



Od szczepionek do szczepień

Jak skutecznie włączać społeczeństwo w walkę z pandemią?

Cytowanie:

Trojanowska, M., Wincewicz-Price, A., Zyzik, R. (2021), *Od szczepionek do szczepień. Jak skutecznie włączyć społeczeństwo w walkę z pandemią?*, Policy Paper, nr 2, Polski Instytut Ekonomiczny, Warszawa.

Warszawa, kwiecień 2021 r.

Autorzy: Maja Trojanowska, Agnieszka Wincewicz-Price, Radosław Zyzik

Redakcja merytoryczna: Piotr Arak, Andrzej Kubisiak

Redakcja: Jakub Nowak, Małgorzata Wieteska

Projekt graficzny: Anna Olczak

Współpraca graficzna: Liliana Gałązka, Tomasz Gałązka, Sebastian Grzybowski

Polski Instytut Ekonomiczny

Al. Jerozolimskie 87

02-001 Warszawa

© Copyright by Polski Instytut Ekonomiczny

ISBN 978-83-66698-26-0

Spis treści

Kluczowe liczby.....	4
Kluczowe wnioski.....	6
Wprowadzenie	8
Rozdział 1. Krótka historia szczepień przeciwko COVID-19	10
Rozdział 2. Czy Polacy chcą się szczepić – co powstrzymuje nieprzekonanych?.....	15
Rozdział 3. Dyskusja	39
Rozdział 4. Rekomendacje	44
Podsumowanie	48
Bibliografia	49
Aneks. Kwestionariusz badania ilościowego.....	52
Spis infografik, rysunków i wykresów	60

Kluczowe liczby

16,57

liczba podanych w Polsce dawek szczepionki przeciwko COVID-19 w przeliczeniu na 100 mieszkańców do 31.03.2021.

16,97

liczba podanych w Unii Europejskiej dawek szczepionki przeciwko COVID-19 w przeliczeniu na 100 mieszkańców do 31.03.2021.

Blisko 60 proc.

niezaszczepionych i niezarejestrowanych na szczepienie Polaków, którzy przed końcem lutego nie potrafili jednoznacznie określić, czy chcą poddać się szczepieniu przeciwko COVID-19 (suma odpowiedzi raczej tak, raczej nie, trudno powiedzieć).

60-80 proc.

szacowany przedział wartości odsetka zaszczepionych osób dorosłych zapewniającego odporność populacyjną.

27 proc.

niezaszczepionych i niezarejestrowanych na szczepienie Polaków, którzy przed końcem lutego byli przeciwni szczepieniom przeciwko COVID-19.

31 proc.

osób niezdecydowanych, które ze względu na swój wiek lub stan zdrowia nie wiedzą, czy powinny poddać się szczepieniu.

46 proc.

osób niezdecydowanych wskazujących powikłania zdrowotne jako główne źródło obaw związanych ze szczepieniami.

52 proc.

osób niezdecydowanych, które nie uznają wypowiedzi żadnej z osób publicznych w kontekście decyzji o zaszczepieniu się.

26 proc.

osób przekonanych do zaszczepienia w grupie osób z doświadczeniem hospitalizacji kogoś z otoczenia z powodu koronawirusa.

48 proc.

osób przeciwnych, czerpiących wiedzę na temat szczepień przeciwko COVID-19 z mediów społecznościowych.

Ponad 50 proc.

Polaków nie akceptuje pomysłu przyznania jakichkolwiek przywilejów osobom zaszczepionym.

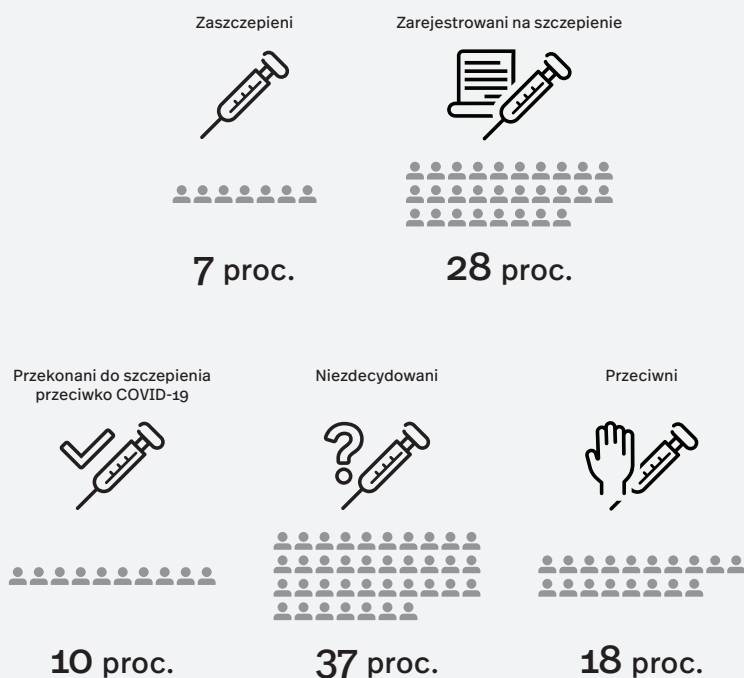


Kluczowe wnioski

→ Wyniki badania PIE przeprowadzonego w drugiej połowie lutego 2021 r. umożliwiły określenie struktury oraz skali postaw wobec szczepień przeciwko COVID-19. Z badania wynika, że do 22.02.2021

zaszczepiło się 7 proc. populacji, a kolejne 28 proc. zarejestrowało się na szczepienie, 10 proc. jeszcze się nie zarejestrowało, ale chce się zaszczepić, pozostałe 37 proc. stanowią osoby niezdecydowane.

→ Rysunek 1. Struktura zachowań i postaw wobec szczepień przeciwko COVID-19



Źródło: opracowanie własne PIE.

→ Przekonani do szczepień to najczęściej osoby starsze, mężczyźni i mieszkańcy większych miast. Przeciwników jest najwięcej w najmłodszych grupach wiekowych, wśród kobiet i mieszkańców mniejszych miejscowości.

→ Skłonność do szczepień jest wyraźnie wyższa wśród osób, które w swoim otoczeniu zetknęły się z chorobą COVID-19, zwłaszcza jeśli zarażeni znajomi lub krewni wymagali hospitalizacji. Przekonanie do szczepień przeciwko

COVID-19 zwiększa również doświadczenie przyjmowania dobrowolnej szczepionki przeciwko grypie.

- Wątpliwości niezdecydowanych budzą przede wszystkim krótko- i długofalowe konsekwencje zdrowotne, rekordowo szybki proces wyprodukowania szczepionek oraz ich potencjalna nieskuteczność. Wątpliwości zbiegają się z niskim poziomem zaufania do producentów szczepionek i rządu oraz niskim poziomem akceptacji argumentów przytoczanych przez ekspertów. Głosy kwestionujące szczepionki jako takie były bardzo nieliczne.
- Najczęściej przywoływanym źródłem wiedzy na temat szczepionek przeciwko COVID-19 jest telewizja oraz artykuły na internetowych stronach informacyjnych. Z informacjami dotyczącymi potencjalnych skutków ubocznych lub szkodliwości szczepionki zetknęła się nieco ponad połowa osób. Ich źródłem były wyszukiwane we własnym zakresie materiały popularnonaukowe lub publicystyczne.
- Blisko połowa badanych nie jest zainteresowana argumentami żadnych

autorytetów. Wśród wykorzystanych w badaniu wypowiedzi autorytetu medycznego, papieża i ministra zdrowia, największe uznanie budzi argument zdrowotny wyrażany przez lekarza.

- Wrażliwy charakter problematyki szczepień wymaga kompleksowego zrozumienia różnych postaw, a odpowiedzialne podejście decydentów do tego zagadnienia pomoże im budować zaufanie społeczne, tak bardzo istotne we wszystkich działaniach zmierzających do wygaszenia pandemii.
- Proponowane rekomendacje uwzględniają przede wszystkim zestaw działań wspierających indywidualne procesy decyzyjne przez wyposażenie ludzi w wiedzę, która pomoże im podjąć decyzję dostosowaną do ich potrzeb. Kluczowe są: pełna informacja (o korzyściach i zagrożeniach), precyzyjne zdefiniowanie czynników ryzyka, wyrozumiałość dla niezdecydowanych, sprawna organizacja, elastyczność i szybkie reagowanie na nowe fakty oraz ostrożność w uprzywilejowywaniu zaszczepionych.



Wprowadzenie

Wirus SARS-CoV-2 od ponad roku destabilizuje życie społeczne i gospodarcze. Jednocześnie stanowi najpoważniejsze zagrożenie dla systemu zdrowia publicznego w Polsce w ostatnich kilkudziesięciu latach. I choć lekarze coraz lepiej rozumieją przebieg choroby COVID-19 i potrafią efektywniej leczyć pacjentów, to ciągle nie ma skutecznych leków gwarantujących łagodniejszy przebieg choroby.

Akceptowana i wdrażana w pierwszych miesiącach pandemii strategia szybkich i skutecznych obostrzeń skutkujących ograniczeniem transmisji wirusa i następujących po nich długich okresach „nowej normalności”, nie okazała się tak skuteczna jak to się mogło początkowo wydawać. Trudno jest zidentyfikować właściwy moment do wprowadzenia restrykcji epidemicznych i ich pożądany zakres. Analogicznie trudno jest również wybrać właściwy moment ich zniesienia, tak aby zrównoważyć negatywne społeczno-gospodarcze skutki ograniczeń i ryzyko ponownego wzrostu zakażeń. Po kilkunastu miesiącach oczekiwania na koniec pandemii ludzie są zmęczeni, coraz mniej chętnie stosują się do restrykcji (WHO, 2020a; Ki Kim, Crimmins, 2020). W związku z tym należy liczyć się z coraz mniejszą skutecznością każdego z kolejnych mniej lub bardziej restrykcyjnych *lockdownów*, zwłaszcza jeżeli do kosztów psychologicznych zaczynają dołączać ekonomiczne. Na oba aspekty zwracali uwagę Brytyjczycy i Szwedzi, najdłużej opierający się tego typu rozwiązaniom – już na samym początku pandemii (Randerson, 2020; Sibony, 2020). Stopniowo zaczęli doświadczać ich mieszkańcy niemal wszystkich krajów dotkniętych pandemią (Goldstein, Yeyati, Sartorio, 2021).

Wobec niewyobraźnego scenariusza konieczności utrzymania trudnych dla społeczeństwa i gospodarki warunków funkcjonowania,

już na pierwszym etapie wprowadzanych na całym świecie restrykcji panowało powszechne przekonanie, że jedynym narzędziem pozwalającym na efektywną walkę z pandemią jest szczepionka. Wiele miesięcy intensywnych badań uwierzyło dopuszczenie w UE na przełomie 2020 i 2021 roku aż trzech preparatów wyprodukowanych przez amerykańskie firmy Pfizer-BioNTech i Moderna oraz brytyjsko-szwedzki koncern AstraZeneca. Wkrótce listę zatwierdzonych preparatów wydłużyła szczepionka firmy Johnson&Johnson. Równoległe z pierwszymi doniesieniami o wynalezieniu skutecznej szczepionki na całym świecie – również w Polsce – zaczęto organizować krajowe programy szczepień. Przedsięwzięcie to jest niewątpliwie dużym wyzwaniem logistycznym, ale także – o czym traktuje to opracowanie – behawioralnym, a w pewnym sensie także społecznym. Dobrowolność przyjęcia szczepionki oznacza bowiem, że warunkiem powodzenia akcji szczepień – przy założeniu, że skuteczność nowych preparatów w unieszkodliwianiu wirusa wykazana na pierwszych etapach badań klinicznych znajdzie potwierdzenie w skali całych populacji – jest gotowość ludzi do zaszczepienia się.

Dotychczasowy przebieg całego procesu w wielu państwach pokazuje, że gotowość ta nie wszędzie jest zgodna z oczekiwaniami rządzących (Zalan, 2021). W istocie mamy do czynienia z kontinuum postaw. Po jednej stronie znajdują się osoby, które pozytywnie oceniają wszystkie szczepionki i szczepią się nimi chętnie, a po drugiej stronie znajdują się osoby odrzucające możliwość szczepienia jakimikolwiek szczepionkami. Między nimi są osoby, które dopuszczają szczepienia, ale tylko wybranymi preparatami, osoby

niezdecydowane, które odsuwają w czasie moment szczepienia. Są też takie, które odrzucają kategorię tylko niektóre z dostępnych szczepionek. Wobec różnego rodzaju nowych informacji o sukcesach i porażkach szczepień postawy proaktywne zmieniają się na sceptyczne i odwrotnie. W ramach jednej grupy wcale nie muszą być stałe (HCCBC, 2020). Nie ma również gwarancji, że osoby, które zadeklarowały chęć zaszczepienia, rzeczywiście to zrobią.

W opublikowanych w grudniu 2020 r. wynikach badań można przeczytać, że w Szwecji 49 proc. kobiet 31 proc. mężczyzn nie planuje się szczepić. Wyniki badań przeprowadzonych we Francji dowodzą, że 47 proc. respondentów w wieku 18-44 i 56 proc. respondentów o niskich dochodach nie jest zainteresowanych szczepieniami (KEKST CNC, 2020). W raporcie z marca 2021 r. można jednak odnotować wzrost postaw proszczepionkowych. Na przykład w Szwecji ogólny odsetek osób chcących się szczepić i deklarujących, że prawdopodobnie się zaszczepi, wyniósł aż 76 proc. (wzrost z 16 proc.), we Francji 59 proc. (wzrost z 45 proc.), a w USA odnotowano wzrost z 58 proc. do 64 proc. chętnych respondentów (KEKST CNC, 2021). W Japonii najmniej skłonne do zaszczepienia są osoby starsze, a w Bułgarii 43 proc. osób deklaruje, że się nie zaszczepi na COVID-19 (Nikolov, 2021). Wyjątkowo niskie zainteresowanie szczepieniami jest w Hongkongu (Marlow, Hong, 2021).

Sceptycyzm ten antycypowały liczne ośrodki naukowe specjalizujące się w przekuwaniu wyników badań psychologiczno-społecznych na rekomendacje dla decydentów różnych dziedzin życia społeczno-gospodarczego. Tym razem zaangażowanie dotyczyło opracowania obszernych i szczegółowych katalogów działań wartych rozważenia i ewentualnego podjęcia w przypadku niewystarczającego zainteresowania ludzi szczepionkami. Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała tego typu rekomendacje już w październiku 2020 r., zanim pojawiły się pierwsze

doniesienia prasowe o pozytywnych wynikach badań klinicznych nad nowo wyprodukowanymi szczepionkami (WHO, 2020b). W tej i innych podobnych publikacjach wykorzystano doświadczenia poprzednich epidemii oraz badań nad źródłami postaw antyszczepionkowych, przewidując podobną, jeśli nie większą skalę sceptycyzmu wobec nowych preparatów przeciwdziałających zachorowaniom na COVID-19 (HCCBC, 2020; BIT UK, 2020; Ansons, Strong, 2020, BEWorks, 2021).

W niniejszym opracowaniu w dużej mierze dokonaliśmy podobnej analizy w odniesieniu do polskiego kontekstu i wykorzystaliśmy część zgromadzonych już w innych publikacjach propozycji zmobilizowania nieprzekonanych i wątpiących do wspólnego wysiłku. Opieraliśmy się przy tym na danych pochodzących z badania ankietowego przeprowadzonego na reprezentatywnej próbie dorosłych Polaków, mającego na celu zidentyfikowanie ich postaw wobec szczepionek przeciwko COVID-19 i czynników kształtujących te postawy oraz skali niepewności osób niezdecydowanych. Analiza zgromadzonych danych oraz interdyscyplinarnych opracowań ekspertów nauk behawioralnych pozwoliła na wypracowanie zestawu rekomendacji dla podmiotów odpowiedzialnych za organizację szczepień w Polsce, w szczególności w zakresie włączania niechętnych i niepewnych w ogólnospołeczny proces przywracania normalności. W przeciwieństwie do większości opracowań behawioralnych dotyczących szczepień przeciwko COVID-19, wobec wydarzeń i doniesień ekspertów ostatnich tygodni, które tworzą szczególnie trudny kontekst dla jednoznacznej akcji promocyjnej na rzecz szczepionek, przyjęliśmy nieco inną perspektywę. Wskazujemy bowiem na proces szczepień jako jeden z elementów szerszego instrumentarium walki z pandemią, a nie jej jedyne i wystarczające narzędzie, modyfikując nieco przyjmowane dotąd założenia specjalistów nauk behawioralnych.

Rozdział 1.

Krótką historia szczepień przeciwko COVID-19

Przebieg akcji szczepień na świecie jest niemal równie dramatyczny co przebieg samej pandemii. Produkowane w rekordowym tempie preparaty kolejnych firm zostały dopuszczone do użytku warunkowo, ponieważ do zakończenia pełnego cyklu badań klinicznych pozwalających na wykluczenie niepożądanych działań w różnych wrażliwych grupach potrzeba jeszcze wielu miesięcy. Jednak wstępne dane o skuteczności i bezpieczeństwie szczepionek uznano za wystarczający argument pozwalający na podjęcie próby wykorzystania ich w walce z wirusem. Decydująca okazała się uniwersalna i wszechobecna we współczesnej polityce publicznej zasada przewagi przewidywanych korzyści nad ewentualnymi kosztami. Autoryzacja szczepionki przez stosowne instytucje szybko zmieniła postawy wielu sceptyków, którzy wcześniej deklarowali brak zainteresowania eksperymentalną szczepionką. Ograniczone zasoby dostępnych preparatów w pierwszej kolejności przeznaczono dla grup powszechnie uznawanych za najbardziej narażone na zarażenie lub groźne czy niepożądane skutki zachorowania – zgodnie z zaleceniami WHO (2020a). Od początku zakładano jednak, że w niedługim czasie, wraz z pojawianiem się kolejnych preparatów, akcja szczepień rozszerzy swój zasięg na niespotykaną dotąd skalę, a szczepionka będzie dostępna dla zdecydowanej większości populacji.

Po pierwszej fali euforii, jaką przyniosły doniesienia o rozpoczęciu programów szczepień w kolejnych krajach, w tym w Polsce, przyszło pierwsze rozczarowanie związane z niewy-

wiązywaniem się producentów szczepionek z dostawą zadeklarowanych w umowach. W rezultacie ambitne plany zaszczepienia najbardziej narażonych na poważne skutki zachorowania osób w jak najszybszym czasie musiały zostać zweryfikowane. Wkrótce na horyzoncie pojawił się kolejny znak zapytania, kiedy kilka państw – wbrew zaleceniom WHO – podjęło decyzję o nieszczepieniu osób powyżej 65. roku życia preparatem wyprodukowanym przez brytyjską firmę AstraZeneca z powodu braku danych na temat jej skuteczności w przypadku tej grupy wiekowej. Niechętny tej szczepionce był często sam personel medyczny, który uznawał przewagę konkurencyjnych preparatów wyprodukowanych przez Pfizera-BioNTech i Modernę. Wskutek różnic w ocenie jakości i skuteczności poszczególnych szczepionek, mimo ich ograniczonych zasobów, pod koniec lutego w Niemczech wykorzystano jedynie 15 proc. z dostępnych dawek szczepionki AstraZeneca, w całej Unii Europejskiej jedynie jedna na pięć z dostarczonych dawek szczepionki została wykorzystana (dane z 25.02.2021), a np. w Belgii jedynie 5 proc. (Hope, 2021).

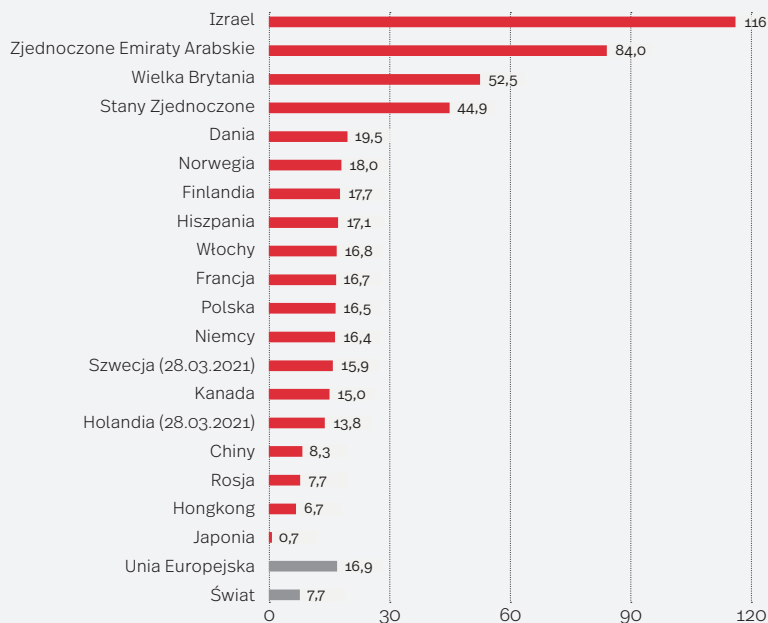
Polska nie zaprzestała szczepienia osób powyżej 65. roku życia brytyjskim preparatem. Nie wycofała się też z jego stosowania podczas kolejnego kryzysu. Po niespełna trzech miesiącach intensywnej akcji szczepień, w połowie marca 2021 r. kilkanaście państw wstrzymało podawanie oksfordzkiej szczepionki (m.in. Francja, Niemcy, Norwegia, Holandia, a ostatnio Kanada). Powodem były doniesienia z kilku krajów o zgonach osób, które otrzymały tę szczepionkę.

Bezpośrednią przyczyną zgonów były zakrzepy, których pojawianie się wiązano ze szczepieniami. Wprawdzie Światowa Organizacja Zdrowia zapewniała, że nie ma podstaw do uznania brytyjskiej szczepionki za przyczynę zakrzepów i wywołanych nimi zgonów, podtrzymując swoje stanowisko o przewadze korzyści nad ryzykiem (WHO, 2021). Podobny komunikat wydała Europejska Agencja Leków (EMA, 2021). Jednak niepewność i chaos informacyjny towarzyszący decyzjom kolejnych krajów o zawieszeniu szczepień, zasiały niepokój wśród wielu osób zdecydowanych dotąd na szczepienie i sprawiły, że część z nich zrezygnowała z zarezerwowanej dla nich dawki. Kraje skandynawskie natomiast domagają się wpisania powikłań zakrzepowych na listę niepożądanych skutków poszczepiennych.

Nie jest zatem przypadkiem, że na mapie krajów o najwyższym jak dotąd poziomie zaszczepienia znajdują się te, które nie doświadczyły

ani problemów logistycznych ani nie zwątpiły w bezpieczeństwo szczepionek: Izrael, Wielka Brytania, USA (wykres 1). Zdecydowanym liderem akcji szczepień jest Izrael, który do końca marca wykorzystał 116 dawek szczepionki na 100 osób (większość otrzymała już pierwszą dawkę). Wśród państw G-7 najszybciej szczepi się w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych. Na świecie do końca marca wykorzystano średnio niespełna 8 dawek szczepionki na sto osób, a w Unii Europejskiej blisko 17. Na średnim unijnym poziomie plasują się Włochy, Francja, Niemcy i Polska. Nieco wolniej proces szczepień przebiega w Kanadzie (15,08) i w Szwecji (15,92). Rosja znajduje się na poziomie średniej światowej, a poniżej tej średniej są państwa azjatyckie, m.in. Chiny, Indonezja i ostatnia w podanym rankingu Japonia z wynikiem 0,8 dawki na 100 osób.

Wykres 1. Liczba zaaplikowanych dawek szczepionki przeciw COVID-19 w przeliczeniu na 100 osób w wybranych państwach



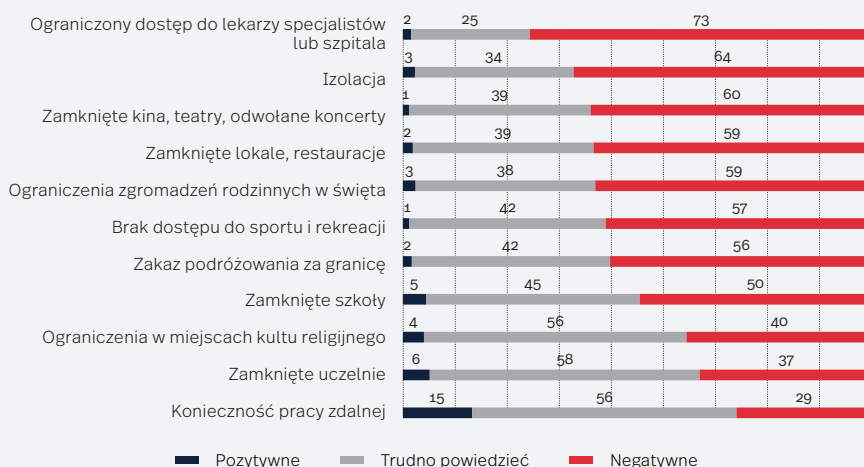
Uwaga: stan na 31.03.2021 (lub wcześniej – data na wykresie).

Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie danych Our World in Data.

Początkowo zakładano, że jedynym celem akcji szczepień powinno być zaszczepienie odpowiednio wysokiego odsetka populacji, co umożliwiłoby skuteczne ograniczenie transmisji wirusa i uzyskanie odporności populacyjnej (*herd immunity*). Przekroczenie progu odporności populacyjnej pozwoliłoby na uruchomienie procesu samoczynnego zanikania choroby COVID-19, czyli w rezultacie na ochronę osób zaszczepionych, a także tych jeszcze niezaszczepionych. To, jaki odsetek społeczeństwa należy zaszczepić w przypadku COVID-19 jest ciągle przedmiotem dyskusji, wartości szacunkowe wahają się od 60 proc. do 70 proc. W przypadku szerzenia się kolejnych wariantów wirusa próg odporności może wzrosnąć nawet do poziomu powyżej 80 proc. (PAN, 2021). Z powodów logistycznych i strategicznych w pierwszej kolejności zaczęto jednak szczepić te grupy społeczne, których członkowie są najbardziej narażeni na zarażenie się wirusem (pracownicy ochrony zdrowia i oświaty) i ciężki przebieg infekcji, a nawet zgon przebieg (np. seniorzy).

Najnowsze doniesienia gaszą pierwotny entuzjazm co do długofalowej skuteczności jednorazowej akcji szczepień w walce z wirusem, ponieważ odporność po szczepieniu może zanikać, więc mogą być potrzebne kolejne. Eksperci podkreślają, że ich działanie może przynieść ulgę nadwerężonym systemom ochrony zdrowia, co należy postrzegać jako jeden z ważniejszych celów polityki publicznej w dobie pandemii (Kadkhoda, 2021; Aschwanden, 2021). Dla Polaków ograniczony dostęp do lekarzy specjalistów lub szpitala okazuje się najbardziej dotkliwym skutkiem pandemicznych ograniczeń (wykres 2), zwłaszcza w grupie najstarszych. Przywrócenie normalnego funkcjonowania ochrony zdrowia wydaje się więc wspólnym celem państwa i obywateli. Jednak cel ten okazuje się bardziej jednoznaczny na poziomie państwa niż na poziomie indywidualnych decyzji. Już Adam Smith wyjaśniał w *Teorii uczuć moralnych*, że dobro wspólnoty bywa dla jednostki zbyt abstrakcyjnym celem i rzadko jest brane pod uwagę w kalkulacji osobistych korzyści i strat. Podobna sytuacja ma miejsce w odniesieniu

» Wykres 2. Wpływ ograniczeń pandemicznych na jakość życia (dane w proc.)



Uwaga: wyklucziliśmy odpowiedzi „nie dotyczy”.

Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie badań (pytanie nr 20 w kwestionariuszu).

do akcji szczepień. Na poziomie jednostki rachunek oczekiwanych zysków i strat z przyjęcia szczepionki uwzględnia szereg powiązanych ze sobą indywidualnych czynników, pomijając przy tym często - czasem słusznie - perspektywę społeczną lub traktując ją jako mniej ważną niż osobiste preferencje. Dlatego argument o społecznych korzyściach płynących z zaszczepienia jak największej liczby osób nie zawsze jest wystarczający w przekonaniu społeczeństwa do dobrodziejstw szczepionki.

W ostatnich latach przeprowadzono wiele badań dotyczących behawioralnych uwarunkowań postaw pro- i antyszczepionkowych. Pomogły one zrozumieć jakie obiektywne czynniki i osobiste bariery oraz motywacje wpływają na decyzje o zaszczepieniu oraz jak można kształtować je z zewnątrz: np. przez usuwanie przeszkód formalnych i organizacyjnych (Harvey, Reissland, Mason, 2015), pomoc w zaplanowaniu szczepienia (Milkman i in., 2011), budowanie zaufania do służb ochrony zdrowia (Gagneur, 2020). W przeprowadzonych badaniach zdefiniowano szereg metod kategoryzacji czynników kształtujących postawy ludzi wobec szczepień. Jedną z nich jest tzw. *Increasing Vaccination Model (IVM)* który obok indywidualnych postaw (co ludzie czują i myślą o szczepionkach?) uwzględnia też szersze procesy społeczne, a także praktyczne bariery wynikające z organizacji szczepień (Brewer i in., 2017). Te ostatnie są często decydujące wśród zainteresowanych szczepieniami, którzy w praktyce tego nie robią, ponieważ mają utrudniony dostęp do punktu szczepień lub nie mają czasu. Podobny katalog kategorii stosują eksperci WHO wskazując na konieczność tworzenia właściwego otoczenia decyzyjnego - infrastruktury i wpływów społecznych - oraz różnych metod niwelowania sceptycyzmu (WHO, 2020b).

Podczas gdy wiele typowych interwencji behawioralnych w polityce publicznej odnosi się do zachowań, w przypadku szczepionki, a więc preparatu, który ma służyć zdrowiu

w warunkach zagrożenia patogenem, trudno jest mówić o zachowaniu - przyjęciu lub nieprzyjęciu szczepionki - w oderwaniu od motywacji, która mu przyświeca. W tym kontekście punktem odniesienia jest raczej decyzja, czyli postanowienie będące wynikiem dokonania wyboru. Dlatego istotny jest dialog z wahającymi się potencjalnymi beneficjentami szczepionek i pomoc w podjęciu właściwej decyzji, a nie stosowanie podświadomych bodźców, które w jednostkowych przypadkach mogą okazać się niewskazane. Dla skuteczności dialogu niezbędne jest rozpoznanie istotnych kryteriów oceny, które są brane pod uwagę w procesie decyzyjnym dotyczącym przyjęcia szczepionki, w tym zwłaszcza innowacyjnej szczepionki przeciwko COVID-19.

Motywacje i postawy wynikają w głównej mierze ze sposobu szacowania korzyści i strat związanych z zaszczepieniem się, zaufania do podmiotów zaangażowanych w produkcję szczepionek i proces jej dystrybucji. Wymiar społeczny mają formy i źródła informacji o szczepionce, istniejące normy społeczne, a także wiedza nieformalna - niekoniecznie błędna - i informacje krążące poza oficjalnym obiegiem. Do kwestii praktycznych poza dostępnością szczepionki zalicza się bezpośrednio lub pośrednio koszty związane z jej otrzymaniem (np. koszty podróży, łatwość znalezienia miejsca szczepień, konieczność wzięcia dnia wolnego w pracy, zorganizowania opieki nad dzieckiem), bezpośrednio zachęty, przebieg procesu szczepienia, umówienia wizyty, wyrażenia zgody i rejestracji, a także zapewnienie opieki w razie wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych.

W duchu metod behawioralnych sprawdzonych w innym kontekście, w kilku krajach, które przywróciły wstrzymane przejściowo szczepienia brytyjskim preparatem, zorganizowano pokazowe szczepienia ważnych osobistości (m.in. włoski generał sił zbrojnych i szef włoskiej służby cywilnej) aby przywrócić zaufanie do

oksfordzkiej szczepionki. Jednocześnie zastosowano swoiste kary wobec tych, którzy nie stawili się na umówione wizyty szczepienne – zostali przesunięci na koniec kolejki i będą musieli zarejestrować się jeszcze raz. Skuteczność obu rozwiązań będzie można ocenić z perspektywy najbliższych tygodni, ale już teraz można je uznać za niezbyt zaawansowane w zakresie identyfikowania różnych źródeł sceptycyzmu. Medialny przekaz o zaszczepieniu osoby piastującej ważne stanowisko publiczne czy koszt związany z ponownym oczekiwaniem na szczepionkę nie rozwiewa bowiem wątpliwości

dotyczących indywidualnych uwarunkowań zdrowotnych nieprzekonanych.

Działanie tych i innych podobnych rozwiązań zachęcających do szczepień jest silnie uwarunkowana kontekstem lokalnym, w tym kulturowym. Dlatego opracowanie rekomendacji dla polskich decydentów musi być poparte odpowiednimi danymi definiującymi polski kontekst. Przedstawione w kolejnym rozdziale dane z badania ankietowego pokazują skalę akceptacji i sceptycyzmu wobec szczepionek wśród Polaków oraz główne czynniki kształtujące zróżnicowane postawy wobec szczepień.



Rozdział 2.

Czy Polacy chcą się szczepić – co powstrzymuje nieprzekonanych?

27.12.2020 rozpoczęły się w Polsce szczepienia przeciwko COVID-19. W pierwszej kolejności zaszczepieni zostali pracownicy ochrony zdrowia. W kolejnych etapach szczepionkę mogli przyjąć pensjonariusze domów pomocy społecznej oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych, hospicjów. Po 15.01.2021 zaczęła się sukcesywna akcja szczepień seniorów z kolejnych grup wiekowych. Do końca I kwartału 2021 r. Ministerstwo Zdrowia planuje zaszczepić nauczycieli oraz rozpocząć szczepienia dla pacjentów chorych przewlekle, młodszych seniorów i służb mundurowych. Po zakończeniu tego etapu rozważane jest uruchomienie rejestracji dla wszystkich zainteresowanych szczepieniem.

W celu zidentyfikowania i lepszego zrozumienia postaw Polaków wobec szczepień przeciwko COVID-19 w dniach 12-22.02.2021 przeprowadziliśmy badanie ilościowe z wykorzystaniem techniki CAWI na próbie dorosłych mieszkańców Polski (1287 osób), reprezentatywnej ze względu na płeć, wiek i województwo. Ze względu na szczególnie status osób starszych, najbardziej zagrożonych ryzykiem poważnych powikłań w wyniku zachorowania na COVID-19, przebadaliśmy dodatkową próbę składającą się z osób w wieku 55 lat i więcej według tych samych kryteriów reprezentatywności (628 osób). Rekrutacja osób starszych do badania miała

charakter hybrydowy – w razie konieczności rolę osoby przekazującej informacje za pomocą formularza *online* mógł pełnić inny domownik, bardziej biegły w korzystaniu z komputera i internetu. Przedstawione niżej wyniki pochodzą z połączonych prób, które zostały przeważone tak, aby spełniać kryteria reprezentatywności ze względu na wiek. Po połączeniu i przeważeniu liczebność próby całkowitej wyniosła 1919.

Wyniki badania pozwoliły nam wyodrębnić 4 grupy postaw:

- zaszczepieni lub zarejestrowani na szczepienie (35 proc.),
- niezaszczepieni i niezarejestrowani (65 proc.), w tym:
 - ▶ przekonani do konieczności lub słuszności szczepienia (10 proc.),
 - ▶ niezdecydowani (37 proc.),
 - ▶ przeciwni szczepieniom (18 proc.).

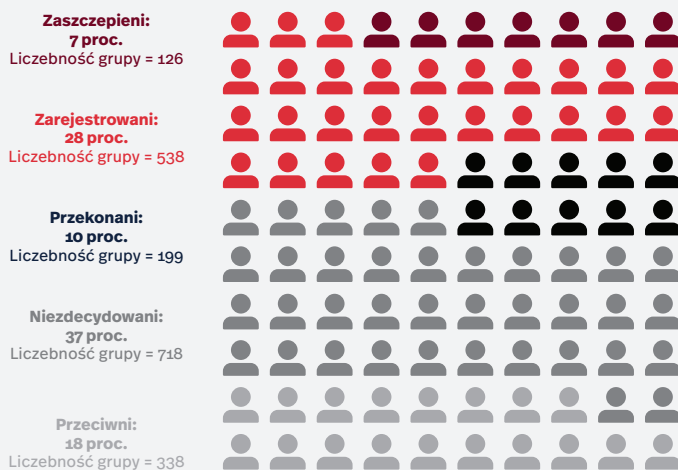
Kolejne podrozdziały w tej części zawierają szczegółowe omówienie każdej z wyżej wymienionych grup osobno według kryteriów podstawowych cech demograficznych. Najwięcej uwagi poświęcono osobom niezdecydowanym i przeciwnym szczepieniom – oprócz cech demograficznych, przedstawiamy ich obawy, doświadczenia pandemii, doświadczenia innych szczepień, źródła wiedzy o szczepionkach, znajomość i ocenę narodowego programu szczepień oraz opinie na temat przywilejów dla zaszczepionych.

2.1. Kto już się zaszczepił lub zarejestrował na szczepienie?

Z badania PIE wynika, że do 22.02.2021 zaszczepiło się 7 proc. dorosłych Polaków, a kolejne 28 proc. zarejestrowało się na szczepienie. Niezaszczepieni i niezarejestrowani stanowili 65 proc., z czego 10 proc. osób deklaruowało

zdecydowaną chęć zaszczepienia się, 18 proc. zdecydowany sprzeciw wobec szczepienia na COVID-19. Pozostałe 37 proc. osób wyrażało niepewność wobec szczepień (wykres 3).

» Wykres 3. Struktura postaw wobec szczepień przeciwko COVID-19, stan na koniec lutego 2021 r.

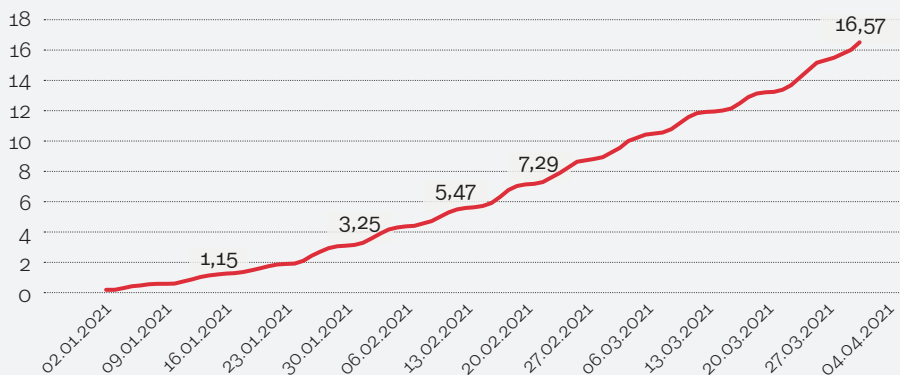


Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytania nr 2, 3, 4 w kwestionariuszu).

Dane dotyczące liczby osób zaszczepionych co najmniej jedną dawką szczepionki są zbliżone do danych oficjalnych podawanych przez Ministerstwo Zdrowia. Do 22.02.2021 dokonano w Polsce 2 759 436 szczepień, czyli średnio 7,29 dawek szczepionki w przeliczeniu na 100 osób (Ministerstwo Zdrowia przez Our World in Data). Należy zaznaczyć, że badanie realizowaliśmy zanim rozpoczęły się szczepienia dla nauczycieli (rejestracja nauczycieli na szczepienia trwała do 19.02) oraz dla młodszych seniorów. Do 31.03.2021 liczba podanych dawek szczepionki zwiększyła się

ponad dwukrotnie, a liczba osób zaszczepionych w przeliczeniu na 100 mieszkańców wzrosła do 13,57 (wykres 4). Choć program szczepień trwa i liczba osób zaszczepionych rośnie, dla potrzeb niniejszego opracowania istotne są nie tyle dane o szybkości przebiegu szczepień i aktualne liczby, ile nastroje społeczne towarzyszące akcji szczepień uznawanej za kluczowy etap walki z pandemią. Dlatego dalsza analiza koncentruje się na przybliżeniu podstawowych wyznaczników postaw za i przeciw szczepieniom oraz niezdecydowania.

» **Wykres 4.** Liczba zaaplikowanych dawek szczepionki przeciw COVID-19 w przeliczeniu na 100 osób, dane dla Polski



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia przez Our World in Data.

Do 22.02.2021 łącznie nieco ponad 1/3 Polaków zaszczepiła się lub zarejestrowała na szczepienie przeciwko COVID-19. Przede wszystkim były to osoby spełniające kryteria pierwszeństwa – starsi i pracownicy ochrony zdrowia. W badanym okresie, wśród osób

w wieku 65 lat i więcej, zaszczepionych lub zarejestrowanych było 62 proc. Ponadto zaszczepionych lub zarejestrowanych było nieco więcej w miastach powyżej 20 tys. mieszkańców niż w mniejszych miastach i wsiach (infografika 1).

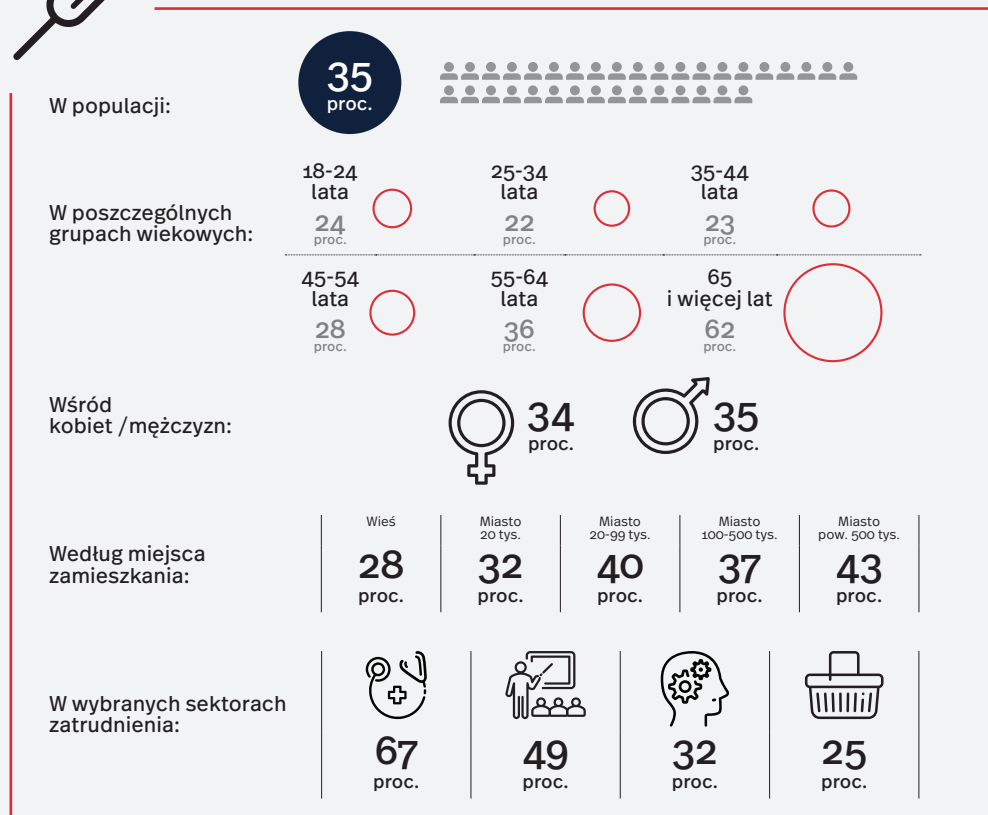


➤ **Infografika 1.** Profil demograficzny osób zaszczepionych lub zarejestrowanych na szczepienie przeciwko COVID-19



ZASZCZEPIENI LUB ZAREJESTROWANI NA SZCZEPIENIE

stan na koniec lutego 2021 r.



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 2 i 3 w kwestionariuszu).

2.2. Niezaszczepieni lub niezarejestrowani: przekonani, niezdecydowani, przeciwni

Wśród osób niezaszczepionych i niezarejestrowanych na szczepienie **57 proc. osób nie ma wyraźnego stanowiska w tej kwestii**¹.

16 proc. wyraziło zdecydowaną chęć zaszczepienia się przeciwko COVID-19, a nieco ponad 1/4 zdecydowanie sprzeciwia się przyjęciu

¹ Odpowiedzi „raczej chcę się zaszczepić”, „raczej nie chcę się zaszczepić” lub „trudno powiedzieć”.

szczepionki. W młodszych grupach wiekowych (poniżej 54 lat) jest znacznie więcej przeciwników niż w grupie najstarszej (55 lat i więcej). W grupie wiekowej 55 lat lub więcej zdecydo-

waną chęć deklaruje 23 proc., podczas gdy w grupie 18-34 lata – jedynie 8 proc. Odsetek osób niezdecydowanych jest porównywalny we wszystkich grupach wiekowych (wykres 5).

▸ **Wykres 5.** Postawy wobec szczepień przeciwko COVID-19 wśród osób niezaszczepionych i niezarejestrowanych na szczepienie (stan na koniec lutego 2021 r.)



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 4 w kwestionariuszu).

2.2.1. Przekonani do szczepień przeciwko COVID-19 – kim są i co myślą?

Do końca lutego 16 proc. osób niezaszczepionych i niezarejestrowanych wyraziło jednoznaczną gotowość zaszczepienia się przeciwko COVID-19 (patrz wykres 5). Mężczyźni są bardziej przekonani do szczepienia niż kobiety, a osoby w wieku od 55 lat wzwyż bardziej niż trzydziestolatkowie i młodszy. W najmłodszej grupie – 18-24 lata – przekonanych jest jedynie 7 proc. Dostrzegalny jest również większy udział przekonanych w największych miastach (26 proc.) w porównaniu ze wsią (12 proc.) (infografika 2).

Zauważalne są również istotne różnice w zależności od doświadczeń zdrowotnych spowodowanych COVID-19 oraz doświadczeniami w zakresie innych szczepień. Znacznie więcej osób

przekonanych do przyjęcia szczepionki przeciw COVID-19 jest wśród tych, którzy w swoim otoczeniu znają kogoś, kto chorował z powodu zakażenia koronawirusem. Doświadczenie hospitalizacji w wyniku zachorowania na chorobę wywołaną przez koronawirusa jeszcze silniej oddziałuje na zdecydowaną chęć zaszczepienia się przeciwko COVID-19. Istotnie mniej przekonanych do szczepienia mającego chronić przed koronawirusem jest wśród osób, które doświadczyły lub znają kogoś, kto doświadczył niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP). **Dodatkowo doświadczenia przyjmowania dobrowolnej szczepionki przeciwko grypie zwiększają przekonanie do przyjęcia szczepionki przeciwko COVID-19 (infografika 2).**

➤ **Infografika 2.** Profil demograficzny osób przekonanych do zaszczepienia przeciwko COVID-19



PRZEKONANI DO SZCZEPIENIA PRZECIWKO COVID-19

Wśród osób niezaszczepionych i niezarejestrowanych

stan na koniec lutego 2021 r.

Udział w populacji,
osób niezaszczepionych
i niezarejestrowanych:

16
proc.



W poszczególnych
grupach wiekowych:

18-24
lata
7
proc.

25-34
lata
9
proc.

35-44
lata
16
proc.

45-54
lata
17
proc.

55-64
lata
24
proc.

65
i więcej
lat
23
proc.

Wśród
kobiet / mężczyzn:



Według miejsca
zamieszkania:

Wieś
12
proc.

Miasto
20 tys.
19
proc.

Miasto
20-99 tys.
15
proc.

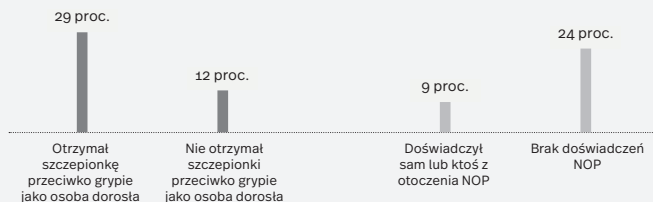
Miasto
100-500 tys.
16
proc.

Miasto
pow. 500 tys.
26
proc.

Doświadczenia
zdrowotne
z COVID-19:



Doświadczenia
innych szczepień:

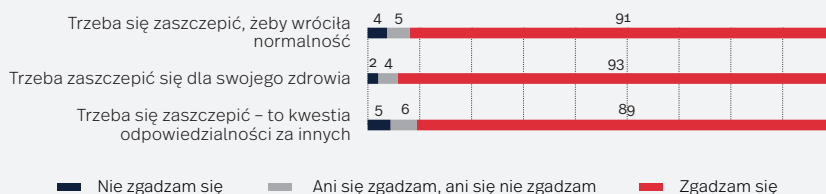


MOTYWACJE

Przekonanych do szczepień przeciwko COVID-19 w niemal równym stopniu motywują czynniki zdrowotne (93 proc. uznaje, że trzeba zaszczepić się dla swojego zdrowia), zmęczenie

pandemią (91 proc. twierdzi, że należy się zaszczepić, aby wróciła normalność) oraz przekonanie, że to kwestia odpowiedzialności za innych (89 proc.) (wykres 6).

» **Wykres 6.** Źródła motywacji do szczepienia przeciwko COVID-19 wśród przekonanych do szczepienia (w proc.)



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 19 w kwestionariuszu).

UZNANIE DLA AUTORYTETÓW

Osoby deklarujące pełne przekonanie do szczepienia przeciwko COVID-19 w ponad 50 proc. uznają argumenty zdrowotne przytaczane przez lekarza epidemiologa. 1/3 uznaje za ważny argument moralny wygłoszony przez

głową Kościoła katolickiego. 29 proc. poważnie traktuje słowa ministra zdrowia o konieczności szczepienia w celu wygrania z pandemią. Jedynie 16 proc. wskazuje na brak przekonania do jakichkolwiek autorytetów (wykres 7).

» **Wykres 7.** Uznanie dla wybranych autorytetów i ich argumentacji wśród przekonanych do szczepienia



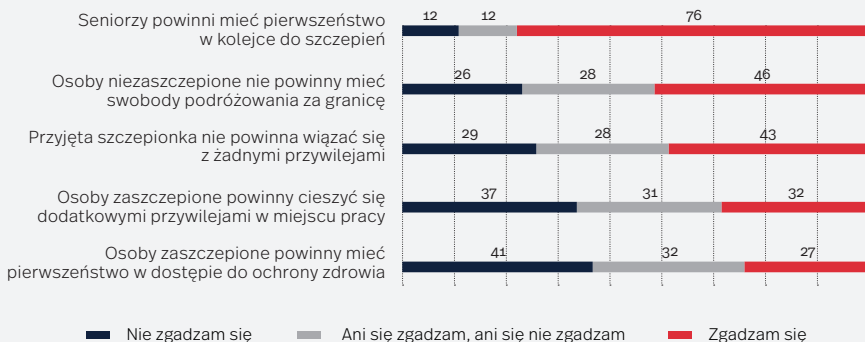
Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 22 w kwestionariuszu).

PRZYWILEJE

Zdecydowana większość (76 proc.) osób przekonanych do przyjęcia szczepionki przeciwko COVID-19 zgadza się na pierwszeństwo seniorów w kolejce do szczepień. Zwolennicy szczepień są umiarkowanie skłonni wyrażać aprobatę wobec zwiększenia swobody podróży za granicę (46 proc.). Dodatkowe przywileje w miejscu w pracy czy w ochronie

zdrowia dla osób zaszczepionych spotykają się z mniejszym uznaniem (odpowiednio 32 proc. i 27 proc.). Nie oznacza to jednak, że wprowadzenie dodatkowych zachęt do szczepień w postaci przywilejów jest w pełni akceptowane wśród zwolenników szczepień. Około 43 proc. jest zdania, że przyjęcie szczepionki nie powinno wiązać się z żadnymi przywilejami (wykres 8).

➤ **Wykres 8.** Opinie dotyczące przywilejów dla osób zaszczepionych przeciw COVID-19 wśród przekonanych do szczepienia (w proc.)



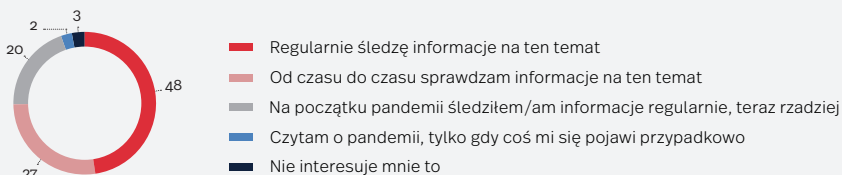
Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 18 i 19 w kwestionariuszu).

ZAINTERESOWANIE PANDEMIĄ

Zwolenników szczepień przeciwko COVID-19 wciąż bardzo zajmują zagadnienia związane z pandemią – 48 proc. regularnie śledzi informacje na

ten temat, a kolejne 27 proc. sprawdza informacje od czasu do czasu. Osób zupełnie niezainteresowanych jest w tej grupie jedynie 3 proc. (wykres 9).

➤ **Wykres 9.** Zainteresowanie pandemią wśród przekonanych do szczepienia (w proc.)



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 20 w kwestionariuszu).

ŹRÓDŁA WIEDZY

Najczęściej przytaczane źródła wiedzy na temat szczepień przeciwko COVID-19 to telewizja (88 proc.), artykuły w internecie na stronach informacyjnych (70 proc.) i radio (64 proc.) (wykres 10).

▼ **Wykres 10.** Źródła wiedzy na temat szczepień przeciwko COVID-19 wśród przekonanych do szczepienia (w proc.)



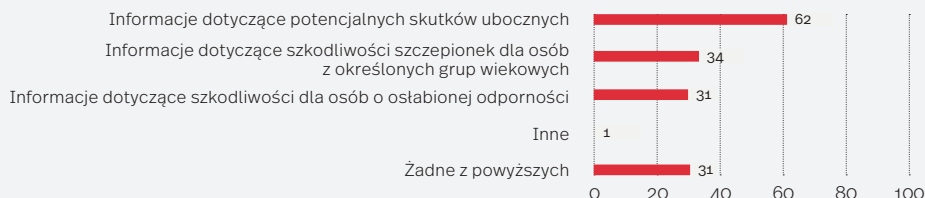
Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 21 w kwestionariuszu).

KONTAKT Z INFORMACJAMI O SKUTKACH UBOCZNYCH LUB SZKODLIWOŚCI SZCZEPIONEK

Podstawowe znaczenie dla kształtowania opinii o celowości szczepień ma treść pozyskiwanych informacji na ich temat. Bliżko 2/3 osób przekonanych do szczepienia miało kontakt z informacjami dotyczącymi potencjalnych skutków ubocznych. Z kolei jedynie

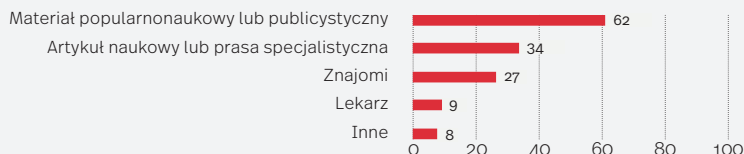
ok. 1/3 zetknęła się z informacjami dotyczącymi szkodliwości szczepionek dla osób z określonych grup wiekowych lub dla osób o osłabionej odporności (wykres 11). Źródłem tych informacji były najczęściej materiały popularnonaukowe lub publicystyczne (wykres 12).

▼ **Wykres 11.** Kontakt z informacjami o skutkach ubocznych lub szkodliwości szczepionek przeciwko COVID-19 wśród przekonanych do szczepienia (w proc.)



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 23 w kwestionariuszu).

» **Wykres 12.** Źródło informacji na temat skutków ubocznych lub szkodliwości szczepionki przeciwko COVID-19 wśród przekonanych do szczepienia (w proc.)



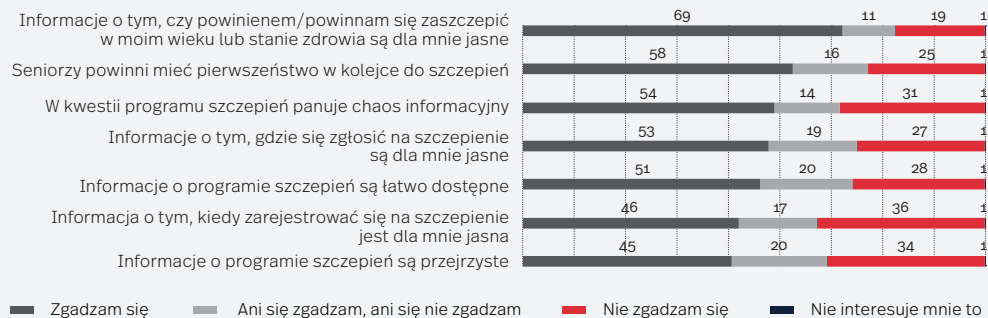
Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 24 w kwestionariuszu).

OCENA JAKOŚCI INFORMACJI O PROGRAMIE SZCZEPIEŃ

Jakość dostępnych informacji jest oceniana przez przekonanych do szczepionki przeciwko COVID-19 umiarkowanie dobrze. Najlepiej oceniana jest jakość informacji dotyczących wieku lub stanu zdrowia, w jakim można się zaszczepić (69 proc.). Nieco ponad połowa

wie również, w jaki sposób należy zgłosić się na szczepienie oraz gdzie się zgłosić. Równocześnie 54 proc. przekonanych ma poczucie chaosu informacyjnego w kwestii programu szczepień, a 34 proc. twierdzi, że informacje o programie nie są w pełni przejrzyste (wykres 13).

» **Wykres 13.** Ocena jakości informacji o programie szczepień wśród niezaszczepionych przekonanych wśród przekonanych do szczepienia (w proc.)



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 7 w kwestionariuszu).

2.2.2. Niezdecydowani do szczepień przeciwko COVID-19 – kim są, jakie mają wątpliwości?

Grupa osób niezdecydowanych jest grupą zróżnicowaną. Obejmuje osoby, które mają wielorakie wątpliwości co do bezpieczeństwa,

skuteczności i zasadności szczepień. Część z nich mimo wszystko skłania się w stronę decyzji o zaszczepieniu przeciwko COVID-19,

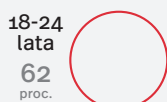
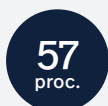
» **Infografika 3.** Profil demograficzny osób niezdecydowanych w kwestii szczepień przeciwko COVID-19 (stan na koniec lutego 2021 r.)



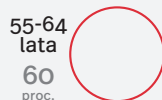
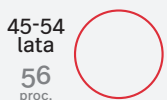
NIEZDECYDOWANI W KWESTII SZCZEPIEŃ PRZECIWKO COVID-19

Wśród osób niezaszczepionych i niezarejestrowanych
stan na koniec lutego 2021 r.

Udział w populacji,
osób niezaszczepionych
i niezarejestrowanych:



W poszczególnych
grupach wiekowych:



Wśród
kobiet /mężczyzn:



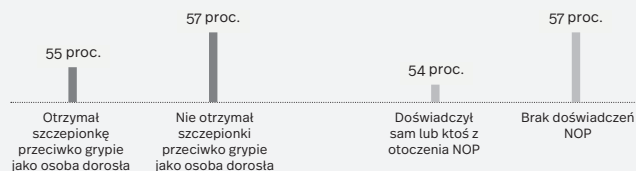
Według miejsca
zamieszkania:



Doświadczenia
zdrowotne
z COVID-19:



Doświadczenia
innych szczepień:



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 4 w kwestionariuszu).

część jest bardziej sceptyczna, a część nie ma żadnego zdania na ten temat. Między innymi z tego powodu różnice ze względu na wybrane

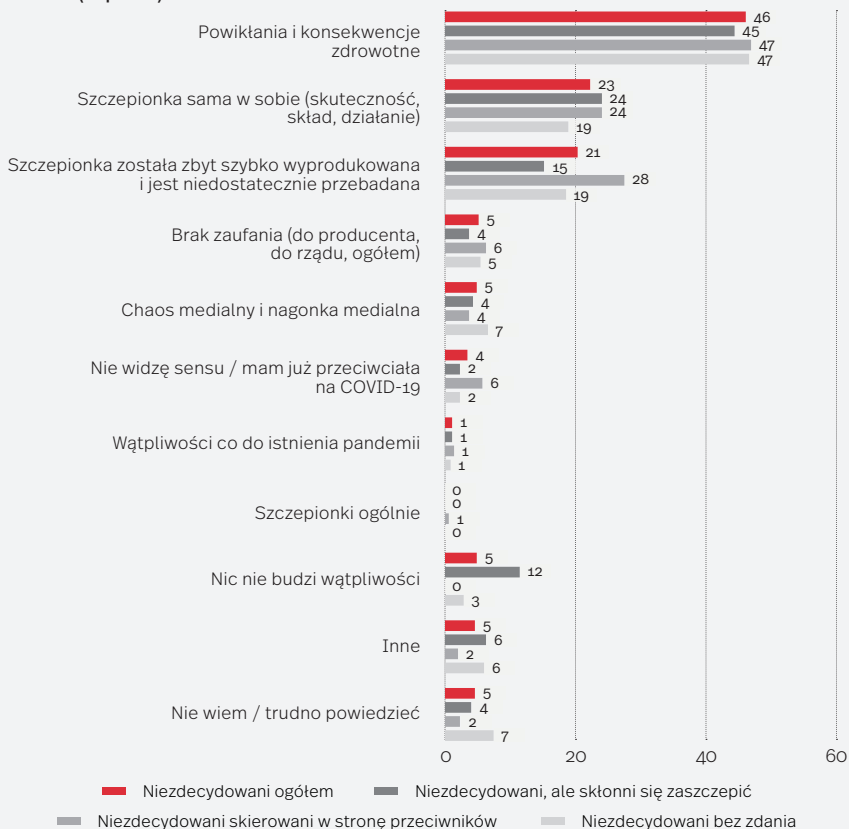
cechy demograficzne, jak również doświadczenia zdrowotne z powodu koronawirusa lub innych szczepień, nie są tutaj dostrzegalne.

OBAWY

Najczęściej przywoływanym źródłem obaw wśród osób niezdecydowanych jest ryzyko wystąpienia powikłań zdrowotnych – zarówno długofalowych, jak i pojawiających się tuż po przyjęciu szczepionki. Wskazało na nie 46 proc. osób niezdecydowanych co do przyjęcia szczepionki przeciwko COVID-19. Wyniki

pogłębionej analizy dowodzą, że wśród nieprzekonanych skłaniających się raczej ku decyzji o niezaszczepieniu, znacznie częściej niż wśród pozostałych osób niezdecydowanych pojawiają się wątpliwości co do szybkości procesu wyprodukowania szczepionki (28 proc.) (wykres 14).

▸ **Wykres 14. Wątpliwości dotyczące szczepień przeciwko COVID-19 wśród niezdecydowanych (w proc.)**



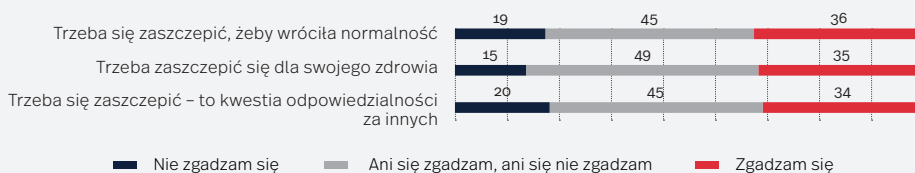
Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 5 w kwestionariuszu).

MOTYWACJE

Na niezdecydowanych motywacje zdrowotne, zakończenie restrykcji pandemicznych i poczucie odpowiedzialności za innych działają w ok. 35 proc. (wykres 15). Gdy przyjrzymy się wynikom szczegółowym, okaże się, że grupa niezdecydowanych jest bardzo zróżnicowana pod względem motywacji. Ci, którzy mają wątpliwości,

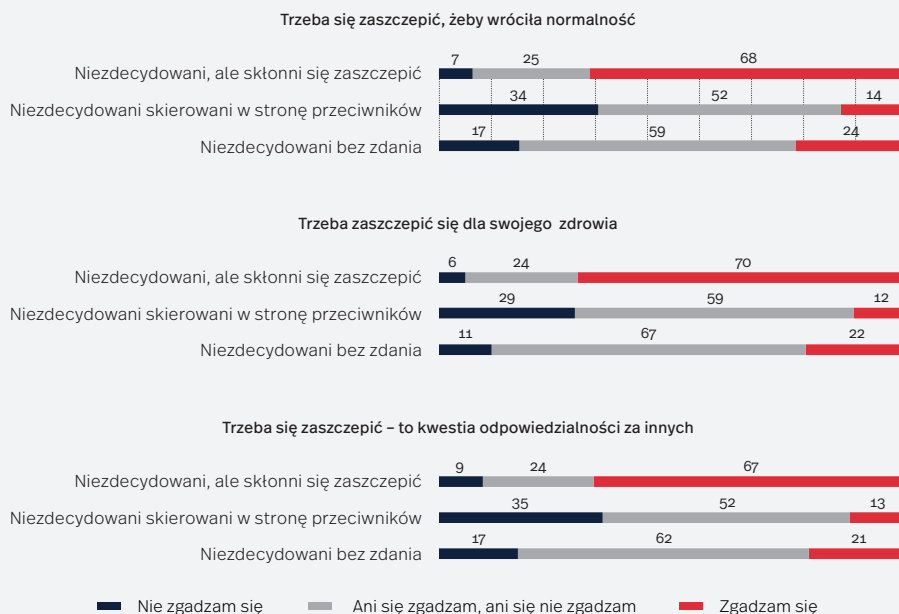
ale są skłonni się zaszczepić, znacznie częściej powołują się na wskazane powody niż pozostali – 70 proc. uważa, że należy zaszczepić się dla swojego zdrowia, 68 proc. utożsamia się z motywacją zakończenia pandemii, a 67 proc. zgadza się, że szczepienia to kwestia odpowiedzialności za innych (wykres 16).

» **Wykres 15. Źródła motywacji do szczepienia przeciwko COVID-19 wśród niezdecydowanych (w proc.)**



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 19 w kwestionariuszu).

» **Wykres 16. Źródła motywacji do szczepienia przeciwko COVID-19 wśród niezdecydowanych – dane szczegółowe (w proc.)**



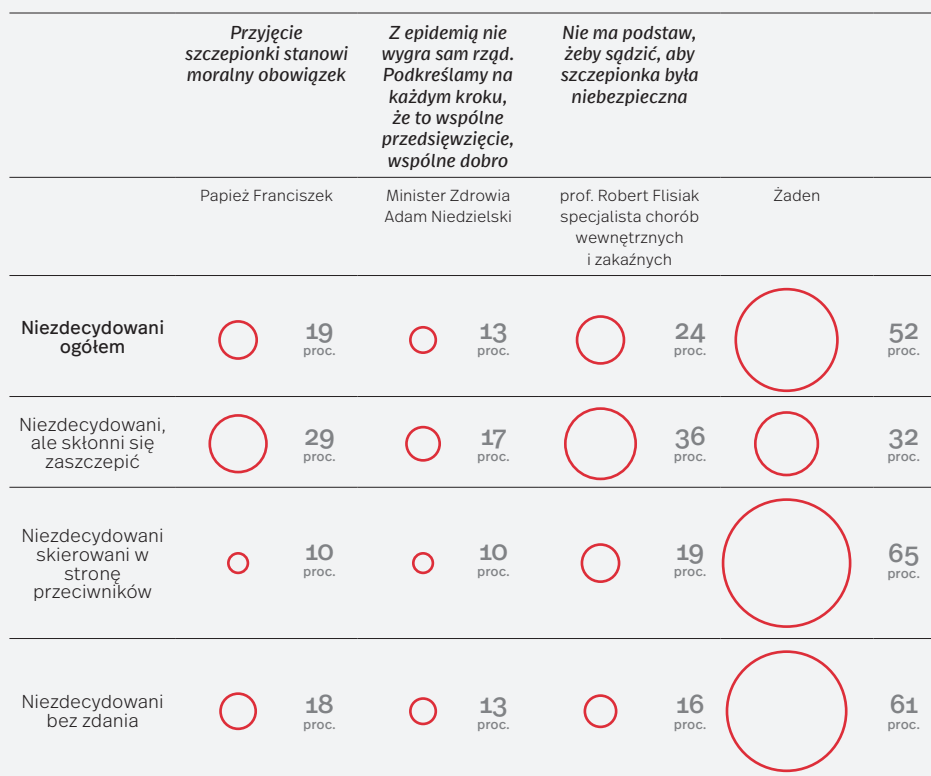
Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 19 w kwestionariuszu).

UZNANIE DLA AUTORYTETÓW

Podobnie jest w przypadku uznania dla poszczególnych autorytetów i ich argumentacji – skłonni się zaszczepić, lecz wciąż niezdecydowani, znacznie częściej niż pozostali deklarują uznanie dla przytaczanych w badaniu argumentów ekspertów i autorytetów. Najbardziej dociera do nich argument zdrowotny

przywoływany przez lekarza epidemiologa. Argument ministra zdrowia dotyczący wspólnej walki z pandemią cieszy się mniejszym uznaniem i jest nawet mniej przekonujący wśród niezdecydowanych niż argument papieża o moralnym obowiązku zaszczepienia się (wykres 17).

Wykres 17. Uznanie dla wybranych autorytetów i ich argumentacji wśród niezdecydowanych



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 22 w kwestionariuszu).

PRZYWILEJE

2/3 niezdecydowanych jest zdania, że szczepionka nie powinna wiązać się z żadnymi przywilejami. Jedynie 21 proc. niezdecydowanych wyraża aprobatę wobec większej swobody podróżowania za granicę i ok. 13 proc. wobec przywilejów w miejscu pracy czy ochronie zdrowia. Nieco ponad połowa niezdecydowanych wyraża aprobatę wobec pierwszeństwa seniorów w kolejce do szczepień (wykres 18).

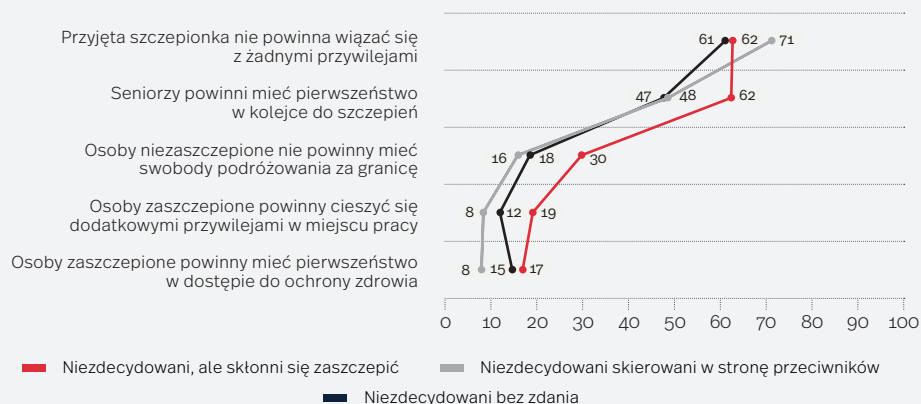
Również w przypadku opinii dotyczących przywilejów zauważalne są różnice na szczegółowym podziale grupy niezdecydowanych, zwłaszcza między skłaniającymi się do decyzji o zaszczepieniu i tymi, którym bliżej jest do przeciwników. Ci pierwsi w istotnie większym stopniu aprobują poszczególne przywileje, jak również pierwszeństwo seniorów (wykres 19).

➤ **Wykres 18.** Opinie dotyczące przywilejów dla osób zaszczepionych przeciw COVID-19 wśród niezdecydowanych (w proc.)



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 18 i 19 w kwestionariuszu).

➤ **Wykres 19.** Opinie dotyczące przywilejów dla osób zaszczepionych przeciw COVID-19 wśród niezdecydowanych – dane szczegółowe (w proc.)

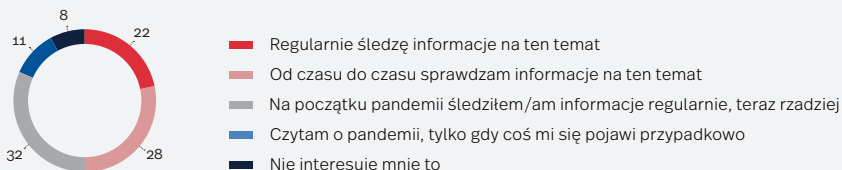


Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 18 i 19 w kwestionariuszu).

ZAINTERESOWANIE PANDEMIĄ

Wśród osób niezdecydowanych znużenie tematem pandemii jest bardziej widoczne niż wśród pozostałych – 32 proc. osób tej grupy początkowo regularnie śledziło informacje, lecz z biegiem czasu przestało się nimi interesować (wykres 20).

» Wykres 20. Zainteresowanie pandemią wśród niezdecydowanych (w proc.)



Uwaga: suma wartości może różnić się od 100 o +1 ze względu na zaokrąglenia.

Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 20 w kwestionariuszu).

ŹRÓDŁA WIEDZY

Telewizja stanowi główne źródło informacji na temat szczepień przeciwko COVID-19. Duże znaczenie mają również artykuły w internecie na stronach informacyjnych (wykres 21).

» Wykres 21. Źródła wiedzy na temat szczepień przeciwko COVID-19 wśród niezdecydowanych (w proc.)



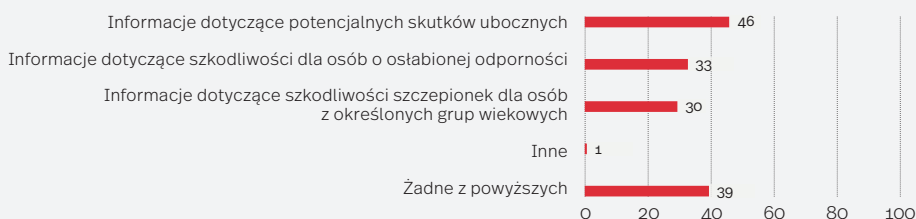
Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 21 w kwestionariuszu).

DOSTĘP DO INFORMACJI O SKUTKACH UBOCZNYCH LUB SZKODLIWOŚCI SZCZEPIONEK

Z informacjami na temat potencjalnych skutków ubocznych spotkało się zaledwie 46 proc. niezdecydowanych, a ok. 30 proc. słyszało o szkodliwości szczepionek dla osób o osłabionej odporności czy z określonych grup

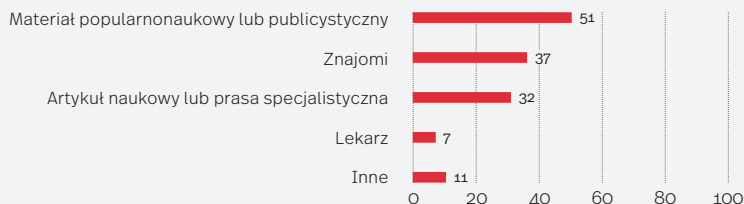
wiekowych. Ich źródłem były najczęściej materiały popularno-naukowe i publicystyczne (51 proc.). 39 proc. niezdecydowanych nie spotkało się z żadnymi informacjami o skutkach ubocznych lub szkodliwości szczepionek (wykresy 22, 23).

▸ **Wykres 22.** Wiedza o skutkach ubocznych lub szkodliwości szczepionek przeciwko COVID-19 wśród niezdecydowanych (w proc.)



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 23 w kwestionariuszu).

▸ **Wykres 23.** Źródło informacji na temat skutków ubocznych lub szkodliwości szczepionki przeciwko COVID-19 wśród niezdecydowanych (w proc.)



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 24 w kwestionariuszu).

OCENA JAKOŚCI INFORMACJI

Blisko połowa niezdecydowanych co do szczepień odczuwa chaos informacyjny w odniesieniu do programu szczepień (48 proc.) oraz wskazuje na nieprzejrzystość informacji (35 proc.). Jednocześnie dla nieco ponad 40 proc. jasne

jest, w jaki sposób o oraz gdzie zgłosić się na szczepienie. Nieco większy problem stanowią terminy rejestracji – 1/3 wskazuje, że nie wie, kiedy powinna się zgłosić na szczepienie (wykres 24).

» **Wykres 24. Ocena jakości informacji o programie szczepień wśród niezaszczepionych przekonanych wśród niezdecydowanych (w proc.)**



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 7 w kwestionariuszu).

2.2.3. Przeciwnicy szczepień przeciwko COVID-19 – kim są, czego się obawiają?

27 proc. osób, które nie zaszczepiły się i nie zarejestrowały na szczepienie w badanym okresie to przeciwnicy szczepień przeciwko COVID-19. **Jest ich zdecydowanie najwięcej w najmłodszych przedziałach wiekowych (poniżej 44. r.ż.). Wśród niezaszczepionych kobiet 30 proc. zdecydowanie odmawia szczepienia przeciwko COVID-19, z kolei wśród mężczyzn udział przeciwników jest znacznie niższy (24 proc.). Ponadto na wsi jest istotnie więcej przeciwników (30 proc.) niż w największych miastach (18 proc.).**

Duże znaczenie w tej grupie mają doświadczenia zdrowotne związane z COVID-19. Wśród osób, które w swoim otoczeniu nie spotkały się z chorobą wywołaną koronawirusem przeciwnicy szczepień stanowią 35 proc. Wśród tych,

którzy mieli kontakt z chorymi przeciwników jest 23 proc. Analogiczna zależność występuje w zakresie doświadczenia hospitalizacji wywołanej chorobą – wśród osób, które doświadczyły hospitalizacji kogoś z otoczenia przeciwników szczepionki na COVID-19 jest 18 proc.; wśród osób, które nie spotkały się z przypadkami hospitalizacji wśród swoich bliskich lub znajomych przeciwników szczepień jest aż 30 proc. Zależności ze względu na osobiste doświadczenia choroby przeciwko COVID-19 nie występują.

Występują natomiast dodatkowe zależności ze względu na dotychczasowe zwyczaje szczepienia się przeciwko grypie, oraz doświadczenia niepożądanych odczynów poszczepiennych – wśród osób, które doświadczyły same lub w otoczeniu NOP przeciwnicy stanowią 36 proc. (infografika 4).

➤ **Infografika 4.** Profil demograficzny osób przeciwnych zaszczepieniu przeciwko COVID-19 (stan na koniec lutego 2021 r.)



PRZECIWNII ZASZCZEPIENIU PRZECIWKO COVID-19
 Wśród osób niezaszczepionych i niezarejestrowanych
 stan na koniec lutego 2021 r.

Udział w populacji, osób niezaszczepionych i niezarejestrowanych:

27
proc.



W poszczególnych grupach wiekowych:

18-24
lata
31
proc.



25-34
lata
31
proc.



35-44
lata
35
proc.



45-54
lata
27
proc.



55-64
lata
16
proc.



65
i więcej lat
15
proc.



Wśród kobiet /mężczyzn:



Według miejsca zamieszkania:

Wieś
30
proc.

Miasto
20 tys.
23
proc.

Miasto
20-99 tys.
29
proc.

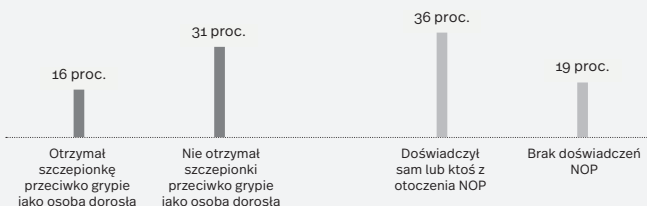
Miasto
100-500 tys.
29
proc.

Miasto
pow. 500 tys.
18
proc.

Doświadczenia zdrowotne z COVID-19:



Doświadczenia innych szczepień:



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 4 w kwestionariuszu).

OBAWY

Wśród przeciwników szczepienia przeciwko COVID-19 najczęstszym źródłem niepokoju jest rekordowo szybkie tempo wyprodukowania szczepionki i wprowadzenia jej na rynek (36 proc.) oraz niepożądane skutki uboczne (35 proc.). Ponadto przeciwnicy, znacznie częściej

niż niezdecydowani, wskazują na zagrożenie związane z niedostatecznym przebadaniem szczepionki oraz na ogólny brak zaufania do szczepionki samej w sobie, producentów szczepionki, istnienia pandemii oraz rządu (wykres 25).

Wśród przeciwników, głosy kwestionujące szczepionki jako takie były nieliczne. Przeciwników szczepionek nie udało nam się też zidentyfikować na podstawie odpowiedzi na pytanie o gotowość do szczepienia dzieci przewidzianymi dla nich szczepionkami wiek – bardzo nieliczni respondenci wyrazili swój sceptycyzm w tym zakresie (wykres 25).

» Wykres 25. Wątpliwości dotyczące szczepień przeciwko COVID-19 wśród przeciwnych (w proc.)

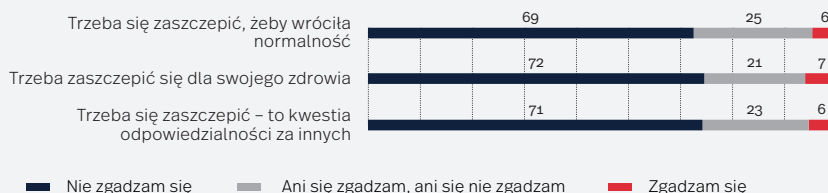


Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 5 w kwestionariuszu).

MOTYWACJE

Osoby przeciwnie szczepieniom przeciwko COVID-19 w przeważającej większości nie uważają, aby motywacje zdrowotne, zakończenia restrykcji pandemicznych czy odpowiedzialności za innych stanowiły wystarczający argument na rzecz szczepień (wykres 26).

» **Wykres 26.** Źródła motywacji do szczepienia przeciwko COVID-19 wśród przeciwnych (w proc.)



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 19 w kwestionariuszu).

UZNANIE DLA AUTORYTETÓW

Podobnie niskie przekonanie pojawia się w przypadku uznania dla wybranych autorytetów i ich argumentacji. **Zdecydowana większość przeciwników szczepień przeciwko COVID-19 wskazuje, że żadna z wymienionych osób i jej argumentacji nie jest dla nich istotna w kontekście decyzji o zaszczepieniu przeciwko COVID-19 (84 proc.)** (wykres 27).

» **Wykres 27.** Uznanie dla wybranych autorytetów i ich argumentacji wśród przeciwnych



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 22 w kwestionariuszu).

PRZYWILEJE

Stanowisko osób niezgadzających się na zaszczepienie przeciwko COVID-19 jest jednoznaczne – 74 proc. uważa, że przyjęcie szczepionki nie powinno wiązać się z żadnymi przywilejami. Przeciwnicy szczepień wyrażają zdecydowany sprzeciw zarówno wobec przywilejów w zakresie pierwszeństwa w dostępie

do ochrony zdrowia, w miejscu pracy oraz w zakresie możliwości swobodnego podróżowania za granicę. Pierwszeństwo seniorów w kolejce do szczepień spotyka się natomiast z mieszanym odbiorem – 46 proc. nie jest w stanie określić, czy seniorzy powinni zostać zaszczepieni w pierwszej kolejności (wykres 28).

» **Wykres 28.** Opinie dotyczące przywilejów dla osób zaszczepionych przeciw COVID-19 wśród przeciwnych (w proc.)



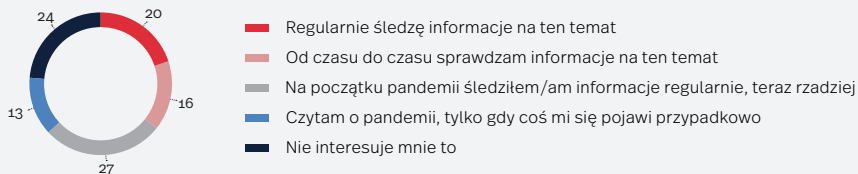
Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 18 i 19 w kwestionariuszu).

ZAINTERESOWANIE PANDEMIĄ

Wśród przeciwników szczepień przeciwko COVID-19 24 proc. deklaruje całkowity brak

zainteresowania tematem pandemii, a 27 proc. postępujące znużenie (wykres 29).

» **Wykres 29.** Zainteresowanie pandemią wśród przeciwników szczepień (w proc.)



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 20 w kwestionariuszu).

ŹRÓDŁA WIEDZY

Wśród przeciwników szczepień szczególną rolę odgrywają media społecznościowe (48 proc. czerpie z nich wiedzę na temat szczepień przeciwko COVID-19). Na telewizję wskazuje

54 proc., co w porównaniu z pozostałymi grupami jest znacznie mniej istotnym źródłem wiedzy na temat szczepień przeciwko COVID-19 (wykres 30).

» Wykres 30. Źródła wiedzy na temat szczepień przeciwko COVID-19 wśród przeciwnych (w proc.)



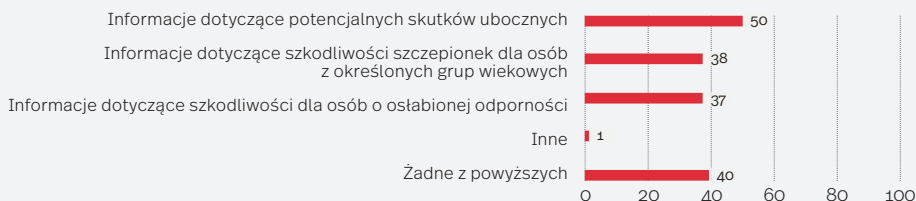
Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 21 w kwestionariuszu).

DOSTĘP DO INFORMACJI O SKUTKACH UBOCZNYCH LUB O SZKODLIWOŚCI SZCZEPIONEK

Połowa przeciwników ma świadomość potencjalnych skutków ubocznych szczepionki przeciwko COVID-19, a 40 proc. przeciwników nie zetknęła się z żadnymi informacjami o szkodliwości szczepionek (wykres 31). Źródłami

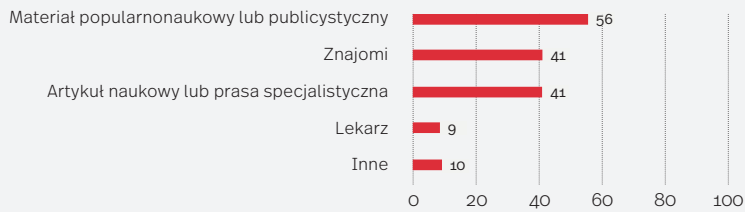
tych informacji były najczęściej materiały popularnonaukowe i publicystyczne (56 proc.), znajomi (41 proc.) oraz artykuły naukowe lub prasa specjalistyczna (41 proc.). Lekarzy wskazało jedynie 9 proc. (wykres 32).

» Wykres 31. Wiedza o skutkach ubocznych lub szkodliwości szczepionek przeciwko COVID-19 wśród przeciwnych (w proc.)



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 23 w kwestionariuszu).

» **Wykres 32.** Źródło informacji na temat skutków ubocznych lub szkodliwości szczepionki przeciwko COVID-19 wśród przeciwnych (w proc.)



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 24 w kwestionariuszu).

OCENA JAKOŚCI INFORMACJI

W zakresie informacji o programie szczepień przeciwnicy w znacznej skali wykazują wyraźny brak zainteresowania we wszystkich wymienionych wymiarach. Połowa

przeciwników postrzega program szczepień jako chaotyczny, a 39 proc. uważa, że informacje o programie są nieprzejrzyste (wykres 33).

» **Wykres 33.** Ocena jakości informacji o programie szczepień wśród przeciwnych (w proc.)



Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 7 w kwestionariuszu).

Rozdział 3.

Dyskusja

Dane statystyczne obrazujące skalę zainteresowania szczepieniami przeciwko COVID-19 sugerują, że na etapie ograniczonej dostępności szczepionek problem niewystarczającego zainteresowania szczepieniami nie powinien mieć miejsca w Polsce. Zwłaszcza w grupie najstarszych Polaków, uznawanych za najbardziej narażonych na ryzyko groźnego przebiegu choroby i hospitalizacji gotowość do zaszczepienia jest wyjątkowo duża. Jak dowodzą wyniki ostatniego badania SW Research (PAP, 2021) starsi są mniej podatni na informacje o ryzyku związanym z przyjęciem brytyjskiego preparatu niż młodszy (59 proc. osób w wieku 25-34 lata zadeklarowało chęć rezygnacji ze szczepienia wobec pojawiających się wątpliwości o bezpieczeństwo oksfordzkiej szczepionki). Jednocześnie nasilony w ostatnich dniach sceptycyzm związany z doniesieniami o zgonach potencjalnie związanych ze szczepionką², stanowi znak ostrzegawczy dla instytucji odpowiedzialnych za realizację programu szczepień, ponieważ to właśnie obawa przez nieoczekiwanymi skutkami ubocznymi jest podstawowym hamulcem powstrzymującym

niezdecydowanych Polaków przed zaszczepieniem. Ryzyko jest o tyle istotne, że informacje o potencjalnym zagrożeniu – choć niewielkiej skali – pochodzą z różnych miejsc na świecie i powstrzymały część krajów przed kontynuacją stosowania brytyjskiego preparatu. Ostatnie komunikaty Europejskiej Agencji Leków potwierdziły związek szczepionki z przypadkami zakrzepów. Stąd też rezygnacja wielu zgłoszonych na szczepienie z umówionej wizyty i tym poważniejszy powód do niepokoju dla tych, którzy już obawiają się o skutki uboczne lub nie mają pewności co do wpływu szczepionki na istniejące schorzenia. Jest to też dodatkowy argument dla przeciwników szczepionek. Mamy tu do czynienia z tzw. zjawiskiem kaskady dostępności, samopodtrzymującego się procesu rozpowszechniania przekonań, w tym przypadku o braku wystarczających badań nad szczepionką tej firmy³.

Dane o podstawowych źródłach sceptycyzmu wobec szczepionek wskazują na wart odnotowania fakt, odróżniający w istotny sposób analizę postaw wobec szczepionek przeciwko COVID-19 od badań dotyczących

² Polskie i zagraniczne źródła zawierają informacje o panice i niezgłaszaniu się na umówione szczepienie nawet kilkudziesięciu procent osób (Business Insider, 2021; „The Economist”, 2021; Pilling, 2021).

³ Kaskada dostępności może powstać w wyniku zaistnienia rzadkiego zdarzenia o bardzo małym prawdopodobieństwie lub nawet zdarzenia, które nie miało miejsca (np. gdy myli się korelację z przyczynowością). Za powstanie kaskady dostępności odpowiadają dwa mechanizmy: kaskada informacyjna i kaskada reputacji. Kaskada informacyjna pojawia się wówczas, gdy osoby, które nie posiadają wiarygodnych danych z pierwszej ręki lub z wiarygodnego źródła, rozpowszechniają informacje, które dotarły do nich od innych osób demonstrujących silne przekonanie co do ich prawdziwości. W przypadku kaskady reputacyjnej chodzi o ochronę własnej reputacji – np. w mediach społecznościowych – i rozpowszechnianie danej informacji dlatego, że jest ona dominująca w społeczeństwie lub w konkretnej grupie społecznej. Ma to miejsce nawet wtedy, gdy ludzie nie zgadzają się z przekazywanymi informacjami. Tym samym informacje są dalej rozpowszechniane, co może prowadzić do zmiany percepcji społecznej, np. w przypadku oceny bezpieczeństwa szczepionek czy częstotliwości występowania ciężkich przypadków nieporządných odczynów poszczepiennych.

niepewności wobec innych preparatów szczepionkowych (McKee, Bohannon, 2016; Duda, Głogowska-Gruszka, Buczkowska, 2019; Larson i in., 2014). W przypadku tych ostatnich mamy często do czynienia z radykalnymi przeciwnikami dostępnych szczepień, w tym obowiązkowych, stosowanych od wielu lat. Radykalnych postaw nie łagodzą udokumentowane zapewnienia naukowców o bezpodstawności informacji powielanych w wielu źródłach, np. o wpływie szczepionki przeciwko śwince na rozwój autyzmu u dzieci. O ile niepewność wobec szczepionek przeciwko COVID-19 może mieć analogiczne podstawy wśród ich zdecydowanych przeciwników, nieuprawnionym byłoby zaliczyć wszystkich sceptyków do grupy tzw. antyszczepionkowców. Wśród niezdecydowanych znalazły się bardzo nieliczne osoby (1 proc.) wprost deklarujące brak zaufania do szczepionek jako takich i jeszcze mniej osób, których antyszczepionkowe postawy znajdują potwierdzenie w świadomym niezszczeniu dzieci. Większość niezdecydowanych – poza wspomnianymi już czynnikami zdrowotnymi – wśród źródeł obaw wymienia brak wystarczających dowodów klinicznych na skuteczność i bezpieczeństwo szczepionki. Obawy te znajdują potwierdzenie w odpowiedziach na różne pytania, zarówno

te wprost dotyczące źródeł niepewności, jak i te, które pośrednio potwierdzają skuteczność różnych argumentów i autorytetów. Są one nie tyle oznaką radykalnej niechęci do szczepienia, co ostrożności i postawy oczekiwania na bardziej przekonujące dane. Dlatego też grupa przeciwników i sceptyków jest liczniejsza niż grono przeciwników innych, bardziej znanych i dłużej dostępnych szczepionek⁴.

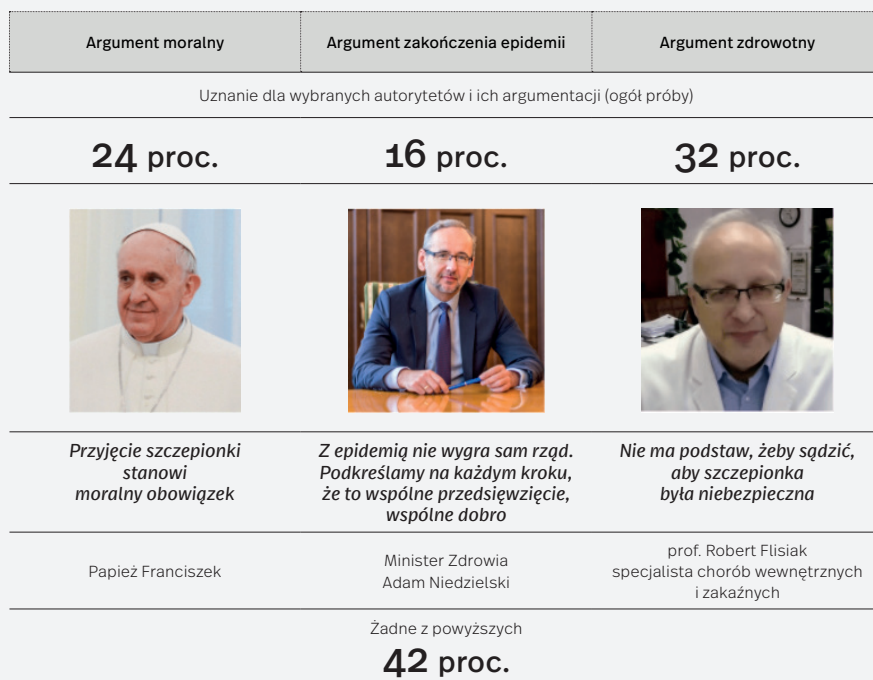
Niezdecydowanych nie przekonują w większości argumenty najbardziej mobilizujące zdecydowanych: nie tylko te dotyczące zdrowia, ale też możliwości powrotu do normalnego funkcjonowania czy argument o odpowiedzialności za innych, na którym bazuje kampania medialna promująca szczepienia. W większości nie traktują oni poważnie przestania kierowanego przez wskazane w badaniu autorytety. Jest to zrozumiałe, zważywszy że **duża część przekonanych spotkała się z zachorowaniem wśród bliskich. Osoby, które nie zetknęły się z chorobą lub jej ciężkim przebiegiem, nie dostrzegają takiego samego stopnia zagrożenia zarażeniem dla siebie i innych, obawiają się za to skutków ubocznych niesprawdzonego kompleksowo preparatu.** Wiarę w powrót normalności osłabia z kolei wprowadzanie kolejnych restrykcji mimo prowadzonej akcji szczepień.

⁴ Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) wynika, że w 2010 r. zanotowano 3437 przypadków uchylania się od szczepień obowiązkowych. W 2019 r. takich osób było prawie 50 tys. W sezonie 2019/2020 przeciw grypie zaszczepiło się zaledwie 4,12 proc. Polaków.

Sprawdziliśmy jaką rolę w motywowaniu do szczepień odgrywają autorytety i przytaczane przez nie argumenty. W tym celu przedstawiliśmy respondentom trzy rodzaje argumentacji wyrażanych w mediach przez publicznie rozpoznawane osoby (infografika 5):

- argument moralny wyrażony przez głowę Kościoła katolickiego,
- argument zakończenia epidemii wyrażony przez ministra zdrowia,
- argument zdrowotny wyrażony przez lekarza epidemiologa.

↘ Infografika 5. Rodzaje argumentacji wykorzystane w badaniu



Uwaga: dane dla ogółu próby.

Źródło: opracowanie własne PIE na podstawie wyników badań (pytanie nr 22 w kwestionariuszu).

Osoby uwzględniające w swoich opiniach głosy autorytetów przede wszystkim chcą słuchać lekarza epidemiologa, a tym samym argumentacji o bezpieczeństwie szczepionki (32 proc.). Blisko 1/4 skłania się również ku argumentacji moralnej wyrażanej głosem głowy Kościoła katolickiego. Argument zakończenia pandemii, na który powołuje się minister zdrowia, spotkał się z najniższym uznaniem (16 proc.). Nieco ponad 40 proc. osób zadeklarowało brak przekonania do jakiegokolwiek linii argumentacji.

Do ciekawych wniosków prowadzą opinie Polaków o ewentualnych przywilejach dla osób zaszczepionych. Podczas gdy tzw. paszporty szczepionkowe z powodzeniem udało się wdrożyć w Izraelu, a ich stosowanie rozważa też Komisja Europejska, Polacy bardzo sceptycznie odnoszą się do tego typu rozwiązań – nawet ci, którzy już się zaszczepili lub mają zamiar przyjąć szczepionkę w najbliższym czasie. To, że aż 65 proc. osób wahających się w kwestii szczepionki nie widzi słuszności w uprzywilejowywaniu osób zaszczepionych stanowi bardzo istotną informację z punktu widzenia komunikacji i prób angażowania ich do współpracy lub zachęcania do przyjęcia szczepionki.

Bardzo istotnym faktem w odniesieniu do komunikacji z niezdecydowanymi i przeciwnikami szczepień jest ich malejące zainteresowanie informacjami medialnymi o pandemii. Ponad połowa niezdecydowanych i 2/3 przeciwników szczepień rzadko lub wcale nie śledzi doniesień na ten temat, otwarcie deklarując zmęczenie nimi. Jednocześnie za wysoki należy uznać poziom świadomości w zakresie możliwości wystąpienia skutków ubocznych, zwłaszcza wśród osób przekonanych do szczepień (ponad 60 proc.). Świadomość ewentualnej szkodliwości szczepionek kształtuje się na podobnym poziomie (ok. 30 proc.), zarówno wśród osób przekonanych, jak i sceptycznych oraz niechętnych szczepieniom. Osoby przekonane należy zatem uznać za gotowe na podjęcie ryzyka zaszczepienia się, a także ewentualnych niedogodności związanych z niepożądanym odczynem poszczepiennym. Niezdecydowani i przeciwni poza niższym poziomem zaufania wobec ekspertów i rządzących, zdają się też wykazywać większą awersję do ryzyka lub – przeciwnie – nie widzą konieczności poddania się szczepieniu.

Podsumowując osiągnięty w ciągu niespełna dwóch miesięcy funkcjonowania programu szczepień wynik 28 proc. osób zarejestrowanych

na szczepienie (w tym 56 proc. osób w wieku 65 lat i więcej) oraz kolejnych 10 proc. przekonanych do zaszczepienia, stanowi krok w dobrym kierunku. Wynik ten może satysfakcjonować podmioty zaangażowane w realizację tego bezprecedensowego przedsięwzięcia. Jednak powodzenie akcji szczepień prawdopodobnie będzie zależało od rozwoju sytuacji w kolejnych miesiącach. Wydaje się – chociaż nie pytaliśmy o to wprost – że osoby przekonane do szczepień zaufały naukowcom, rządzącym i mediom oraz przywoływanym przez nich argumentom na rzecz szczepień, a ewentualne obiekcje zniwelowały komunikowanym zewsząd przekonaniem o przewadze indywidualnych i społecznych korzyści z zaszczepienia nad ryzykiem niepowodzeń. Do czasu zgromadzenia większych zapasów preparatów szczepionkowych zaspokajających zapotrzebowanie, program szczepień nie powinien stanowić wyzwania behawioralnego polegającego na zbyt małym zainteresowaniu szczepieniami. Dopuszczanie na rynek kolejnych producentów szczepionek, w tym preparatów, które wymagają tylko jednorazowego podania i planowane przedsięwzięcia zwiększania produkcji w kolejnych krajach, pozwalają przypuszczać, że podaż szczepionek będzie z każdym miesiącem rosła, pozwalając na coraz szybsze szczepienie zainteresowanych.

Najbliższe miesiące pokażą, zwłaszcza w krajach, którym udało się zaszczepić większy odsetek populacji, czy odporność populacyjną, na którą tak bardzo liczone jeszcze kilka miesięcy temu, udaje się w ogóle osiągnąć. Ostatnio naukowcy z Wielkiej Brytanii – będącej w czołówce szczepień – podali w wątpliwość skuteczność samej szczepionki w satysfakcjonującym ograniczeniu skali rozprzestrzeniania się wirusa. Wskazują, że nadal potrzebne są dotychczas stosowane środki ostrożności (Moore i in., 2021). Dla części przeciwników szczepień i sceptyków to potencjalny sygnał utwierdzający ich w ich

wątpliwościach. Dlatego na kolejnych etapach walki z pandemią i programu szczepień, bardzo istotne będą wszelkie dane pozwalające na ocenę faktycznej skuteczności szczepionek w poszczególnych grupach, które je otrzymały oraz ich rolę w budowaniu odporności populacyjnej. W dalszej kolejności, kiedy szczepionkę otrzyma już większość zainteresowanych osób z grup ryzyka, w zależności od rozwoju sytuacji epidemicznej i rosnących zasobów wiedzy o skuteczności poszczególnych szczepionek, konieczna będzie decyzja o tym, czy szczepienia są nadal konieczne, w jakiej skali i komu powinno się je zalecać. Pojawiają się głosy ekspertów, którzy twierdzą, że szczepienia trzeba będzie powtarzać cyklicznie, żeby zapewnić ochronę najbardziej narażonym na zachorowanie (Kadkhoda, 2021). Jeśli przypuszczenia te okażą się prawdziwe, doświadczenia pierwszego etapu szczepień będą cenne dla ich efektywnej kontynuacji w przyszłości.

Dane potwierdzają różnorodność czynników, które nie pozwalają osobom niezdecydowanym podjąć jednoznacznej decyzji o zaszczepieniu. Z punktu widzenia polityki publicznej trudno ten brak zdecydowania oceniać jednoznacznie negatywnie. Jak już wspominaliśmy, nie w każdym przypadku szczepienia przynoszą korzyści. Specjaliści przyznają, że w grupach niektórych schorzeń i alergii szczepionek nie powinno się stosować. Niepewność co do tego, na ile bezpieczne będzie zaszczepienie w zależności od różnych posiadanych dolegliwości, zwłaszcza wśród najstarszych, rodzi racjonalne obawy i ostrożność. Są wreszcie osoby zdrowe i młode bądź w średnim wieku, które nie czują się szczególnie zagrożone zachorowaniem, ponieważ dbają o siebie i unikają niebezpiecznych zachowań albo mają podstawy sądzić, że ewentualne zachorowanie będzie dla nich tylko chwilową uciążliwością. Istnieje wiele przyczyn niechęci do szczepień, których nie można uznać za nieracjonalne, a odpowiedzialna polityka

publiczna powinna opierać się na szacunku dla takich postaw i niestygmatyzowaniu ich. Jednocześnie osoby, które ze zrozumiałych względów nie mogą lub nie chcą się szczepić, należy próbować włączać do wspólnego wysiłku walki z pandemią przez zalecanie innych odpowiedzialnych zachowań, chroniących ich samych i otoczenie.

Pozostałym niezdecydowanym warto pomóc w podjęciu właściwej decyzji dając dostęp do obiektywnych, sprawdzonych i popartych danymi informacji o tym, kiedy szczepionka jest lub nie jest wskazana, który preparat jest najbardziej odpowiedni w danym przypadku, gdzie zgłosić się po fachową poradę dotyczącą indywidualnych uwarunkowań.

Biorąc pod uwagę źródła sceptycyzmu przeciwników szczepień – brak zaufania do naukowców, rządzących i rozgoryczenie oraz brak zrozumienia dla przedłużających się ograniczeń – obecne także wśród niezdecydowanych i niektórych zwolenników szczepień – trudno o proste rozwiązanie, które przekona ich do zmiany zdania. Będzie to tym trudniejsze im dłużej akcji szczepień będą towarzyszyć restrykcje w życiu społeczno-gospodarczym, które wielu sceptyków postrzega jako zamierzone działanie na szkodę obywateli. Należy z pewnością korygować nieuzasadnione i błędne opinie, rozprzestrzaniane zwłaszcza w mediach społecznościowych, ale równolegle warto – podobnie jak w przypadku niezdecydowanych – ze zrozumieniem traktować postawy ukształtowane przez obiektywnie trudne warunki i wychodzić naprzeciw oczekiwaniom tych, którym utrudnienia w istotny sposób zaburzyły podstawy funkcjonowania. Można przypuszczać, że potwierdzona skuteczność szczepionek zwiększy poziom zaufania do nich wśród części przeciwników, a stopniowy powrót do starej normalności wraz ze skutecznym ograniczaniem skali zachorowań pomoże odbudować zaufanie rządzących w tej grupie.

Rozdział 4.

Rekomendacje

Burzliwy przebieg akcji szczepień na świecie tworzy bardzo skomplikowany i dynamiczny kontekst, który nie spełnia podstawowego kryterium stosowania tzw. narzędzi behawioralnych w kształtowaniu postaw. Narzędzia te co do zasady bazują na dogłębnym rozpoznaniu tzw. otoczenia decyzyjnego i dostosowania interwencji do jego konkretnych elementów. Tymczasem problemy z realizacją dostaw i wątpliwości dotyczące szczepień, wykorzystanie różnych technologii w produkcji szczepionek wymagające odrębnych badań i zaleceń stosowania, pojawianie się nowych wariantów wirusa, które stawiają skuteczność szczepień pod znakiem zapytania i utrzymujące się ograniczenia w życiu publicznym decydują o zmienności i niepewności otoczenia decyzyjnego. Złożoność kontekstu decyzji w połączeniu z różnorodnością motywacji i indywidualnych czynników utrudniających decyzję o zaszczepieniu oznaczają, że pomoc w dokonaniu właściwego wyboru na poziomie polityki publicznej nie może sprowadzać się do prostych narzędzi odwołujących się do instynktownych reakcji lub nieprzemysłanych zachowań niejako omijając świadomy wybór (tj. *nudge*). Sceptycyzm i obawy wielu nieprzekonanych Polaków nie wynikają bowiem z nieświadomych błędów poznawczych, ale mają swoje źródła w zupełnie zrozumiałym strachu przez nieznanym czy w równie racjonalnym dla wielu świadomych i stosujących zasady bezpieczeństwa osób porównywaniu postrzeganego ryzyka zachorowania z powodu wirusa z ryzykiem niepożądanych skutków szczepienia.

Poniższe rekomendacje wykraczają zatem poza typowy kanon narzędzi behawioralnych, których podstawowym celem jest zmiana zachowań (rzadziej przekonań) nieprzekonanych. Obok klasycznych rozwiązań promowanych przez międzynarodowe zespoły badawcze – często na podstawie innego kontekstu szczepień – proponujemy zestaw działań, które należy podjąć w celu wsparcia indywidualnych procesów decyzyjnych i wyposażenia ludzi w wiedzę, która pomoże im podjąć decyzję dostosowaną do ich potrzeb. Ten typ interwencji behawioralnej ma na celu przede wszystkim wzmocnienie (*boosting*) kompetencji decyzyjnych wszystkich, a zwłaszcza niezdecydowanych jednostek (OECD, 2019). Zgodnie z tą logiką informacje o szczepieniach należy przedstawiać tak, by zmniejszyć prawdopodobieństwo podejmowania decyzji o szczepieniach pod wpływem błędów poznawczych. Wrażliwy charakter problematyki szczepień wymaga kompleksowego zrozumienia różnych postaw, a nie typowej w świecie marketingu akcji promocyjnej. Odpowiedzialne podejście decydentów do tego zagadnienia pomoże im budować zaufanie społeczne, tak bardzo istotne we wszystkich działaniach zmierzających do wygaszenia pandemii.

- 1. Pełna informacja – wzmocnienie kompetencji decyzyjnych osób niezdecydowanych**

Kompleksowe wsparcie każdego procesu decyzyjnego wymaga informowania o zaletach i ryzykach związanych z przedmiotem decyzji. Pełna informacja powinna być też podstawą wspierania decyzji o przyjęciu szczepionki. W tym

kontekście szczególnie ważne są następujące kwestie:

- potrzeba wyjaśniania naukowych i pragmatycznych podstaw każdej podejmowanej decyzji dotyczącej przebiegu szczepień lub stosowanych preparatów;
- lekarze pierwszego kontaktu (POZ) powinni zostać wyposażeni w przystępny podręcznik prezentujący najważniejsze informacje o procesie szczepień oraz o bezpieczeństwie szczepionek. Takie działanie pozwoli na bardziej bezpośrednio wzmocnienie kompetencji decyzyjnych osób niezdecydowanych w zakresie szczepień na COVID-19, włączając w proces osoby zaufania publicznego, z którymi Polacy na co dzień konsultują swoje problemy zdrowotne;
- warunkiem skuteczności strategii komunikacyjnej jest spójność prowadzonych w ramach akcji szczepień działań z rekomendacjami dotyczącymi pozostałych metod ograniczania zakażeń (szczepienie w pierwszej kolejności tych, których warunki pracy szczególnie narażają na zachorowanie; konieczność podkreślenia, że w dalszym ciągu aktualne są zalecenia dotyczące interwencji niefarmaceutycznych (NPI), takich jak np. dystansowanie społeczne, noszenie maseczek (Pawińska, Zyzik, 2021);
- dostępność i przejrzystość informacji (z zastrzeżeniem, że prosty język nie może banalizować lub bagatelizować wagi omawianych problemów) oraz konieczność wskazania wiarygodnych źródeł wiedzy specjalistycznej i możliwości zasięgnięcia porady – tak by każdy lekarz potrafił jej udzielić; warto pod tym kątem dostosować informacje dostępne na stronie rządowej (www1);

- w przygotowywanych komunikatach należy uwzględnić fakt, że ludzie lepiej rozumieją podawanie informacji w języku częstotliwości (1 osoba na 100) niż w języku operującym odsetkami i prawdopodobieństwem;
- możliwość dostarczenia pełnej, rzeczowej i aktualnej informacji wymaga ciągłego monitorowania wyników badań naukowych nad skutecznością szczepionek oraz przebiegu sytuacji pandemicznej w innych państwach.

2. Precyzyjne zdefiniowanie czynników ryzyka

Jeszcze przez dłuższy czas szczepionka nie będzie dostępna dla większości populacji. Przyjęto zasadę pierwszeństwa szczepień seniorów, pracowników służby zdrowia oraz oświaty. Na kolejnych etapach potrzebne będą obiektywne kryteria określające kto powinien przyjmować szczepionkę i jak często.

Informowanie o ryzykach związanych ze szczepionkami wymaga uwzględnienia poniższych ustaleń:

- nie należy deprecjonować ryzyka wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych, ale dokładnie wyjaśnić zjawisko reaktogenności i uprzedzać o możliwych, krótkotrwałych niedogodnościach związanych z nabywaniem odporności;
- przedstawianie informacji o efektach szczepień powinno uwzględniać właściwe punkty odniesienia. Nie należy porównywać prawdopodobieństwa wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych między szczepionkami, ale każdorazowo podkreślać prawdopodobieństwo zachorowania i powikłań po zachorowaniu COVID-19;
- kolejność szczepień powinna bazować na aktualnych wynikach badań naukowych dotyczących źródeł zarażenia,

dróg transmisji wirusa i indywidualnych czynników ryzyka ciężkiego przebiegu choroby;

- ze względu na lokalne uwarunkowania zakażeń i transmisji wirusa oraz różnice w organizacji i dostępności ochrony zdrowia, wyniki badań międzynarodowych warto uzupełniać o wyniki badań krajowych;
- wychodząc naprzeciw trudnościom w oszacowaniu przez niezdecydowanych do szczepień ryzyka groźnego przebiegu zachorowania, krótkotrwałych uciążliwości poszczepiennych oraz długofalowych niepożądanych skutków szczepień, należy wskazać i wytłumaczyć podstawowe czynniki ryzyka poszczególnych kategorii – na podstawie aktualnych wyników badań.

3. Wrozumiałość i szacunek dla nieprzekonanych

Potrzebna jest postawa zrozumienia i empatii wobec wątpiących i niechętnych szczepieniom, charakteryzujących się większą awersją do ryzyka:

- piętnowanie ludzi, którzy nie chcą się szczepić lub wahają się jedynie utwierdza ich w przekonaniach – potrzebna jest raczej przemyślana strategia walki z dezinformacją będąca odpowiedzią na obawy i wątpiwości, uznająca je za normalne i racjonalne reakcje, a nie przejaw braku solidarności społecznej (Nyhan, Reifler, 2015);
- nie należy ignorować obaw związanych ze szczepionkami, ale rzeczowo tłumaczyć i informować;
- należy unikać nieprawdziwych i wprowadzających w błąd uproszczeń (np. porównań szczepionek nowej generacji ze szczepionkami, które „znamy z dzieciństwa” lub zacierania oczywistych różnic w mechanizmie działania

lub potencjalnych skutków ubocznych różnych preparatów);

- stosowanie w wielu krajach pokazowe szczepienia osób piastujących ważne funkcje publiczne buduje pozytywny wizerunek szczepionki, ale nie rozwiewa indywidualnych wątpiwości, zwłaszcza dotyczących własnego stanu zdrowia i odporności.

4. Minimalizacja kosztów, czyli sprawna organizacja

Efektywność procesu szczepień wymaga wsparcia organizacyjnego dla osób zdecydowanych, które z różnych powodów nie przychodzą na umówione wizyty:

- ułatwione procedury rejestracji i szczepień ograniczają koszty poznavcze i logistyczne;
- przypomnienia SMS, zwłaszcza wykorzystujące technikę ramowania (np. podkreślenie, że szczepionki są „zarezerwowane” lub „czekają” na adresata wiadomości) zwiększają poczucie odpowiedzialności zarejestrowanych i zapobiegają zapomnieniu lub pozwalają na zawiadomienie o rezygnacji z wizyty z wyprzedzeniem umożliwiającym umówienie innego pacjenta;
- miejsce szczepienia powinno być relatywnie blisko i łatwo dostępne, wszelkie koszty, nie tylko finansowe, ale również związane z podróżą, z brakiem możliwości pracy w danym dniu, lokalizacji miejsca powinny być zminimalizowane;
- przygotowanie personelu do odpowiedzi na pytania i wątpiwości zgłaszane przez szczepionych.

5. Elastyczność i szybkie reagowanie na nowe fakty

Kazus szczepionki brytyjskiej i kontrowersje towarzyszące czasowemu zawieszeniu jej stosowania, dowodzi że potrzebna jest

gotowość do reagowania na nieoczekiwane wydarzenia i informacje oraz wiedza pozwalająca na ich właściwą interpretację:

- należy być przygotowanym na kolejne doniesienia o niepożądanym skutkach działania już stosowanych i nowych szczepionek, ponieważ pełny cykl badań klinicznych zakończy się dopiero za kilka lat;
 - należy liczyć się z brakiem możliwości osiągnięcia odporności populacyjnej. Na razie nie wiadomo czy i na ile szczepionki ograniczają transmisję wirusa – zwłaszcza nowych wariantów, wyniki dotychczasowych badań nad koronawirusami wskazują, że osoby zaszczepione lub te, które uzyskały odporność, mogą przenosić wirusa w podobnej ilości i podobnie długo jak osoby, które nie wytworzyły przeciwciał (PAN, 2021); trwają badania dotyczące odporności nabywanej po przechorowaniu i po zaszczepieniu i konieczności ciągłego dostosowywania programu szczepień i innych działań ograniczających zasięg pandemii do aktualizowanej wiedzy o skuteczności szczepień i transmisji wirusa
- 6. Ostrożność w uprzywilejowywaniu zaszczepionych**

Dostępna dziś wiedza nie pozwala rozstrzygnąć czy paszporty szczepionkowe będą narzędziem pozwalającym na szybki

powrót do normalności. Wiele zależy od kształtowania się poziomu zakażeń i zachorowań. Wyniki badania PIE dowodzą, że Polacy są bardzo niechętni takim rozwiązaniom:

- wprowadzenie paszportów lub innych przywilejów wymagałoby szeregu trudnych rozstrzygnięć: co ze zdrowymi osobami niezaszczepionymi lub osobami, które nie powinny się szczepić, czy odporność po szczepieniu lub przechorowaniu daje wystarczającą gwarancję w długiej perspektywie, jak reagować jeśli będą pojawiały się kolejne mutacje odporne na szczepionki?
- z dystrybucją paszportów związane są również kwestie ekonomiczne, np. czy zmniejszenie obciążeń finansowych państwa związanych z żywieniem gospodarczym, którego przyczyną będzie ewentualny powrót osób z paszportami szczepionkowymi powinno przekładać się na większą pomoc finansową dla firm i ludzi, którzy z racji terminarzu szczepień jeszcze się nie zaszczepili;
- dyskryminacja społeczna ze względu na trudny do zobiektywizowania stan zdrowia może być źródłem nasilającej się nieufności w społeczeństwie, poczucia wykluczenia i utraty zaufania dla rządzących, a przez to może jeszcze bardziej zniechęcić nieprzekonanych do szczepień.

Podsumowanie

Przeprowadzone badanie ujawniło różnorodne postawy ankietowanych wobec szczepień, a duży odsetek niezdecydowanych pozwala przypuszczać, że dynamiczna sytuacja pandemiczna i towarzyszące jej zawirowania w przebiegu szczepień na świecie będą w dalszym ciągu wpływać na różnicowanie się tych postaw. Wiele z zaleceń naukowców behawioralnych dotyczących organizacji szczepień, informowania i zachęcania do rejestracji zastosowano – mniej lub bardziej świadomie – już na pierwszym etapie, dzięki czemu Polsce udało się osiągnąć wynik powyżej średniej unijnej. Dopóki zainteresowanie szczepieniami jest większe niż dostępność szczepionek wydaje się, że dotychczasowy model funkcjonowania programu szczepień nie potrzebuje dodatkowych rekomendacji behawioralnych. Na obecnym etapie najważniejsze rekomendacje sprowadzają się do sprawnej organizacji szczepień, zapewnienia wyczerpującej informacji i opieki zaszczepionym.

Wydaje się, że wyzwania natury behawioralnej mogą pojawić się na późniejszym etapie programu szczepień, kiedy zostaną zaszczepione osoby z grup ryzyka, a w społeczeństwie nadal nie uda

się wytworzyć odporności populacyjnej (warto pamiętać, że za tę odporność odpowiadają nie tylko szczepienia, ale także odporność naturalna ozdrowieńców). Wiele zależy od tego, jak będzie kształtowała się liczba zachorowań, jak bardzo będzie obciążony system ochrony zdrowia i na ile skuteczne okażą się szczepionki wśród osób już zaszczepionych. Zgromadzone przez nas dane i opracowane na ich podstawie rekomendacje pozwalają na przygotowanie kilku strategii działania, które mogą okazać się przydatne w przypadku, gdy na kolejnym etapie walki z pandemią zaistnieje potrzeba przekonania części niezdecydowanych do poddania się szczepieniu. Wówczas z rezerwą należy podejść do różnych prostych działań motywacyjnych, które znajdują zastosowanie w odniesieniu do mniej wrażliwych problemów i poważnie potraktować źródła wątpliwości i niepewności nieprzekonanych do szczepień, pomagając im w podjęciu dobrej dla nich decyzji. Upraszczać nieco, postugując się żargonem behawiorystów, można powiedzieć, że zachęcanie do szczepień powinno opierać się bodźcach adresowanych do tzw. systemu 2. (myślenie refleksyjne i świadome), a nie systemu 1. (automatycznych i instynktownych decyzji).

Bibliografia

- Ansons, T., Strong, C. (2020), *Vaccine Hesitancy, Understanding Belief Formation*, <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2020-11/vaccine-hesitancy-2020.pdf> [dostęp: 31.03.2021].
- Aschwanden, Ch. (2021), *Five reasons why COVID herd immunity is probably impossible*, <https://www.nature.com/articles/d41586-021-00728-2> [dostęp: 31.03.2021].
- BEWorks (2021), *BEACON: A Recovery Package for Overcoming Vaccine Hesitancy in Your Organization*, <https://beworks.com> [dostęp: 15.03.2021].
- BIT UK (2020), *Increasing vaccine uptake in low- and middle-income countries. Opportunities for behavioural science research*, <https://www.bi.team/wp-content/uploads/2020/04/Opportunities-for-behavioural-insights-research-on-vaccines-uptake-in-low-and-middle-income-countries.pdf> [dostęp: 31.03.2021].
- Brewer, N.T., Chapman, G.B., Rothman, A.J., Leask, J., Kempe, A. (2017), *Increasing vaccination: Putting psychological science into action*, „Psychological Science for the Public Interest”, No. 18(3).
- Business Insider (2021), *Sytuacja wokół AstraZeneki już wpłynęła na szczepienia w Polsce. Nie zgłasza się „do kilkudziesięciu procent osób”*, <https://businessinsider.com.pl/wiadomosci/szczepienia-astrazeneca-nie-zglasza-sie-do-kilkudziesieciu-procent-osob/xdrk4rm> [dostęp: 18.03.2021].
- Duda, S., Głogowska-Gruszka, A., Buczkowska, M. (2019), *Postawy i opinie rodziców dzieci w wieku do 6 lat zamieszkujących województwo śląskie na temat szczepień ochronnych w zależności od realizacji obowiązkowych szczepień*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 100(2).
- EMA (2021), *COVID-19 Vaccine AstraZeneca: benefits still outweigh the risks despite possible link to rare blood clots with low blood platelets*, <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-vaccine-astrazeneca-benefits-still-outweigh-risks-despite-possible-link-rare-blood-clots> [dostęp: 31.03.2021].
- Gagneur, A. (2020), *Motivational interviewing: a powerful tool to address vaccine hesitancy*, „Canada Communicable Disease Report”, No. 45(4).
- Goldstein, P., Yeyati, E.L., Sartorio, L. (2021), *Lockdown Fatigue: The Diminishing Effects of Quarantines on the Spread of COVID-19*, <https://growthlab.cid.harvard.edu/publications/lockdown-fatigue-diminishing-effects-quarantines-spread-covid-19> [dostęp: 31.03.2021].
- Harvey, H., Reissland, N., Mason, J. (2015), *Parental reminder, recall and educational interventions to improve early childhood immunisation uptake: a systematic review and meta-analysis*, „Vaccine”, No. 33(25).
- HCCBC (2020), *COVID-19 Vaccination: Reducing vaccine hesitancy Review & Recommendations*, Hertfordshire County Council Behaviour Change Unit, https://www.bsphn.org.uk/_data/site/54/pg/675/COVID-19-Vaccination-Reducing-Vaccine-Hesitancy.pdf [dostęp: 31.03.2021].
- Hope, A. (2021), *Vaccines: Four out of five AstraZeneca doses delivered have still not been used*, <https://www.brusselstimes.com/news/belgium-all-news/157117/vaccines-four-out-of-five-astrazeneca-doses-delivered-have-still-not-been-used/> [dostęp: 31.03.2021].
- Kadkhoda, K. (2021), *Herd Immunity to COVID-19: Alluring and Elusive*, „American Journal of Clinical Pathology”, No. 155 (4), <https://doi.org/10.1093/ajcp/aqaa272>.

- KEKST CNC (2020), *COVID-19 Opinion Tracker - Edition 6*, https://www.kekstcnc.com/media/3031/kekst-cnc_research-report_covid19_opinion-tracker_wave-6_final-101150.pdf [dostęp: 28.03.2021].
- KEKST CNC (2021), *COVID-19 Opinion Tracker - Edition 7*, <https://www.kekstcnc.com/insights/covid-19-opinion-tracker-edition-7> [dostęp: 31.03.2021].
- Ki Kim, J., Crimmins, E.M. (2020), *How does age affect personal and social reactions to COVID-19: Results from the national Understanding America Study*, <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0241950> [dostęp: 31.03.2021].
- Larson, H.J. et al. (2014), *Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature*, „Vaccine”, No. 32(19).
- Marlow, I., Hong, J. (2021), *Hong Kong Vaccine Rollout Hampered by Reliance on Chinese Shots*, <https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-03-22/hong-kong-vaccine-rollout-hampered-by-reliance-on-chinese-shots> [dostęp: 31.03.2021].
- McKee, C., Bohannon, K. (2016), *Exploring the Reasons Behind Parental Refusal of Vaccines*, „The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics”, No. 21(2).
- Milkman, K.L., Beshears, J., Choi, J.J., Laibson, D., Madrian, B.C. (2011), *Using implementation intentions prompts to enhance influenza vaccination rates*, „Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America”, No. 108(26).
- Milkman, K. et al. (2021), *A Mega-Study of Text-Based Nudges Encouraging Patients to Get Vaccinated at an Upcoming Doctor's Appointment*, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3780267 [dostęp: 31.03.2021].
- Moore, S., Hill, E., Tildesley, M., Dyson, L., Keeling, M. (2021), *Vaccination and non-pharmaceutical interventions for COVID-19: a mathematical modelling study*, „The Lancet Infectious Diseases”, 18.03.
- Nikolov, K. (2021), *Many Bulgarians do not want the COVID-19 vaccine*, https://www.euractiv.com/section/politics/short_news/many-bulgarians-do-not-want-the-covid-19-vaccine/ [dostęp: 25.03.2021].
- Nyhan, B., Reifler, J. (2015), *Does correcting myths about the flu vaccine work? An experimental evaluation of the effects of corrective information*, „Vaccine”, No. 33(3).
- OECD (2019), *Tools and Ethics for Applied Behavioural Insights: The BASIC Toolkit*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9ea76a8f-en>.
- PAN (2021), *Stanowisko 12. Nowa normalność – nie będzie szybkiego powrotu do świata sprzed pandemii*, <https://informacje.pan.pl/index.php/informacje/materialy-dla-prasy/3256-stanowisko-12-nowa-normalnosc-nie-bedzie-powrotu-do-swiata-sprzed-pandemii> [dostęp: 19.03.2021].
- PAP (2021), *Ponad połowa badanych zrezygnowałyby ze szczepionki AstraZeneca*, <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C837071%2Cponad-polowa-badanych-zrezygnowalyby-ze-szczepionki-astrazeneca.html> [dostęp: 22.03.2021].
- Pawińska, M., Zyzik, R. (2021), *Pandemia jako wyzwanie behawioralne*, Policy Paper, nr 1, Śliwowski, P., Winciewicz, A. (współpr.), Polski Instytut Ekonomiczny, Warszawa.
- Pilling, D. (2021), *AstraZeneca and the lessons of vaccine hesitancy*, <https://www.google.com/search?q=AstraZeneca+and+the+lessons+of+vaccine+hesitancy&oq=AstraZeneca+and+the+lessons+of+vaccine+hesitancy&aqs=chrome..69j57j69i61l-2.754j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8> [dostęp: 25.03.2021].

- Randerson, J. (2020), *Swedish deputy PM warns of 'counter reaction' to harsh lockdown measures*, „Politico”, 26.04, <https://www.politico.eu/article/swedish-deputy-pm-warns-of-counter-reaction-to-harsh-lockdown-measures/> [dostęp: 20.03.2021].
- Sibony (2020), *The UK COVID-19 Response: A Behavioural Irony?*, „European Journal of Risk Regulation”, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7201134/> [dostęp: 20.03.2021].
- „The Economist” (2021), *Increasingly, Europeans do not trust AstraZeneca's vaccine*, <https://www.economist.com/graphic-detail/2021/03/22/increasingly-europeans-do-not-trust-astrazenecas-vaccine> [dostęp: 26.03.2021].
- WHO (2020a), *Pandemic fatigue Reinvigorating the public to prevent COVID-19*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335820/WHO-EURO-2020-1160-40906-55390-eng.pdf> [dostęp: 31.03.2021].
- WHO (2020a), *WHO SAGE values framework for the allocation and prioritization of COVID-19 vaccination*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334299> [dostęp: 19.02.2021].
- WHO (2020b), *Behavioural considerations for acceptance and uptake of COVID-19 vaccines: WHO technical advisory group on behavioural insights and sciences for health, meeting report*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337335> [dostęp: 19.02.2021].
- WHO (2021), *WHO statement on AstraZeneca COVID-19 vaccine safety signals*, <https://www.who.int/news/item/17-03-2021-who-statement-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-safety-signals> [dostęp: 31.03.2021].
- Zalan, E. (2021) *Frustration at EU summit on slow vaccination*, <https://euobserver.com/coronavirus/151367> [dostęp: 31.03.2021].
- (www1) <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/od-kiedy-moge-sie-zaszczepic> [dostęp: 27.03.2021].

Aneks

Kwestionariusz badania ilościowego

PYTANIA POCZĄTKOWE

Płeć

- a. Kobieta
- b. Mężczyzna

Wiek

- a. 18-24 lata
- b. 25-34 lata
- c. 35-44 lata
- d. 45-54 lata
- e. 55-64 lata
- f. 65 lat i więcej

Województwo

(do wyboru z listy)

SZCZEPIONKI

DOŚWIADCZENIA SZCZEPIENIA PRZECIWKO COVID

1. Czy słyszałeś/aś o narodowym programie szczepień przeciwko COVID-19?

- a. Tak
- b. Nie → PRZEJDŹ DO PYT. 4

2. Czy zaszczepiłeś/eś się już przeciwko COVID-19?

- a. Tak, otrzymałem/am dwie dawki szczepionki
- b. Tak, otrzymałem/am jedną dawkę szczepionki
- c. Nie

3. ZADAJ JEŻELI PYT. 2 = NIE

Czy zarejestrowałeś/aś się już na szczepienie przeciwko COVID-19?

- a. Tak
- b. Nie

4. ZADAJ JEŻELI PYT. 3 = NIE, KOMUNIKAT W RAMCE POKAŻ TYLKO JEŻELI PYT. 1 = NIE

Niedawno wdrożony został narodowy program szczepień przeciw COVID-19. W pierwszym etapie rozpoczęto szczepienia seniorów, ale chęć zaszczepienia się mogą zgłaszać już teraz wszystkie osoby powyżej 18 r.ż.

Które z poniższych stwierdzeń najlepiej oddaje Twój stosunek do szczepień przeciwko COVID-19?

- a. Zdecydowanie chcę się zaszczepić przeciwko COVID-19
- b. Raczej chcę się zaszczepić przeciwko COVID-19
- c. Raczej nie chcę się szczepić przeciwko COVID-19
- d. Zdecydowanie nie chcę się zaszczepić przeciwko COVID-19
- e. Trudno powiedzieć

5. ZADAJ JEŻELI PYT. 4 = B/C/D/E**Co budzi Twoje wątpliwości w kwestii szczepień przeciwko COVID-19?**

[PYTANIE OTWARTE, MAX. 320 znaków]

6. Czy zachęcasz lub planujesz zachęcić swoich bliskich (np. rodzinę, przyjaciół) do zaszczepienia się przeciw COVID-19?

- a. Zdecydowanie tak
- b. Raczej tak
- c. Raczej nie
- d. Zdecydowanie nie
- e. Trudno powiedzieć

7. ZADAJ JEŻELI PYT. 1 = TAK. ROTACJA STWIERDZEŃ**Jak oceniasz jakość dostępnych informacji o programie szczepień przeciwko COVID-19? Określ na skali, na ile zgadzasz się z każdym z poniższych stwierdzeń:**

- a. Informacje o programie szczepień są łatwo dostępne.
- b. Informacje o programie szczepień są przejrzyste.
- c. W kwestii programu szczepień panuje chaos informacyjny.
- d. Informacje o tym, w jaki sposób się zgłosić na szczepienie są dla mnie jasne.
- e. Informacje o tym, gdzie się zgłosić na szczepienie są dla mnie jasne.
- f. Informacja o tym, kiedy powinienem/powinnam zarejestrować się na szczepienie jest dla mnie jasna
- g. Informacje o tym, czy powinienem/powinnam się zaszczepić w moim wieku lub stanie zdrowia jest dla mnie jasna

SKALA:

zdecydowanie się zgadzam

raczej się zgadzam

ani się zgadzam, ani się nie zgadzam

raczej się nie zgadzam

zdecydowanie się nie zgadzam

nie interesuje mnie to

HISTORIA I DOŚWIADCZENIA INNYCH SZCZEPIEŃ

8. Czy kiedykolwiek otrzymałeś szczepionkę przeciwko grypie, gdy byłeś dzieckiem/nieletni lub jako osoba dorosła?

- Gdy byłem/am dzieckiem
- Jako osoba dorosła

Odpowiedzi dla każdego wiersza: TAK / NIE / NIE WIEM / NIE PAMIĘTAM

9. ZADAJ JEŻELI PYT. 8 = TAK CO NAJMNIJ RAZ

Z którym zdaniem odnośnie szczepień na grypę się utożsamiasz?

- Zależy mi na tym, aby szczepić się na grypę co sezon
- Szczepię się na grypę, jedynie gdy jest ku temu okazja
- Żadne z powyższych

10. Ile masz dzieci poniżej 35. roku życia?

WPISZ LICZBĘ _____

11. ZADAJ JEŻELI PYT. 11 > 0.

Jakie szczepienia ma każde z Twoich dzieci? Wskaż odpowiedź dla każdego dziecka.

- Szczepienia obowiązkowe
- Szczepienia nieobowiązkowe
- Nie wiem
- Żadne

12. Czy Tobie lub bliskiemu członkowi Twojej rodziny zdarzyło się kiedykolwiek doświadczyć niepożądaných reakcji poszczepienných?

- Tak
- Nie
- Nie wiem / nie pamiętam

DOŚWIADCZENIA KORONAWIRUSA – ZDROWOTNE

13. Czy w ciągu ostatniego roku zachorowałeś na COVID-19?

- Tak
- Nie
- Nie wiem / trudno powiedzieć

14. ZADAJ JEŻELI PYT. 9 = NIE LUB NIE WIEM**Czy masz podejrzenie, że chorowałeś/aś na COVID-19?**

- a. Tak
- b. Nie
- c. Nie wiem / trudno powiedzieć

15. ZADAJ JEŻELI PYT. 9 = TAK**Czy z powodu COVID-19 trafiłeś/aś do szpitala?**

- a. Tak
- b. Nie

16. ZADAJ JEŻELI PYT. 9 = TAK LUB PYT. 10 = TAK**Jaki był przebieg Twojej choroby COVID-19?**

- a. Bardzo ciężki
- b. Raczej ciężki
- c. Ani ciężki, ani lekki
- d. Raczej lekki
- e. Bardzo lekki
- f. Nie doświadczyłem/am widocznych objawów

17. Czy ktoś z Twojego otoczenia chorował na COVID-19?

- a. Domownicy
- b. Bliska osoba/ bliskie osoby (np. przyjaciel, krewny, partner życiowy), z którymi nie mieszkam
- c. Współlokator/ka, najemca pokoju/ stancji/ mieszkania
- d. Znajomy z pracy/ uczelni/ szkoły
- e. Sąsiad/ka
- f. Ktoś inny, kto?

Odpowiedzi dla każdego wiersza: TAK / NIE / TRUDNO POWIEDZIEĆ / NIE DOTYCZY

18. Czy z powodu COVID-19 ktoś ze wskazanych grup osób z Twojego otoczenia trafił do szpitala?**POKAŹ KATEGORIE Z PYT. 13, DLA KTÓRYCH ODPOWIEDŹ „TAK”.**

- a. Domownicy
- b. Bliska osoba/ bliskie osoby (np. przyjaciel, krewny, partner życiowy), z którymi nie mieszkam
- c. Współlokator/ka, najemca pokoju/ stancji/ mieszkania
- d. Znajomy z pracy/ uczelni/ szkoły
- e. Sąsiad/ka
- f. Ktoś inny, kto?Odpowiedzi dla każdego wiersza: TAK/ NIE/ NIE WIEM

DOŚWIADCZENIA KORONAWIRUSA – SPOŁECZNO-GOSPODARCZE

19. Które z poniższych skutków pandemii w obszarze życia zawodowego dotknęły Cię osobiście?

- a. Utrata wcześniej wykonywanej pracy
- b. Konieczność zmiany wykonywanego zawodu
- c. Obniżenie dochodów własnych
- d. Obniżenie dochodów mojego gospodarstwa domowego
- e. Zwiększenie czasu pracy

Odpowiedzi dla każdego wiersza: TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY/ ODMOWA ODPOWIEDZI

20. ROTACJA STWIERDZEŃ Poniżej znajduje się lista ograniczeń wprowadzonych podczas pandemii.

Czy przyczyniły się one do poprawy czy też pogorszenia jakości Twojego życia?

- a. Zamknięte szkoły
- b. Zamknięte uczelnie
- c. Zakaz podróżowania za granicę
- d. Zamknięte lokale, restauracje
- e. Brak dostępu do sportu i rekreacji
- f. Zamknięcie kin, teatrów, odwołanie koncertów
- g. Ograniczenia w miejscach kultu religijnego
- h. Ograniczenia zgromadzeń rodzinnych w Święta
- i. Izolacja
- j. Konieczność pracy zdalnej
- k. Ograniczony dostęp do lekarzy specjalistów lub szpitala

Odpowiedzi dla każdego wiersza: POPRAWA JAKOŚCI MOJEGO ŻYCIA/ ANI POPRAWA ANI POGORSZENIE / POGORSZENIE JAKOŚCI MOJEGO ŻYCIA / NIE DOTYCZY

18. ROTACJA STWIERDZEŃ Czy zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami?

- a. Osoby zaszczepione powinny mieć pierwszeństwo w dostępie do ochrony zdrowia
- b. Osoby niezaszczepione nie powinny mieć swobody podróżowania za granicę
- c. Osoby zaszczepione powinny cieszyć się dodatkowymi przywilejami w miejscu pracy
- d. Przyjęta szczepionka nie powinna wiązać się z żadnymi przywilejami

19. ROTACJA STWIERDZEŃ Czy zgadzasz się z poniższymi stwierdzeniami?

- a. Trzeba się zaszczepić, żeby wrócić normalność
- b. Trzeba zaszczepić się dla swojego zdrowia
- c. Trzeba się zaszczepić – to kwestia odpowiedzialności za innych
- d. Seniorzy powinni mieć pierwszeństwo w kolejce do szczepień

SKALA 5–STOPNIOWA:

zdecydowanie się zgadzam

raczej się zgadzam

ani się zgadzam, ani się nie zgadzam

raczej się nie zgadzam

zdecydowanie się nie zgadzam

ŹRÓDŁA WIEDZY

20. Które stwierdzenie najlepiej oddaje Twoje zainteresowanie przebiegiem pandemii w Polsce i na świecie?

- a. Regularnie śledzę informacje na ten temat
- b. Od czasu do czasu sprawdzam informacje na ten temat
- c. Na początku pandemii śledziłem informacje regularnie, teraz rzadziej
- d. Czytam o pandemii, tylko gdy coś mi się pojawi przypadkowo
- e. Nie interesuje mnie to

21. ZADAJ JEŻELI PYT. 1 = TAK

Czy zetknąłeś się z informacjami na temat bezpieczeństwa i/lub skuteczności szczepień przeciw COVID-19 w poniższych źródłach?

- a. W artykułach w internecie na stronach informacyjnych (np. wp.pl, polsatnews.pl)
- b. W artykułach w internecie na portalach medycznych (np. Medonet, poradnikzdrowie.pl)
- c. Na rządowej stronie Internetowej
- d. W mediach społecznościowych (np. Facebook, Twitter, YouTube)
- e. W telewizji
- f. Podczas konsultacji u lekarza
- g. W prasie codziennej
- h. Na plakatach / billboardach w przestrzeni publicznej
- i. W radio
- j. Od pracodawcy
- k. W artykułach naukowych

ODPOWIEDZI: TAK/ NIE/ NIE KORZYSTAM Z TEGO MEDIUM/ TRUDNO POWIEDZIEĆ

22. MOŻLIWE WIELE ODPOWIEDZI, ZDJĘCIA W KOLEJNOŚCI LOSOWEJ

Który z poniższych autorytetów uważasz za wart wysłuchania w kontekście decyzji o zaszczepieniu przeciwko COVID-19?

- a. Zdjęcie **Źródło_1**
- b. Zdjęcie **Źródło_2**
- c. Zdjęcie **Źródło_3**
- d. Żadne z powyższych

22a. JEŻELI PYT. 22 = ŻADNE Z POWYŻSZYCH

W poprzednim pytaniu nie wskazałeś/aś żadnej osoby. Jaki inny autorytet uważasz za wart wysłuchania w kontekście decyzji o zaszczepieniu przeciwko COVID-19?

PYTANIE OTWARTE

- e. Żaden

23. MOŻLIWE WIELE ODPOWIEDZI**Czy spotkałeś się z poniższymi informacjami na temat szczepionek na COVID-19?**

- a. Informacje dotyczące potencjalnych skutków ubocznych
- b. Informacje dotyczące szkodliwości szczepionek dla osób z określonych grup wiekowych
- c. Informacje dotyczące szkodliwości dla osób o osłabionej odporności
- d. Inne, jakie?
- e. Żadne z powyższych

24. ZADAJ JEŻELI PYT. 23**Gdzie się zetknąłeś z tymi informacjami?**

- a. U lekarza
- b. W materiale popularnonaukowym lub publicystycznym
- c. W artykule naukowym lub z prasy specjalistycznej
- d. Wśród znajomych
- e. Inne, jakie?

METRYCZKA**1. Jakie jest Twoje obecne wykształcenie (ostatnio ukończona szkoła)?**

- a. Podstawowe/ gimnazjum
- b. Zasadnicze
- c. Średnie
- d. Pomaturalne/ policealne
- e. Niepełne wyższe
- f. Wyższe

2. W jakiej miejscowości mieszkasz?

- a. Wieś
- b. Małe miasto (do 20 tys. mieszkańców)
- c. Średnie miasto (od 20 do 99 tys. mieszkańców)
- d. Duże miasto (od 100 do 500 tys. mieszkańców)
- e. Wielkie miasto (powyżej 500 tys. mieszkańców)

3. Czy obecnie uczysz się lub studiujesz?

- a. Uczę się (np. w szkole średniej, policealnej, liceum dla dorosłych)
- b. Studiuję (studia licencjackie, magisterskie lub doktoranckie)
- c. Żadne z powyższych

4. Jaki jest Twój status zawodowy?

- a. Pracuję na umowę o pracę
- b. Pracuję na umowę zlecenie / o dzieło
- c. Pracuję w ramach innych umów
- d. Prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą
- e. Prowadzę firmę
- f. Emeryt/ rencista
- g. Żadne z powyższych

5. ZADAJ JEŻELI PYT. 4**W jakim sektorze pracujesz?**

- a. Ochrona zdrowia
- b. Kultura
- c. Szkolnictwo
- d. Personel pomocniczy w ochronie zdrowia lub szkolnictwie
- e. Gastronomia/ hotelarstwo / turystyka
- f. Pracownik umysłowy w sektorze prywatnym
- g. W obsłudze klienta w sektorze prywatnym
- h. Inne, jakie?

6. Ile wynoszą dochody Twojego gospodarstwa domowego netto (na rękę) w przeliczeniu na osobę?

- a. Poniżej 1000 zł
- b. 1001-1500 zł
- c. 1501-2000 zł
- d. 2001-2500 zł
- e. 2501-3000 zł
- f. Powyżej 3000 zł

7. Ile osób liczy Twoje gospodarstwo domowe?**8. ZADAJ JEŻELI PYT. 2 > 1. A ile z tych osób to dzieci lub młodzież do 18 r.ż?****9. ZADAJ JEŻELI PYT. 2 > 1. A ile z tych osób to osoby powyżej 60 r.ż.?**

Spis infografik, rysunków i wykresów

➤ Infografika 1. Profil demograficzny osób zaszczepionych lub zarejestrowanych na szczepienie przeciwko COVID-19	18
➤ Infografika 2. Profil demograficzny osób przekonanych do zaszczepienia przeciwko COVID-19	20
➤ Infografika 3. Profil demograficzny osób niezdecydowanych w kwestii szczepień przeciwko COVID-19 (stan na koniec lutego 2021 r.)	25
➤ Infografika 4. Profil demograficzny osób przeciwnych zaszczepieniu przeciwko COVID-19 (stan na koniec lutego 2021 r.)	33
➤ Infografika 5. Rodzaje argumentacji wykorzystane w badaniu	41
➤ Rysunek 1. Struktura zachowań i postaw wobec szczepień przeciwko COVID-19	6
➤ Wykres 1. Liczba zaaplikowanych dawek szczepionki przeciw COVID-19 w przeliczeniu na 100 osób w wybranych państwach	11
➤ Wykres 2. Wpływ ograniczeń pandemicznych na jakość życia (dane w proc.)	12
➤ Wykres 3. Struktura postaw wobec szczepień przeciwko COVID-19, stan na koniec lutego 2021 r.	16
➤ Wykres 4. Liczba zaaplikowanych dawek szczepionki przeciw COVID-19 w przeliczeniu na 100 osób, dane dla Polski	17
➤ Wykres 5. Postawy wobec szczepień przeciwko COVID-19 wśród osób niezaszczepionych i niezarejestrowanych na szczepienie (stan na koniec lutego 2021 r.)	19
➤ Wykres 6. Źródła motywacji do szczepienia przeciwko COVID-19 wśród przekonanych do szczepienia (w proc.)	21
➤ Wykres 7. Uznanie dla wybranych autorytetów i ich argumentacji wśród przekonanych do szczepienia	21
➤ Wykres 8. Opinie dotyczące przywilejów dla osób zaszczepionych przeciw COVID-19 wśród przekonanych do szczepienia (w proc.)	22
➤ Wykres 9. Zainteresowanie pandemią wśród przekonanych do szczepienia (w proc.)	22
➤ Wykres 10. Źródła wiedzy na temat szczepień przeciwko COVID-19 wśród przekonanych do szczepienia (w proc.)	23
➤ Wykres 11. Kontakt z informacjami o skutkach ubocznych lub szkodliwości szczepionek przeciwko COVID-19 wśród przekonanych do szczepienia (w proc.)	23
➤ Wykres 12. Źródło informacji na temat skutków ubocznych lub szkodliwości szczepionki przeciwko COVID-19 wśród przekonanych do szczepienia (w proc.)	24

✎ Wykres 13. Ocena jakości informacji o programie szczepień wśród niezaszczepionych przekonanych wśród przekonanych do szczepienia (w proc.)	24
✎ Wykres 14. Wątpliwości dotyczące szczepień przeciwko COVID-19 wśród niezdecydowanych (w proc.)	26
✎ Wykres 15. Źródła motywacji do szczepienia przeciwko COVID-19 wśród niezdecydowanych (w proc.)	27
✎ Wykres 16. Źródła motywacji do szczepienia przeciwko COVID-19 wśród niezdecydowanych – dane szczegółowe (w proc.)	27
✎ Wykres 17. Uznanie dla wybranych autorytetów i ich argumentacji wśród niezdecydowanych	28
✎ Wykres 18. Opinie dotyczące przywilejów dla osób zaszczepionych przeciw COVID-19 wśród niezdecydowanych (w proc.)	29
✎ Wykres 19. Opinie dotyczące przywilejów dla osób zaszczepionych przeciw COVID-19 wśród niezdecydowanych – dane szczegółowe (w proc.)	29
✎ Wykres 20. Zainteresowanie pandemią wśród niezdecydowanych (w proc.)	30
✎ Wykres 21. Źródła wiedzy na temat szczepień przeciwko COVID-19 wśród niezdecydowanych (w proc.)	30
✎ Wykres 22. Wiedza o skutkach ubocznych lub szkodliwości szczepionek przeciwko COVID-19 wśród niezdecydowanych (w proc.)	31
✎ Wykres 23. Źródło informacji na temat skutków ubocznych lub szkodliwości szczepionki przeciwko COVID-19 wśród niezdecydowanych (w proc.)	31
✎ Wykres 24. Ocena jakości informacji o programie szczepień wśród niezaszczepionych przekonanych wśród niezdecydowanych (w proc.)	32
✎ Wykres 25. Wątpliwości dotyczące szczepień przeciwko COVID-19 wśród przeciwnych (w proc.)	34
✎ Wykres 26. Źródła motywacji do szczepienia przeciwko COVID-19 wśród przeciwnych (w proc.)	35
✎ Wykres 27. Uznanie dla wybranych autorytetów i ich argumentacji wśród przeciwnych	35
✎ Wykres 28. Opinie dotyczące przywilejów dla osób zaszczepionych przeciw COVID-19 wśród przeciwnych (w proc.)	36
✎ Wykres 29. Zainteresowanie pandemią wśród przeciwnych (w proc.)	36
✎ Wykres 30. Źródła wiedzy na temat szczepień przeciwko COVID-19 wśród przeciwnych (w proc.)	37
✎ Wykres 31. Wiedza o skutkach ubocznych lub szkodliwości szczepionek przeciwko COVID-19 wśród przeciwnych (w proc.)	37
✎ Wykres 32. Źródło informacji na temat skutków ubocznych lub szkodliwości szczepionki przeciwko COVID-19 wśród przeciwnych (w proc.)	38
✎ Wykres 33. Ocena jakości informacji o programie szczepień wśród przeciwnych (w proc.)	38

Polski Instytut Ekonomiczny

Polski Instytut Ekonomiczny to publiczny *think tank* gospodarczy, którego historia sięga 1928 roku. Obszary badawcze Polskiego Instytutu Ekonomicznego to przede wszystkim handel zagraniczny, makroekonomia, energetyka i gospodarka cyfrowa oraz analizy strategiczne dotyczące kluczowych obszarów życia społecznego i publicznego Polski. Instytut zajmuje się dostarczaniem analiz i ekspertyz do realizacji Strategii na Rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju, a także popularyzacją polskich badań naukowych z zakresu nauk ekonomicznych i społecznych w kraju oraz za granicą.