

# OCENA WIEDZY ORAZ WYBRANYCH ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSEM SARS-CoV-2

## Assessment of knowledge and selected health behavior in the field of the prevention of infections with SARS-CoV-2 virus

Agnieszka Kruk, Sylwia Terech-Skóra, Renata Piotrkowska, Piotr Jarzynkowski, Martyna Furman

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2022; 16(3): 102–107

Praca wpłynęła: 25.08.2022, przyjęto: 15.09.2022

Address for correspondence:

dr Agnieszka Kruk, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska, e-mail: aguul@wp.pl

### Streszczenie

**Wstęp:** Celem pracy była ocena poziomu wiedzy oraz wybranych zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem SARS-CoV-2.

**Materiał i metody:** W badaniu uczestniczyło 145 losowo wybranych respondentów z województwa pomorskiego.

Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety. Narzędzie zostało utworzone w formularzu Google. Obliczenia statystyczne wykonano z wykorzystaniem pakietu IBM SPSS Statistics 25. Weryfikację hipotez przeprowadzono na poziomie istotności  $\alpha = 0,05$ .

**Wyniki:** Stwierdzono istotny statystycznie związek między poziomem wiedzy na temat profilaktyki zakażenia wirusem SARS-CoV-2 a płcią, poziomem wykształcenia, występowaniem chorób przewlekłych oraz zasadami ochrony siebie i innych przed zakażeniem wirusem w następujących aspektach: zachowuję się jak wcześniej, nie przykładam dużej wagi do stosowania profilaktyki zakażenia, myję ręce częściej niż zwykle, zachowuję bezpieczną odległość od osób kaszlących i kichających, zawsze noszę maseczkę ochronną, jeśli źle się czuję, zostaję w domu.

**Wnioski:** Czynniki społeczno-demograficzne jak płeć męska, niski poziom wykształcenia i obecność chorób przewlekłych są istotnie związane z niższym poziomem wiedzy na temat SARS-CoV-2. Istnieje zależność pomiędzy samooceną poziomu wiedzy a przestrzeganiem zasad ochrony siebie i innych przed zakażeniem COVID-19, co oznacza, że w kampaniach można uwzględnić edukację na temat profilaktyki uczestników o niskiej samoocenie wiedzy w celu ograniczenia szerzenia się choroby.

**Słowa kluczowe:** profilaktyka, pandemia, COVID-19.

### Summary

**Introduction:** The aim of the study was to assess the level of knowledge and selected health behaviours in the field of SARS-Cov-2 infection prophylaxis

**Material and methods:** The study involved 145 randomly selected respondents from the Pomeranian region.

The study used the method of a diagnostic survey with the use of a proprietary questionnaire. The tool was created in a Google form. Statistical calculations were performed using the IBM SPSS Statistics 25 package.

**Results:** A statistically significant association was found between the variables – the level of self-assessed knowledge about prevention of SARS-CoV-2 infection and gender, the level of education, the presence of chronic diseases, and the principles of protecting oneself and others from infection with the virus in the following aspects: I behave as before, I do not pay much attention to the use of infection prevention, I wash my hands more often than usual, I keep a safe distance from people who are coughing and sneezing, I always wear a protective mask, and if I feel unwell, I stay at home.

**Conclusions:** The study confirms that socio-demographic factors such as male gender, low level of education, and the presence of chronic diseases are significantly associated with lower levels of knowledge about SARS-CoV-2. Because education of the public is a key element of acquiring knowledge and new skills to function safely in changing conditions, actions should be taken in these groups to increase awareness of the importance of preventive measures and the use of specific procedures to effectively counteract the spread of SARS-CoV-2.

**Key words:** prevention, pandemic, COVID-19.

## Wstęp

Choroby zakaźne nadal stanowią duże zagrożenie dla ludzkości. W ciągu ostatnich 20 lat panowało kilka poważnych epidemii wirusowych, między innymi grypa A/H1N1 czy zespół ostrej niewydolności oddechowej (SARS-CoV). W 2019 r. odnotowano obecność nowego wirusa wywodzącego się z rodziny koronawirusów [1, 2]. Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization* – WHO) oficjalnie opublikowała nazwę choroby wywołanej przez nowy koronawirus jako COVID-19. Pod koniec grudnia 2019 r. ogłosiła, że rozprzestrzenianie SARS-CoV-2 to zagrożenie dla zdrowia i życia ludzi. W Polsce według danych Ministerstwa Zdrowia z 24 maja 2022 r. w ciągu ostatnich 2 lat na COVID-19 zmarło ponad 116 tys. osób [3]. Z powodu braku skutecznych leków mogących powstrzymać ognisko choroby ważną rolę odgrywa profilaktyka. Konieczna jest edukacja w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa. Kluczowe znaczenie w redukcji SARS-CoV-2 mają strategie prewencyjne oraz skuteczna izolacja osób chorych [4, 5].

Wirus SARS-CoV-2 przenosi się głównie drogą powietrzną. Do zarażenia przyczyniają się kichanie, kaszel, wydzieliny błony śluzowej jamy ustnej, nosowej czy łzy. Bezpośredni kontakt z osobą zakażoną bądź przedmiotami zainfekowanymi prowadzi do szybkiej infekcji. Ważnym elementem w zapobieganiu transmisji wirusa jest profilaktyka [6–8]. Członkowie WHO opracowali główne zasady profilaktyki (tab. 1).

Celem pracy była ocena poziomu wiedzy oraz wybranych zachowań zdrowotnych w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem SARS-Cov-2.

## Materiał i metody

Badanie było realizowane od lutego do maja 2021 r. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z użyciem autorskiego kwestionariusza ankiety. Narzędzie zostało utworzone w formularzu Google. Pierwsza część ankiety dotyczyła danych demograficznych. W drugiej

**Tabela 1.** Zasady profilaktyki zakażeń wirusem SARS-CoV-2 [8]

1	Regularnie myć ręce wodą z mydłem lub czyścić je płynem do mycia rąk na bazie alkoholu
2	Zachować co najmniej 1 metr odstęp od osób kaszlących lub kichających
3	Unikać dotykania twarzy
4	Zakrywać usta i nos podczas kaszlu lub kichania
5	Pozostań w domu, jeśli źle się czujesz
6	Powstrzymać się od palenia i innych czynności, które osłabiają płuca
7	Zwiększyć fizyczny dystans, unikając niepotrzebnych podróży i trzymając się z dala od dużych grup ludzi

zawarto pytania o przekonania oraz zachowania zdrowotne zapobiegające rozprzestrzenianiu się pandemii SARS-CoV-2.

Analizie poddano 145 ankiet spośród 146 nadesłanych. Jedną ankietę wykluczono z powodu błędnego wypełnienia. Większość badanych stanowiły kobiety – ponad 60%. Średnia wieku wynosiła 35,1 roku. Niemal połowa badanych miała wykształcenie wyższe. Nieco mniej niż połowa ankietowanych mieszkała w mieście. Charakterystykę grupy badanej z uwzględnieniem cech demograficzno-społecznych przedstawiono w tabeli 2.

Wykorzystano metodę opisu statystycznego oraz średnią arytmetyczną. Do zbadania zależności między samooceną wiedzy respondentów a czynnikami społeczno-demograficznymi zastosowano test niezależności  $\chi^2$ . Wartość  $p$  (prawdopodobieństwo testu) przyjęto jako najniższy poziom istotności, przy którym sprawdzana hipoteza mogłaby być odrzucona przy danej wartości sprawdzianu. Weryfikację hipotezy o braku zależności przeprowadzono na poziomie istotności  $\alpha = 0,05$ . Obliczenia wykonano za pomocą pakietu IBM SPSS Statistics 27.

## Wyniki

Zbadano samoocenę wiedzy respondentów na temat profilaktyki zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Większość

**Tabela 2.** Struktura badanych według cech demograficzno-społecznych

Czynnik	Liczba osób (n)	Udział (%)
Płeć		
Kobiety	94	64,8
Mężczyźni	51	35,2
Wiek		
20 lat lub mniej	8	5,5
21–30 lat	69	47,6
31–40 lat	20	13,8
41–50 lat	26	17,9
51–60 lat	12	8,3
60 lat i więcej	10	6,9
Wykształcenie		
Zawodowe lub niższe	32	22
Średnie	45	31
Wyższe	68	47
Aktywność zawodowa		
Pracuje	108	74,5
Nie pracuje	37	25,5
Miejsce zamieszkania		
Wieś	86	59,3
Miasto	59	40,7

badanych – 62,8% ( $n = 91$ ), uważa, że ma wiedzę ogólną, ale jest ona niewystarczająca. Dość często zaznaczaną odpowiedzią było „wiem na tyle dużo, żeby nie obawiać się zachorowania” – 30,3% ( $n = 44$ ). Najmniej osób deklaruowało brak wiedzy w tym zakresie – 6,9% ( $n = 10$ ). Przeprowadzono analizę związku samooceny wiedzy badanych a czynnikami społeczno-demograficznymi. Wyniki przedstawia tabela 3.

Pośród uwzględnionych w badaniu czynników społeczno-demograficznych istotny statystycznie związek z poziomem samooceny wiedzy na temat profilaktyki zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wystąpił w przypadku płci ( $p = 0,001$ ), poziomu wykształcenia ( $p = 0,004$ ) oraz występowania chorób przewlekłych ( $p = 0,029$ ). Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku z wiekiem, aktywnością zawodową i miejscem zamieszkania.

Zbadano, jak respondenci chronią siebie i innych przed zakażeniem SARS-CoV-2. Wyniki przedstawiono według najczęściej występujących pożądanych zachowań. Wyniki przedstawiono w tabeli 4.

Najczęściej wskazywanym jako przestrzegany jest nakaz zachowywania bezpiecznej odległości. Bezpieczną odległość od osób kaszlących i kichających stara się zachować 80,7% ( $n = 106$ ). Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „raczej tak”. Drugie pod względem

częstości przestrzegania jest zalecenie, aby osoby chore pozostawały w domu. W przypadku złego samopoczucia 77,2% ( $n = 112$ ) zostaje w domu. Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „zdecydowanie tak”. Noszenie maseczki jest na trzecim miejscu – 73,1% ( $n = 117$ ) badanych osób nosi maseczkę ochronną, a co trzecia osoba przestrzega takiego zachowania zdecydowanie. Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „raczej tak”. Większość osób biorących udział w badaniu zachowuje się inaczej niż przed pandemią – 69,0% ( $n = 100$ ). Najmniejszy był udział osób, których zachowanie w czasie pandemii nie zmieniło się i deklarowali, że zdecydowanie zachowują się jak wcześniej – 9,0% ( $n = 13$ ). Taki sam był udział osób wybierających odpowiedź „raczej nie” i „zdecydowanie nie”. Zdecydowana większość respondentów – 62,0% ( $n = 90$ ), myje ręce częściej niż zwykle. Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „raczej tak”. Najmniejszy był udział osób zdecydowanie nie myjących rąk częściej niż wcześniej – 9,7% ( $n = 14$ ). Ponad połowa badanych – 58,0% ( $n = 84$ ), do mycia rąk używa wody z mydłem i środka dezynfekującego na bazie alkoholu. Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „raczej tak”. Jednym z dwóch najmniej restrykcyjnie przestrzeganych zaleceń jest ograniczenie spotkań rodzinnych i przebywanie w większych skupiskach. Wśród badanych stosuje się do tego zalecenia 52,4% ( $n = 76$ ). Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „raczej tak”. Najmniej restrykcyjnie przestrzegany zaleceniem jest wychodzenie z domu tylko z konieczności. Odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak” stanowiły łącznie 50,3% ( $n = 73$ ) wszystkich wskazań. Najczęściej wybieraną odpowiedzią było „raczej tak”.

Zbadano, czy istnieje korelacja między samooceną wiedzy społeczeństwa na temat profilaktyki zakażeń wirusem SARS-CoV-2 a zasadami ochrony siebie i innych przed zakażeniem tym wirusem. Wyniki przedstawia tabela 5.

Istotny statystycznie związek między samooceną wiedzy społeczeństwa na temat profilaktyki zakażeń wirusem SARS-CoV-2 a zasadami ochrony siebie i in-

**Tabela 3.** Samoocena wiedzy respondentów na temat profilaktyki zakażenia wirusem SARS-CoV-2 a wybrane czynniki społeczno-demograficzne

Czynnik	$\chi^2$	$p$
Płeć	14,582	0,001
Wiek	14,860	0,137
Poziom wykształcenia	15,498	0,004
Aktywność zawodowa	1,456	0,483
Miejsce zamieszkania	2,698	0,260
Choroby przewlekłe	7,053	0,029

**Tabela 4.** Stosowanie pożądanych zasad ochrony przed zakażeniem SARS-CoV-2

Zasady ochrony przed zakażeniem	Zdecydowanie tak, $n$ (%)	Raczej tak, $n$ (%)	Raczej nie, $n$ (%)	Zdecydowanie nie, $n$ (%)
Zachowuję bezpieczną odległość od osób kaszlących i kichających	35,9 (52)	44,8 (65)	7,6 (11)	9,0 (13)
Jeśli źle się czuję, zostaję w domu	39,3 (57)	37,9 (55)	8,3 (12)	12,4 (18)
Zawsze noszę maseczkę ochronną	33,8 (49)	39,3 (57)	12,4 (18)	12,4 (18)
Zachowuję się jak wcześniej, nie przykładam dużej wagi do stosowania profilaktyki zakażenia	9,0 (13)	16,6 (24)	34,5 (50)	34,5 (50)
Myję ręce częściej niż zwykle	30,3 (44)	31,7 (45)	22,8 (33)	9,7 (14)
Do mycia rąk używam wody z mydłem i środka dezynfekującego na bazie alkoholu	22,1 (32)	35,9 (52)	24,8 (36)	13,1 (19)
Ograniczam spotkania rodzinne oraz staram się nie przebywać w większych skupiskach ludzi	15,2 (22)	37,2 (54)	31,0 (45)	13,8 (20)
Wychodzę z domu tylko wtedy, kiedy muszę	18,6 (27)	31,7 (46)	31,0 (45)	15,9 (23)

**Tabela 5.** Związek między samoocena wiedzy społeczeństwa na temat profilaktyki zakażeń wirusem SARS-CoV-2 a zasadami ochrony siebie i innych przed zakażeniem tym wirusem

Zasada ochrony	$\chi^2$	<i>p</i>
Zachowuję się jak wcześniej, nie przykładam dużej uwagi do stosowania profilaktyki zakażenia	19,541	0,003
Myję ręce częściej niż zwykle	42,448	< 0,001
Do mycia rąk używam wody z mydłem i środka dezynfekującego na bazie alkoholu	9,123	0,323
Zachowuję bezpieczną odległość od osób kaszlących i kichających	23,417	0,003
Zawsze noszę maseczkę ochronną	22,558	0,004
Wychodzę z domu tylko wtedy, kiedy muszę	11,423	0,179
Ograniczam spotkania rodzinne oraz staram się nie przebywać w większych skupiskach ludzi	8,766	3,362
Jeśli źle się czuję, zostaję w domu	24,531	0,002

nych przed zakażeniem tym wirusem wystąpił w następujących aspektach: zachowuję się jak wcześniej, nie przykładam dużej wagi do stosowania profilaktyki zakażenia ( $p = 0,003$ ), myję ręce częściej niż zwykle, zachowuję bezpieczną odległość od osób kaszlących i kichających ( $p < 0,001$ ), zawsze noszę maseczkę ochronną ( $p = 0,003$ ) oraz jeśli źle się czuję, zostaję w domu ( $p = 0,002$ ).

## Dyskusja

Wirusy SARS-CoV i MERS-CoV mają duży potencjał epidemiologiczny. Z powodu powierzchownej wiedzy na temat tego groźnego dla zdrowia patogenu każdy przypadek powinien być zgłaszany do WHO. Migracje ludzi sprawiają, że zagrożenie w wyniku infekcji wirusem są możliwe przez cały czas. Przykładem jest COVID-19, którego ognisko pojawiło się w Chinach w prowincji Wuhan pod koniec 2019 r. i w bardzo krótkim czasie wirus rozprzestrzenił się na cały świat. W związku z ogromnym zasięgiem choroby, dużą zachorowalnością, wysoką śmiertelnością, a także brakiem leków czy środków zapobiegających chorobie ważną rolę zaczęła odgrywać profilaktyka. Wysoka świadomość społeczeństwa na temat prewencji zakażenia okazała się kluczowa w zahamowaniu szerzenia się wirusa, a przez to ograniczeniu oraz zminimalizowaniu komplikacji czy groźnych dla zdrowia konsekwencji [8].

W badaniu oceniającym poziom wiedzy oraz zachowań społeczeństwa na temat profilaktyki zakażeń wirusem SARS-CoV-2 wzięło udział 145 respondentów. W sondażu wykorzystano pytania o dane socjodemograficzne oraz kliniczne (obecność chorób przewlekłych). Arkusz uwzględniał także pytania dotyczące wiedzy na temat prewencji zakażenia COVID-19 i kwestii dotyczących sposobów ochrony siebie i innych przed infekcją.

Na podstawie analizy statystycznej przeprowadzonego badania stwierdzono, że większość osób – 62,8%, oceniło swoją wiedzę na poziomie ogólnym, ale niewystarczającym, najmniej było osób, których samoocena

była na poziomie zerowym – w ogóle nie mieli pojęcia. Podobne wnioski można znaleźć w badaniu opinii społecznej przeprowadzonym przez Kantar na zamówienie firmy Bayer w 2020 r. dotyczącym określenia zainteresowania społeczeństwa globalnymi problemami, w tym zdrowotnymi [9]. Największe zainteresowanie badanych wzbudzała tematyka dotycząca koronawirusa, a poziom wiedzy został określony jako przeciętny. Respondenci zauważyli, że wprawdzie częściej przekazywane są informacje dotyczące COVID-19 niż innych problemów globalnych, jednak są to informacje niewłaściwie rozpowszechniane, ogólne i powtarzane w różnych mediach w dokładnie ten sam sposób, co jest przyczyną niewystarczającej wiedzy [9].

Podobne badania na temat oceny wiedzy zachowań profilaktycznych społeczeństwa przeprowadzone zostały przez Al-Hanawi i wsp. wśród ludności Arabii Saudyjskiej [10]. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące zachowań profilaktyki zakażeń wirusa SARS-CoV-2. Wśród pytań oceniających zachowania włączono pytania o utrzymywany dystans społeczny, ograniczenia spotkań towarzyskich czy praktykowanie częstszego mycia rąk. Do badań zostały włączone osoby pomiędzy 18. a 60. rokiem życia. Poznanie stanu wiedzy społeczeństwa jest pierwszym stopniem do zaimplementowania odpowiednich działań edukacyjnych. Znajomość podstawowych informacji na temat przyczyn i źródeł transmisji wirusa zwiększa prawdopodobieństwo, że populacja stanie się bardziej świadoma i zacznie zwracać szczególną uwagę na zalecenia w zakresie stosowania środków ochronnych oraz podejmowania odpowiednich działań w tym celu. Wyniki badań sugerują, że należy skupić się na edukowaniu osób starszych oraz mężczyzn. Spostrzeżenie to może być pomocne dla decydentów określających grupy docelowe [10].

W badaniu własnym zaobserwowano istotną zależność pomiędzy wiedzą a praktycznym jej zastosowaniem w ochronie siebie i innych przed zakażeniem. Podobne wyniki uzyskali i opublikowali Siddiqui i wsp. [11]. Przeanalizowali odpowiedzi na pytania dotyczące ograniczenia wychodzenia z domu. Znaczna część ba-

danych, którzy byli bardziej uświadomieni, przestrzegała zaleceń. Zaledwie 5% ankietowanych mających odpowiednią wiedzę nie stosowało się do wytycznych, w badaniu własnym było to ponad 20%. Pytając o zachowanie bezpiecznej odległości, wyniki badań oraz analizy własnej były zbliżone – osoby z dużą wiedzą zdecydowanie bardziej restrykcyjnie podchodziły do problemu niż osoby bez wiedzy na dany temat. Jednocześnie omawiane badanie wskazało więcej osób, które pomimo niewystarczającego poziomu wiedzy starały się zachowywać odstęp od innych.

W omawianym materiale zapytano o częstotliwość mycia rąk i wykazano, iż osoby z wyższym poziomem wiedzy bardziej respektują wytyczne. Udowodniono, że wszyscy badani nie myją częściej rąk niż przed pandemią.

Wśród respondentów badanych w Arabii Saudyjskiej niewielki procent wykonuje tę czynność systematyczniej niż zwykle [11]. Nieoczekiwanie relatywnie największy udział osób nie stosujących się do zaleceń został odnotowany w grupach, które posiadały zadowalający poziom wiedzy na temat wirusa SARS-CoV-2, jak i na temat metod oraz sposobów zapobiegania chorobie [11]. Wyniki były zbieżne.

Wśród Polaków również przeprowadzone zostały badania oceniające postawę wobec pandemii COVID-19. Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) przeprowadziło badanie na próbie losowej piętnoletnich mieszkańców kraju. Pierwsze badanie zrealizowano na przełomie maja i czerwca 2020 r. [12]. Po około 2 miesiącach, w sierpniu 2020 r., wykonano drugie badanie i zwerifikowano zmiany w zachowaniu [13]. W obu analizach wskazano, że najczęściej wykonywaną czynnością w celu zminimalizowania ryzyka zakażenia było częstsze mycie rąk. Po 2 miesiącach liczba osób przestrzegających tę zasadę zmniejszyła się jedynie o 6% [12, 13]. W badaniach własnych była to jedna z mniej przestrzeganych rekomendacji, a odsetek osób deklarujących częstsze mycie rąk to 62% badanych. Niepokojący jest fakt, iż w ciągu pół roku od 2. fazy badania CBOS zauważono znaczny spadek częstotliwości dbania o higienę rąk o niemal 30%.

Następnym przestrzeganym zaleceniem według CBOS było utrzymywanie co najmniej dwumetrowej odległości od innych. Jest to kolejny wynik, w którym nastąpił spadek procentowy. W maju odległość tę starano się zachować 90% badanych, w sierpniu 87% [12, 13].

W badaniu własnym rekomendacja dotycząca zachowywania odległości od innych okazała się najczęściej przestrzegana przez badanych i wynosiła 81%. Noszenie maseczek ochronnych deklarowała również duża grupa – ok. 73% respondentów. Na ostatnim miejscu znalazło się zalecenie wychodzenia z domu tylko w nagłej potrzebie – aprobatę wyraziło zaledwie 50% badanych.

W badaniach CBOS oceniono również noszenie maseczek [12, 13]. W maju zakrywanie nosa oraz ust zadekla-

rowało 78% badanych. Mimo nakazu noszenia maseczki oraz konsekwencji wynikających z jego nieprzestrzegania (kary pieniężne), nadal obserwowano spadek procentowy stosowania się do tego polecenia [13].

Przez pół roku zmalała też liczba osób ograniczających spotkania rodzinne oraz unikających przebywania w skupiskach ludzi. W badaniach CBOS z maja aż 81% respondentów ograniczało życie towarzyskie, w sierpniu było to 60% [12, 13]. W analizie własnej zalecenie to zajęło przedostatnie miejsce wśród najczęściej występujących pożądaných zachowań. Od marca do maja 2021 r. zaledwie 52% badanych obawiało się spotkań towarzyskich.

Działania takie, jak wprowadzanie aplikacji Kwarantanna domowa czy STOP COVID – ProteGo Safe, wysyłanie personalizowanych wiadomości mobilnych o obowiązujących obostrzeniach i zagrożeniach, kampanie edukacyjne czy reklamy w mediach społecznościowych w pewnym stopniu spełniły swe zadanie i wpłynęły na świadomość społeczeństwa oraz ogólny poziom wiedzy. Włączenie się w działania profilaktyczne osób publicznych, przedstawicieli środowisk medycznych w dużym stopniu wpłynęło na zmianę postaw społeczeństwa w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem SARS-CoV-2.

W wielu krajach na świecie obserwuje się pozytywne oddziaływanie profilaktyki na spadek zachorowalności [7, 14, 15]. Koniecznym jest zatem podejmowanie kolejnych działań w celu zaangażowania społeczeństwa w zwalczanie choroby. Rezultaty przeprowadzonych badań dowodzą, że warto realizować kampanie i przeciwdziałać nieprawdziwym wiadomościom dotyczącym pandemii. Kluczowym może się okazać odwoływanie się do prospołecznych motywów: zwracanie uwagi na to, że poprzez przestrzeganie wytycznych, stosowanie profilaktyki, szczepienia pomagamy też innym ludziom, chronimy przed zakażeniem nie tylko siebie, lecz rodzinę, znajomych, a nawet całe społeczeństwo i pomagamy w eradykacji choroby.

## Wnioski

Czynniki społeczno-demograficzne takie, jak płeć męska, niski poziom wykształcenia i występowanie chorób przewlekłych są istotnie związane z niższym poziomem wiedzy na temat SARS-CoV-2.

Istnieje zależność pomiędzy poziomem wiedzy a przestrzeganiem zasad ochrony siebie i innych przed zakażeniem COVID-19. Osoby z większą wiedzą bardziej przestrzegają tych zaleceń. Należy podjąć działania zwiększające w tych grupach znaczenie zachowań profilaktycznych i stosowania określonych procedur.

---

*Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

### Piśmiennictwo

1. Gawda P, Zieliński G, Zawadka M i wsp. Trening zdrowia – czyli o przygotowaniu organizmu do walki z COVID-19. *Pol J Public Health* 2019; 129: 132-137.
2. Welz A, Breś-Targowska A. Koronawirus – aktualny problem medyczny i społeczny. *Farm Pol* 2020; 76: 259-268.
3. <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2> (26.05. 2022).
4. Zawilińska B, Szostek S. Koronawirusy o niskiej i wysokiej patogenności, zakażające człowieka. *Zakażenia XXI W* 2020; 3: 1.
5. Guo Y, Cao QD, Hong ZS i wsp. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Mil Med Res* 2020; 7: 11.
6. Umakanthan S, Sahu P, Ranade A i wsp. Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Postgrad Med J* 2020; 96: 753-758.
7. Danielak M, Dziemidok P. Koronawirus – SARS-CoV-2 – zapobieganie zakażeniom – doświadczenia własne. *Med Ogólna Nauki Zdr* 2021; 27: 7-12.
8. [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_2) (31.03.2021).
9. <https://www.bayer.com/pl/pl/media/barometr-bayer-2020-nauka-czy-intuicja-wiedza-czy-poglady> (09.05.2021).
10. Al-Hanawi MK, Angawi K, Alshareef N i wsp. Knowledge, attitude and practice toward COVID-19 among the public in the Kingdom of Saudi Arabia: a cross-sectional study. *Front Public Health* 2020; 8: 217.
11. Siddiqui AA, Alshammary F, Amin J i wsp. Knowledge and practice regarding prevention of COVID-19 among the Saudi Arabian population. *Work* 2020; 66: 767-775.
12. Pankowski K. Postawy wobec epidemii koronawirusa na przełomie maja i czerwca. Komunikat z badań CBOS. *CBOS* 2020; 73: 1-10.
13. Cybulska A, Pankowski K. Zmiany w zachowaniach przeciwepidemicznych Polaków. Komunikat z badań CBOS. *CBOS* 2020; 42: 1-7
14. Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, Ayub SH, Mohamad E. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: a cross-sectional study in Malaysia. *PloS ONE* 2020; 15: 1-15.
15. Shi Y, Wang J, Yang Y i wsp. Knowledge and attitudes of medical staff in Chinese psychiatric hospitals regarding COVID-19. *Brain Behav Immun Health* 2020; 4: 100064.