maja a 31 sierpnia 2020 r., a więc pod koniec pierwszej fali pandemii. Każdy uczestnik, przed przystąpieniem do niego, musiał wyrazić zgodę na udział i zapoznać się z procedurą. Nie zbierano żadnych danych umożliwiających identyfikację ankietowanego. W analizie danych zastosowano pakiet statystyczny SPSS wersja 23.

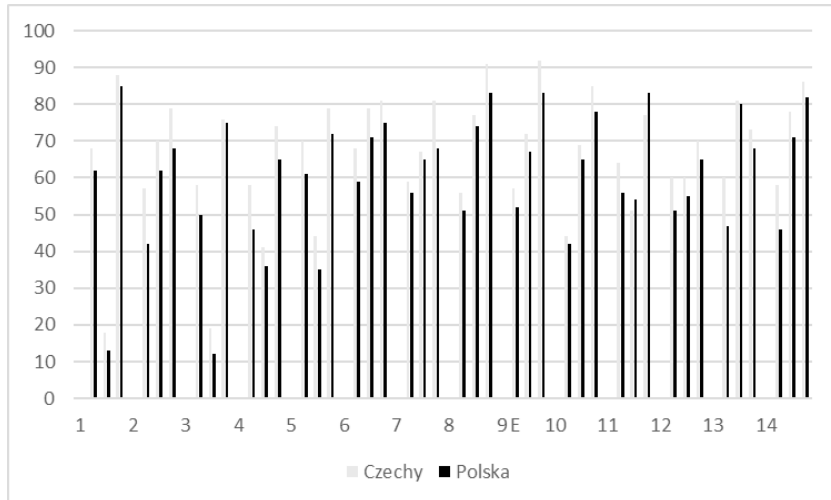
Wyniki badań własnych

W badaniu wzięło łącznie udział 1731 osób – 723 z Czech i 1008 z Polski. W obu grupach większość stanowiły kobiety (85,6% w Czechach i 78,8% w Polsce). Średnia wieku wynosiła 41,0 dla Czech i 38,1 dla Polski.

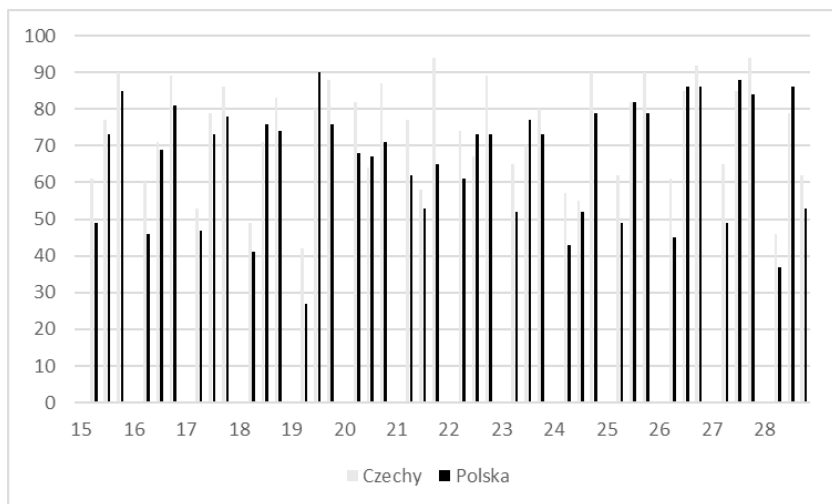
Większość ankietowanych uważała, że działania podjęte w celu zapobieżenia rozprzestrzeniania się COVID-19 miały więcej negatywnych skutków niż sama pandemia COVID-19. Jako najbardziej restrykcyjny i równocześnie najmniej skuteczny oceniono zakaz odwiedzania parków narodowych i parków przyrody. Inne środki, które budziły niezadowolone badanych z powodu naruszenia prawa człowieka do prywatności i dostępu do usług zdrowotnych, to „Prawo organów ścigania do dostępu do danych osobowych obywateli z Internetu i operatorów telefonicznych” oraz „Odwołanie wszystkich planowych operacji i zabiegów medycznych”. Co ciekawe, „Obowiązkowe zgłaszanie objawów choroby do organów służby zdrowia” oraz „Rekomendacja do kwarantanny obywateli należących do grup wysokiego ryzyka lub mających kontakt z osobami zakażonymi” były również postrzegane jako wysoce restrykcyjne i wiązały się w odczuciu badanych ze znacznym pozbawieniem wolności jednostki w imię zdrowia publicznego. Ważne jest, że badani dużo wyżej oceniali skuteczność tych środków niż ich restrykcyjność.

W obu grupach pojawiły się osoby, które w wyniku pandemii utraciły pracę, jednak ich liczba była większa w Polsce (CZ – 23,5%, PL – 36,5%). W obu grupach czas poświęcony na korzystanie z mediów był podobny (CZ – 1,9 godz., PL – 1,5 godz.). W 11-punktowej skali Likerta zauważalna jest różnica w poziomie zaufania do ochrony zdrowia – 6,6 w przypadku Czech i 2,9 w Polsce. W obu krajach zaufanie do działań rządu było niskie, jednak dwukrotnie niższe w Polsce (CZ – 3, PL – 1,3). Środki podjęte przez decydentów oceniono jako stresujące (CZ – 6, PL – 6,2), a zaufanie do poprawności działań rządu było znacznie niższe w Polsce (CZ – 4, PL – 1,3). W obu krajach obawa przed zakażeniem była niska (CZ – 1,6, PL – 1,9).

Zauważalna jest różnica w postrzeganiu środków stosowanych w celu ograniczenia pandemii. Analizując średnie, Polacy niżej oceniali ich efektywność (CZ – 54%, PL – 45%), restrykcyjność (CZ – 62%, PL – 59%), ale przy tym rzadziej stosowali się do wprowadzanych ograniczeń (CZ – 74%, PL – 67%). Porównanie stosunku wobec poszczególnych restrykcji przedstawiono na wykresie 1 i 2. Kolumny oznaczają w kolejności od lewej ocenę efektywności, restrykcyjności oraz stosowania się do danego środka. Ich szczegółowa analiza znajduje się w dyskusji wyników.



Wykres 1. Wyniki analizy porównawczej dla badanych z Czech i Polski dla restrykcji 1–14.



Wykres 2. Wyniki analizy porównawczej dla badanych z Czech i Polski dla restrykcji 15–28.

Wykazano także różnice w ocenie ograniczeń, których nie wprowadzono w badanych krajach, a które wiązały się z większymi uprawnieniami organów ścigania. „Wprowadzenie godziny policyjnej” zostało ocenione jako efektywny środek walki pandemią tylko przez 18% Polaków (45% Czechów), a możliwość uzyskania osobistych danych od dostawców internetu i sieci komórkowych – przez 15% Polaków (49% Czechów). W drugim przypadku Polacy znacznie wyżej ocenili restrykcyjność tego środka (93% vs. 75%).

Dyskusja wyników

W badaniu porównywano cechy demograficzne obywateli, ich postawę wobec wprowadzonych środków, opinię na temat ich skuteczności, restrykcyjności oraz dostosowania się do wybranych środków wprowadzonych przez rządy poszczególnych krajów.

Uzyskane wyniki wskazują na istnienie rozbieżności pomiędzy postawą wobec restrykcji w grupie ankietowanych z Polski i Czech. Podstawową różnicę widać już w zaufaniu do działań rządu, które jest niższe u Polaków, czego naturalną konsekwencją jest brak gotowości do stosowania restrykcji wprowadzanych przez władzę. W przypadku Polski niski poziom zaufania wiązać się może z wcześniejszymi doświadczeniami związanymi z niestabilnością systemu politycznego kolejnych rządów. Lata funkcjonowania w społeczeństwie, w którym władza wielokrotnie

nie dzieliła się z obywatelami całą swoją wiedzą o sytuacji ekonomicznej, społecznej i politycznej, wpłynęły na brak zaufania w obecnym czasie. Ten problem jest aktualny wobec wielu zjawisk społecznych, zatem przenosi się także na postrzeganie pandemii (Guerra, 2016; Filimonau, Mika i Pawlusiński, 2018).

Równocześnie liczba osób, które utraciły pracę, jest wyższa w Polsce. Jest to kolejny czynnik, który mógł wpłynąć na mniejsze zaufanie do działań rządu związanych z ograniczeniami pandemicznymi.

Odmienne należy postrzegać niskie zaufanie do funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce. Wynika ono z wcześniejszych doświadczeń uczestników i efektywności tej ochrony, nie odnosi się zatem do jej pracowników, lecz jest wyrazem opinii dotyczącej wadliwości całego systemu. Personel medyczny w Polsce oceniany jest dość wysoko (Klepacka i Bakalarski, 2018), jednak brak zaufania wydaje się dotyczyć negatywnej postawy wobec funkcjonowania systemu jako całości, tym samym może wpływać na niską akceptację wprowadzanych restrykcji o charakterze medycznym (Łosiewicz i Ryłko-Kurpiewska, 2015; Rogala i Donesch-Jeżo, 2020).

Zwraca też uwagę relatywnie niski poziom poczucia zagrożenia samym zakażeniem COVID-19. W okresie, kiedy prowadzono badanie, u uczestników mógł występować mechanizm obronny z uwagi na dopiero rosnącą w tym czasie dzienną liczbę zakażeń. W związku z tym nisko oceniali oni prawdopodobieństwo swojego zakażenia COVID-19, gdyż często nie mieli kontaktu z osobami chorymi w swoim najbliższym otoczeniu. Mechanizmy obronne stanowiły w sytuacji niepewności naturalny mechanizm rozładowujący napięcie w obliczu nieznanego wtedy zagrożenia. W tym przypadku mógł on jednak wpływać na niestosowanie się do wprowadzonych obostrzeń (Fatima i Mahour, 2021).

Higiena i zdrowie

Wyniki badań wskazują na różnice międzykulturowe w poczuciu efektywności i opresyjności restrykcji, które tym samym przekładają się na ich stosowanie. Polacy wydają się stosować tylko do zasad wiążących się z negatywnymi konsekwencjami prawnymi. Jeśli mają one charakter zaleceń czy sugestii lub stosowanie się do nich pozostawiono do ich własnej decyzji, mają tendencję do unikania restrykcji. Przykładem takiego obostrzenia może być noszenie masek (p. 2). Z kolei Czesi częściej stosują się do ograniczeń, mimo że postrzegają je jako bardziej restrykcyjne niż Polacy. Polacy są także bardziej sceptyczni wobec efektywności środków, jakimi są ograniczenie podawania sobie rąk (p. 4) oraz wzmożona dezynfekcja (p. 5). Takie podejście do tych środków wiąże się z rzadszym

ich stosowaniem, mimo że te dwa zalecenia pojawiały się już na początku rozwoju pandemii (Desai i Patel, 2020). Duże znaczenie mają tu uwarunkowania kulturowe, które w znaczącym stopniu wpływają na częstszy i bliższy kontakt fizyczny, w odróżnieniu od kultur, gdzie kontakt fizyczny ma charakter ograniczony, jak np. Japonia (Inoue, 2020). Jak zauważają Matschke i Rieger (2020), rytuały związane z powitaniem zmieniły się z powodu pandemii, jednak aby zostały realnie wprowadzone, potrzebna jest presja społeczna, której w momencie badania w Polsce nie było.

Dystans społeczny

Także w tej grupie środków zwracają uwagę różnice pomiędzy badanymi populacjami, związane z konkretnymi obostrzeniami, lecz w odróżnieniu od poprzedniej kategorii można tu znaleźć też podobieństwa.

Obie grupy nisko oceniają efektywność pracy z domu jako środka ograniczającego rozprzestrzenianie się pandemii. To samo dotyczy jej restrykcyjności (p. 11). Wydaje się, że w okresie pierwszej fali pandemii możliwość pracy zdalnej części badanych wydawała się atrakcyjna i to pomimo odczucia, że nie jest to skuteczny środek walki z pandemią. Te wyniki pozostają w zgodzie z badaniami Dubeya i Tripathi (2020), w których praca z domu była oceniana przez większość badanych pozytywnie.

Podobna zgodność w badanych populacjach występuje w zakresie zamknięcia żłobków, przedszkoli oraz szkół. Efektywność tego środka oceniana jest na poziomie przeciętnym, a jego restrykcyjność – wysoko. Stosowanie się do niego, z racji wprowadzonego przez oba państwa przymusu, jest również wysokie (p. 8–10).

Odmienne kształtuje się natomiast zagadnienie ograniczenia organizacji wesel i pogrzebów. Obie badane grupy wskazują na relatywnie niską skuteczność tych restrykcji, zwraca jednak uwagę, że Polacy rzadziej niż Czesi stosowali się do tego zakazu (p. 7). Polacy niżej oceniają też efektywność środków związanych z zamknięciem lokali usługowych i ośrodków kultury (p. 14–15), a także konieczność obowiązkowego przebywania w domu, czyli tzw. lockdownu (p. 13). Dla obu badanych populacji poziom restrykcyjności tych środków jest jednak podobny.

Znacząca różnica występuje natomiast w opinii dotyczącej efektywności ograniczenia procedur medycznych i dostępu do opieki zdrowotnej (p. 19). Polacy nisko oceniają jej skuteczność i celowość. Różnicę tę można wiązać z koncepcją dostępności postawy, która wiąże się z łatwością przywoływania danej opinii, punktu widzenia czy oceny. Zgodnie z założeniem Fazio, łatwiej dostępne postawy silniej wpływają na zachowanie niż postawy wymagające więcej czasu, aby wpłynąć na działanie

(Powell i Fazio, 1984). Oznacza to, że bliższe jednostce zagadnienia mogą się wiązać z bardziej kategoriowym podejściem do danego zjawiska. Tak było w przypadku konieczności pozostania w domu i poczucia zagrożenia związanego z brakiem dostępu do opieki zdrowotnej wobec zamknięcia lokali usługowych.

Izolacja i kwarantanna

Polacy nie postrzegali procedur przesiewowych jako efektywnego środka, niechętnie się także do nich stosowali (p. 24). Podobnie było w przypadku obowiązku kwarantanny (p. 20), a także konieczności izolowania osób, które miały kontakt z zakażonymi (p. 22). Ponownie może to mieć związek ze wspomnianym wcześniej brakiem osób chorych w najbliższym otoczeniu samych badanych, a zatem niepostrzeganiem zagrożenia jako realnego. Dodatkowo, Polacy rzadziej deklarowali gotowość do podporządkowania się temu środkowi, co mogło się wiązać ze zwiększoną transmisją wirusa.

Polacy niechętnie stosowali się do ograniczenia przemieszczania się, związanego z zamknięciem granic i ruchu lotniczego (p. 25–27). Efektywność wszystkich tych środków oceniana jest niżej niż w populacji czeskiej. Stosowanie się do nich jest jednak wysokie w obu krajach, co nie zaskakuje, gdyż było ono wprowadzone poprzez normę prawną.

Szczególnie w przypadku tej grupy restrykcji zauważalny jest wpływ koncepcji reaktancji. Należy przyjąć, że postrzeganie wolności w poszczególnych krajach jest inne, przy tym środki, które wiążą się z naruszeniem subiektywnego poczucia wolności, będą wpływać na stosowanie się do danego ograniczenia (Brehm i Brehm, 1981; Lee, Lee i Lee-Geiller, 2020). Potwierdzeniem tej tezy jest postrzeganie kar za niestosowanie się do restrykcji (p. 28). Polacy bardzo nisko oceniają efektywność tego środka, wyżej niż Czesi jego restrykcyjność, równocześnie rzadziej się do niego stosują. Warto zwrócić uwagę na fakt, że mimo większego zaufania do działań rządu w Czechach ocena poziomu stresu wprowadzonych obostrzeń była podobna.

Wnioski

Badanie przeprowadzono pod koniec pierwszej fali pandemii, wydaje się jednak, że jego wyniki znajdują odniesienie i są aktualne w kontekście dalszych działań rządów poszczególnych państw, np. dotyczących szczepień przeciwko COVID-19. Decyzja o dostosowaniu się do

danej restrykcji jest procesem złożonym, uwarunkowanym przez wiele zmiennych, takich jak postrzeganie danego środka czy postawy wobec niego. Wobec ogólnej nieufności i niechęci do stosowania się do obostrzeń należy założyć, że Czesi będą bardziej skłonni do dostosowania się do zasad i wprowadzanych obostrzeń. Równocześnie, zgodnie z koncepcją reaktancji, wysoka restrykcyjność danego środka nie idzie w parze ze zrozumieniem znaczenia restrykcji, a tym samym stosowaniem się do niej. W celu potwierdzenia tej tezy przyszłe badania powinny się skupić na ponownym porównaniu badanych grup w kontekście nowych środków i restrykcji w walce z kolejnymi falami COVID-19.

Zgodnie z modelem perswazji McGuire'a, aby działanie spowodowało zmianę postawy, uwaga odbiorcy musi być przyciągnięta, następnie musi on zrozumieć przekaz, potem ulec mu, a zmiana musi być trwała, aby wpłynęła na jego zachowanie (Warchała, 2019; Klaus, Eagly i Stroebe, 2019).

Badanie ma implikacje praktyczne. Po pierwsze, rządy poszczególnych krajów powinny wprowadzać jak najmniej restrykcyjne, a zarazem najskuteczniejsze środki ochrony zdrowia publicznego. Powinny one być poprzedzone właściwą kampanią informacyjną, wyjaśniającą społeczeństwu znaczenie wprowadzenia takiego ograniczenia. Rządy, które cierpią na niski poziom zaufania społecznego do swoich działań, powinny włożyć więcej wysiłku w przekonywanie obywateli do skuteczności proponowanych działań. Mogą bowiem osiągnąć pożądany rezultat powstrzymania rozprzestrzeniania się wirusa poprzez lepsze przestrzeganie przez obywateli wprowadzanych środków zamiast wdrażania wielu restrykcji w jednym czasie, co ma odwrotny wpływ na stosowanie się do nich obywateli. Decydenci powinni powstrzymać się od wprowadzania środków, które postrzegane są jako bardziej restrykcyjne dla praw człowieka i obywateli niż skuteczne. Równocześnie kampanie edukacji publicznej powinny wykorzystywać informacje wynikające z medycyny opartej na dowodach, aby zmaksymalizować zgodność z tymi środkami.

Tylko takie działania pozwolą na efektywną walkę z pandemią i jej ostateczne pokonanie.

BIBLIOGRAFIA

- Akhtar, N., Nadeem Akhtar, M., Usman, M., Ali, M. i Iqbal Siddiqi, U. (2020). COVID-19 restrictions and consumers' psychological reactance toward offline shopping freedom restoration. *The Service Industries Journal*, 40(13–14), 891–913. <https://doi.org/10.1080/02642069.2020.1790535>
- Argouslidis, P., Skarmneas, D., Kühn, A. i Mavrommatis, A. (2018). Consumers' reactions to variety reduction in grocery stores: A freedom of

- choice perspective. *European Journal of Marketing*, 52(9–10), 1931–1955. <https://doi.org/10.1108/EJM-12-2016-0844>
- Atalan, A. (2020). Is the lockdown important to prevent the COVID-19 pandemic? Effects on psychology, environment and economy-perspective. *Annals of medicine and surgery*, 56, 38–42. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.06.010>
- Brehm, S.S. i Brehm, J.W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. Academic Press.
- Chtourou, H., Trabelsi, K., H'mida, C., Boukhris, O., Glenn, J.M., Brach, M., ... i Bragazzi, N.L. (2020). Staying physically active during the quarantine and self-isolation period for controlling and mitigating the COVID-19 pandemic: a systematic overview of the literature. *Frontiers in psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01708>
- Desai, A.N. i Patel, P. (2020). Stopping the spread of COVID-19. *Jama*, 323(15), 1516–1516. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4269>
- Dubey, A.D. i Tripathi, S. (2020). Analysing the sentiments towards work-from-home experience during covid-19 pandemic. *Journal of Innovation Management*, 8(1), 13–19. https://doi.org/10.24840/2183-0606_008.001_0003
- Fatima, H. i Mahour, P. (2021). Manifestation and usefulness of Defense Mechanisms during COVID-19 pandemic. *The International Journal of Indian Psychology*, 9, 1, 1468–1475 <https://doi.org/10.25215/0901.154>
- Filimonau, V., Mika, M. i Pawlusiński, R. (2018). Public attitudes to biofuel use in aviation: Evidence from an emerging tourist market. *Journal of Cleaner Production*, 72, 3102–3110. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2017.11.101>
- Guerra, S. (2016). Distrust unbound: What next after joining the EU. *Communist & Post-Communist Studies*, 49(3), 233–241. <https://doi.org/10.1016/j.postcomstud.2016.06.007>
- Inoue, H. (2020). Japanese strategy to COVID-19: How does it work? *Global Health & Medicine*, 2(2), 131–132. <https://doi.org/10.35772/ghm.2020.01043>
- Jonas, K., Eagly, A.H. i Stroebe, W. (2019). Attitudes and persuasion. W: *Companion encyclopedia of psychology*. London: Routledge, 775–793.
- Kapur, N., Clements, C., Appleby, L., Hawton, K., Steeg, S., Waters, K. i Webb, R. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic on self-harm. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), e4. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30528-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30528-9)
- Klepacka, M. i Bakalarski, P. (2018). Trust of society towards selected medical professions-doctors, nurses, paramedic. *Critic Care Innov*, 1(2), 1–10.
- Lee, C. i Chen, J. (2011). The reaction of elderly Asian tourists to avian influenza and SARS. *Tourism Management*, 32(6), 1421–1422. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2010.12.00>
- Lee, T., Lee, B.K. i Lee-Geiller, S. (2020). The effects of information literacy on trust in government websites: Evidence from an online experiment.

- International Journal of Information Management*, 52, 102098. <https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2020.1020>
- Łosiewicz, M. i Rylko-Kurpiewska, A. (2015). Public perception of healthcare personnel in Poland and some other European countries in view of selected studies. *International Business and Global Economy*, 34, 1, 198–209.
- Matschke, X. i Rieger, M.O. (2021). Kisses, Handshakes, COVID-19 – Will the Pandemic Change Us Forever? *Review of Behavioral Economics*, 8(1), 25–46.
- Mækela, M.J., Reggev, N., Dutra, N., Tamayo, R.M., Silva-Sobrinho, R.A., Klevjer, K. i Pfuhl, G. (2020). Perceived efficacy of COVID-19 restrictions, reactions and their impact on mental health during the early phase of the outbreak in six countries. *Royal Society open science*, 7(8), 200644. <https://doi.org/10.1098/rsos.200644>
- Muschol, J. i Gissel, C. (2021). COVID-19 pandemic and waiting times in outpatient specialist care in Germany: an empirical analysis. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07094-9>
- Oksanen, A., Kaakinen, M., Latikka, R., Savolainen, I., Savela, N. i Koivula, A. (2020). Regulation and trust: 3-month follow-up study on COVID-19 mortality in 25 European countries. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e19218. <https://doi.org/10.2196/19218>
- Powell, M.C. i Fazio, R.H. (1984). Attitude accessibility as a function of repeated attitudinal expression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10(1), 139–148. <https://doi.org/10.1177/0146167284101016>
- Piquero, A.R., Jennings, W.G., Jemison, E., Kaukinen, C. i Knaul, F.M. (2021). Evidence from a systematic review and meta-analysis: Domestic Violence during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Criminal Justice*, 5–6, 74, 101806. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101806>
- Rogala, M. i Donesch-Jeżo, E. (2020). Various dimensions of trust in the health care system. *Emergency Medical Service*, 7(4), 296–305. <https://doi.org/10.36740/EmeMS202004109>
- Romisch, R. (2020). Covid-19 effects on Central Europe. *Interreg Central Europe*. <http://www.central2020.eu/Content.Node/discover/Covid-19-effects-on-Central-Europe.pdf>
- Savage, M.P., Fischman, D.L. i Mamas, M.A. (2021). Social Intervention by the Numbers: Evidence Behind the Specific Public Health Guidelines in the COVID-19 Pandemic. *Population Health Management*, 24(3), 299–303. <https://doi.org/10.1089/pop.2020.0180>
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., ... i Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the COVID-19 pandemic. *Rivista di psichiatria*, 55(3), 137–144. <https://doi.org/10.1708/3382.33569>
- Warchala, J. (2019). *Formy perswazji*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Jakub Lickiewicz – psycholog, prawnik. Adiunkt w Zakładzie Psychologii Zdrowia na Wydziale Nauk o Zdrowiu UJ CM. W swojej pracy zajmuje się szeroko rozumianą problematyką agresji wobec personelu medycznego. Aktywny członek międzynarodowej organizacji ENTMA08, zrzeszającej osoby zajmujące się zjawiskiem agresji i przemocy w warunkach ochrony zdrowia.

Jaroslav Pekara – adiunkt i kierownik Katedry Ratownictwa Medycznego Wyższej Szkoły Nauk o Zdrowiu w Pradze. Pracuje jako ratownik medyczny w Pogotowiu Ratunkowym w Pradze. Od ponad dziesięciu lat zaangażowany w kilka projektów dotyczących zapobiegania przemocy w pielęgniarstwie i całym sektorze opieki zdrowotnej w Czechach.

Irina Georgieva – doktor psychologii, psychoterapeutka. Wykłada na Uniwersytecie Bułgarskim w Sofii i prowadzi międzynarodowe projekty naukowe.

Marta Makara-Studzińska – specjalista psycholog kliniczny, specjalista zdrowia publicznego, certyfikowany psychoterapeuta Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, certyfikowany superwizor Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia CM UJ.

