

Redakcja:
Małgorzata Gambin
Bogdan Zawadzki

PANDEMIA COVID-19
PERSPEKTYWA PSYCHOLOGICZNA



Tom 3 Serii wydawniczej Wydziału Psychologii Uniwersytetu
Warszawskiego pt. *Psychological Currents. Theory and Research*

PANDEMIA COVID-19
PERSPEKTYWA PSYCHOLOGICZNA

Redakcja:
Małgorzata Gambin
Bogdan Zawadzki

PANDEMIA COVID-19
PERSPEKTYWA PSYCHOLOGICZNA



Seria wydawnicza Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego
Psychological Currents. Theory and Research

Tom 3

Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna

Redakcja naukowa: Małgorzata Gambin, Bogdan Zawadzki

Recenzenci:

prof. dr hab. Dariusz Doliński (Uniwersytet SWPS we Wrocławiu)

prof. dr hab. Małgorzata Kossowska (Uniwersytet Jagielloński)

Korekta językowa:

Małgorzata Najderska

Projekt okładki:

Dominika Karaś

Ilustracja na okładce:

pixabay.com; autor: Matryx

Skład i łamanie:

Studio DTP Academicon | Patrycja Waleszczak

ntp@academicon.pl, ntp.academicon.pl



Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0
Treść licencji jest dostępna na stronie: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Publikacja finansowana ze środków Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego przyznanych przez MNiSW w formie subwencji na utrzymanie i rozwój potencjału badawczego w roku 2022.

Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri, 2022

www.LiberiLibri.pl

ISBN: 978-83-63487-60-7

DOI: 10.47943/lib.9788363487607

SKRÓCONY SPIS TREŚCI

| | |
|--|-----|
| Małgorzata Gambin, Bogdan Zawadzki Wstęp | 15 |
| Dominika Adamczyk, Diana Jaworska, Daria Affeltowicz, Dominika Maison Wzorce reakcji emocjonalnych na pandemię COVID-19 w różnych okresach jej trwania – badanie jakościowe | 29 |
| Małgorzata Dragan, Piotr Grajewski, Annett Lotzin Poczucie obciążenia a dobrostan psychiczny w przebiegu pandemii COVID-19. Wyniki badania podłużnego ADJUST | 67 |
| Bogdan Zawadzki, Agnieszka Popiel, Maksymilian Bielecki, Błażej Mroziński, Ewa Pragłowska Negatywne reakcje emocjonalne na stres pandemii wirusa SARS-CoV-2: rola stresorów, cech osobowości i poznawczych strategii regulacji emocji zorientowanych na unikanie ... | 89 |
| Maria Cyniak-Cieciura, Bogdan Zawadzki Osobowościowe predyktory dobrostanu psychicznego w czasie pandemii COVID-19: analiza profili latentnych | 127 |
| Natalia Wojtkowiak, Karolina Hansen Sprawczość i wspólnotowość a lęk i samopoczucie w trakcie pandemii COVID-19 | 157 |
| Oliwia Maciantowicz, Mateusz Choiński Postawy wobec pandemii COVID-19 w Polsce: powiązania z klarownością Ja, poczuciem sensu życia oraz religijnością | 183 |
| Ewa Malinowska, Dominika Żarnecka, Julia Wyszomirska, Sylwia Hyniewska, Małgorzata Filon, Emilia Łojek Nowe wyzwania dla neuropsychologii klinicznej: studia przypadku osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2 | 205 |

| | |
|---|-----|
| Ewa Pisula, Kamilla Bargiel-Matusiewicz Percepcja sytuacji pandemii, deklarowane zachowanie oraz symptomy lęku i depresji u dorosłych ze spektrum autyzmu w początkowej fazie pandemii COVID-19 | 233 |
| Weronika Hryniszak, Katarzyna Sanna, Beata Szramka-Pawlak COVID-19 a zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne: czy pandemia zmienia obraz OCD? | 273 |
| Małgorzata Gambin, Grażyna Kmita, Małgorzata Woźniak-Prus, Joanna Boruszak-Kiziukiewicz, Karolina Kubicka Rodziny z dziećmi i nastolatkami w czasach pandemii COVID-19. Złożony obraz relacji | 291 |
| Adriana Wagner, Anna Cierpka Powrót do rodzinnych domów w czasie pandemii COVID-19 w doświadczeniu polskich studentów | 313 |
| Zofia Borska-Mądrzycka, Karolina Małek, Ewa Malinowska, Mateusz Płatos, Agnieszka Wojnarowska, Wouter de Raad, Albertyna Osińska Doświadczenia nauczycieli akademickich Uniwersytetu Warszawskiego podczas pierwszych miesięcy pandemii COVID-19. Badanie jakościowe | 341 |

SZCZEGÓŁOWY SPIS TREŚCI

| | |
|--|----|
| Małgorzata Gambin, Bogdan Zawadzki | |
| Wstęp | 15 |
| Sytuacja w Polsce w trakcie półtora roku trwania pandemii COVID-19 | 17 |
| Bibliografia | 26 |
| Dominika Adamczyk, Diana Jaworska, Daria Affeltowicz, Dominika Maison | |
| Wzorce reakcji emocjonalnych na pandemię COVID-19 w różnych okresach jej trwania – badanie jakościowe | 29 |
| Streszczenie | 30 |
| Abstract | 30 |
| Sytuacja w Polsce | 31 |
| Reakcje emocjonalne na pandemię koronawirusa | 33 |
| Reakcje emocjonalne a zmienne indywidualne (demograficzne i psychologiczne) ... | 34 |
| Badanie własne | 35 |
| Metoda | 37 |
| Osoby badane | 38 |
| Procedura badania | 38 |
| Narzędzia | 39 |
| Analiza | 40 |
| Wyniki | 41 |
| Pierwsza fala badania (marzec 2020) – niepokój i zagrożenie. | |
| Odczuwane emocje: strach, niepokój, lęk, poczucie zagrożenia, smutek | 41 |
| Druga fala badania (kwiecień 2020) – niepewność i zmęczenie. Odczuwane emocje: emocje z pierwszej fali (strach, niepokój, lęk, poczucie zagrożenia, smutek) + niepewność, bezradność, strach, zmęczenie, złość, spokój | 43 |
| Trzecia, czwarta i piąta fala badania (kwiecień–czerwiec 2020) – wyodrębnienie wzorców reagowania emocjonalnego | 44 |
| Piąta fala badania (czerwiec 2020). Odczuwane emocje: radość i nadzieja na powrót do normalnego życia | 49 |

| | |
|--|-----|
| Szósta fala badania (listopad 2020). Odczuwane emocje: spokój, niepewność, zmęczenie | 49 |
| Podsumowanie i dyskusja | 50 |
| Ograniczenia i przyszłe badania | 53 |
| Bibliografia | 54 |
| Załącznik A | 60 |
| Załącznik B | 62 |
| Załącznik C | 63 |
| Małgorzata Dragan, Piotr Grajewski, Annett Lotzin | |
| Poczucie obciążenia a dobrostan psychiczny w przebiegu pandemii COVID-19. | |
| Wyniki badania podłużnego ADJUST | 67 |
| Streszczenie | 68 |
| Abstract | 69 |
| Metoda | 72 |
| Badanie ADJUST – cel i metoda | 72 |
| Osoby badane | 73 |
| Analizy statystyczne | 75 |
| Wyniki | 75 |
| Dyskusja | 81 |
| Bibliografia | 85 |
| Bogdan Zawadzki, Agnieszka Popiel, Maksymilian Bielecki, Błażej Mroziński, Ewa Pragłowska | |
| Negatywne reakcje emocjonalne na stres pandemii wirusa SARS-CoV-2: rola stresorów, cech osobowości i poznawczych strategii regulacji emocji zorientowanych na unikanie ... | 89 |
| Streszczenie | 90 |
| Abstract | 90 |
| Metoda | 95 |
| Przebieg badań i zastosowane narzędzia | 95 |
| Osoby badane | 96 |
| Wyniki | 97 |
| Stresory pandemiczne | 97 |
| Zmienne demograficzne i cechy osobowości | 100 |
| Poznawcze strategie regulacji emocji zorientowane na unikanie | 103 |
| Stan emocjonalny w pandemii | 105 |
| Dyskusja | 116 |
| Bibliografia | 119 |
| Załącznik A | 123 |

| | | |
|--|-----|-----|
| Załącznik B | 124 | |
| Załącznik C | 125 | |
| Załącznik D | 125 | |
| Maria Cyniak-Cieciura, Bogdan Zawadzki | | |
| Osobowościowe predyktory dobrostanu psychicznego w czasie pandemii COVID-19: analiza profili latentnych | | 127 |
| Streszczenie | 128 | |
| Abstract | 129 | |
| Osobowościowe predyktory dobrostanu psychicznego w czasie pandemii COVID-19 | 131 | |
| Metoda | 134 | |
| Osoby badane i procedura | 134 | |
| Pomiar zmiennych | 135 | |
| Procedura analizy danych | 136 | |
| Wyniki | 137 | |
| Współczynniki korelacji | 137 | |
| Wyłonienie skal stresorów związanych z pandemią COVID-19 | 140 | |
| Analiza profili latentnych | 140 | |
| Porównania pomiędzy profilami | 143 | |
| Dyskusja | 146 | |
| Bibliografia | 149 | |
| Załącznik A | 155 | |
| Natalia Wojtkowiak, Karolina Hansen | | |
| Sprawczość i wspólnotowość a lęk i samopoczucie w trakcie pandemii COVID-19 | | 157 |
| Streszczenie | 158 | |
| Abstract | 159 | |
| Konsekwencje psychologiczne | 160 | |
| Sprawczość i wspólnotowość | 161 | |
| Badanie własne | 163 | |
| Cele i hipotezy badawcze | 163 | |
| Okoliczności przeprowadzenia badania | 165 | |
| Metoda | 166 | |
| Osoby badane | 166 | |
| Narzędzia badawcze i procedura | 167 | |
| Strategia analityczna | 169 | |
| Wyniki | 170 | |

| | |
|--|-----|
| Dodatkowe analizy | 174 |
| Dyskusja | 174 |
| Sprawczość i wspólnotowość a funkcjonowanie psychiczne | 175 |
| Ograniczenia | 177 |
| Wnioski | 177 |
| Bibliografia | 178 |
| Załącznik A | 181 |
| | |
| Oliwia Maciantowicz, Mateusz Choiński | |
| Postawy wobec pandemii COVID-19 w Polsce: powiązania z klarownością Ja, poczuciem sensu życia oraz religijnością | 183 |
| Streszczenie | 184 |
| Abstract | 184 |
| Czynniki ułatwiające radzenie sobie z sytuacjami trudnymi | 187 |
| Cel badawczy | 190 |
| Metoda | 191 |
| Osoby badane | 191 |
| Procedura | 191 |
| Narzędzia | 192 |
| Religijność | 193 |
| Poczucie sensu życia | 193 |
| Klarowność pojęcia Ja | 193 |
| Wyniki | 194 |
| Dyskusja | 197 |
| Bibliografia | 200 |
| | |
| Ewa Malinowska, Dominika Żarnecka, Julia Wyszomirska, Sylwia Hyniewska, Małgorzata Filon, Emilia Łojek | |
| Nowe wyzwania dla neuropsychologii klinicznej: studia przypadku osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2 | 205 |
| Streszczenie | 206 |
| Abstract | 206 |
| Studia przypadku | 215 |
| Przypadek 1. | 215 |
| Przypadek 2. | 219 |
| Podsumowanie i rekomendacje | 223 |
| Bibliografia | 226 |

Ewa Pisula, Kamilla Bargiel-Matusiewicz

| | |
|--|-----|
| Percepcja sytuacji pandemii, deklarowane zachowanie oraz symptomy lęku i depresji u dorosłych ze spektrum autyzmu w początkowej fazie pandemii COVID-19 | 233 |
| Streszczenie | 234 |
| Abstract | 235 |
| Pytania badawcze | 238 |
| Metoda | 238 |
| Procedura badania | 238 |
| Narzędzia badawcze | 239 |
| Charakterystyka badanej próby | 241 |
| Wyniki | 243 |
| Wiedza na temat pandemii koronawirusa | 244 |
| Ocena własnego stanu emocjonalnego w czasie pandemii | 245 |
| Ocena ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 i śmiertelnego przebiegu choroby | 247 |
| Przewidywany czas trwania pandemii COVID-19 | 249 |
| Zachowanie w czasie pandemii | 250 |
| Wsparcie w okresie pandemii COVID-19 – potrzeby i dostępność | 253 |
| Stosunek do szczepienia przeciwko COVID-19 | 256 |
| Symptomy lęku i depresji w badanych grupach | 258 |
| Nasilenie cech autystycznych a symptomy lęku i depresji | 259 |
| Związek między symptomami depresji i lęku a nasileniem cech autystycznych oraz poczuciem osamotnienia w czasie pandemii u osób ze spektrum autyzmu | 260 |
| Związek między nasileniem lęku a częstością sprawdzania informacji na temat pandemii, oceną ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 i skutków choroby u osób ze spektrum autyzmu | 260 |
| Podsumowanie i dyskusja | 261 |
| 1. Skąd osoby ze spektrum autyzmu czerpały wiedzę na temat pandemii COVID-19 i jak często poszukiwały tych informacji? | 261 |
| 2. Jakich emocji osoby ze spektrum autyzmu doświadczały w związku z pandemią? | 262 |
| 3–4. Jak osoby ze spektrum autyzmu szacowały ryzyko zakażenia koronawirusem i zagrożenia życia u siebie oraz najbliższych? Jaki czas trwania pandemii przewidywały? | 263 |
| 5. Zachowanie w czasie pandemii: czy osoby ze spektrum autyzmu deklarowały przestrzeganie reżimu sanitarnego? | 263 |

| | |
|--|-----|
| 6. Wsparcie społeczne: Czy osoby ze spektrum autyzmu potrzebują pomocy w sytuacji pandemii? Czy wsparcie jest im dostępne? Jakiego wsparcia potrzebują według nich osoby z autyzmem? | 264 |
| 7. Jaki jest stosunek osób ze spektrum autyzmu do szczepień przeciwko COVID-19? | 266 |
| 8. Jaki był poziom symptomów lęku i depresji u osób ze spektrum autyzmu w początkowym okresie pandemii? Jaki był związek między nasileniem cech autystycznych oraz poczuciem osamotnienia a poziomem doświadczanego lęku i symptomów depresji? | 266 |
| Mocne strony i ograniczenia badania | 268 |
| Bibliografia | 269 |
| Weronika Hryniszak, Katarzyna Sanna, Beata Szramka-Pawlak | |
| COVID-19 a zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne: czy pandemia zmienia obraz OCD? | 273 |
| Streszczenie | 274 |
| Abstract | 274 |
| Charakterystyka zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego | 274 |
| Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne – koncepcje wyjaśniające patomechanizm | 277 |
| Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne w świetle pandemii COVID-19 | 279 |
| Egodystoniczność objawów | 282 |
| Podsumowanie | 284 |
| Bibliografia | 284 |
| Małgorzata Gambin, Grażyna Kmita, Małgorzata Woźniak-Prus, Joanna Boruszak-Kiziukiewicz, Karolina Kubicka | |
| Rodziny z dziećmi i nastolatkami w czasach pandemii COVID-19. Złożony obraz relacji | 291 |
| Streszczenie | 292 |
| Abstract | 293 |
| Wyzwania i zagrożenia dla funkcjonowania emocjonalnego dzieci i nastolatków w trakcie pandemii | 294 |
| Jakość relacji rodzinnych a funkcjonowanie emocjonalne dzieci i nastolatków w trakcie pandemii | 295 |
| Zagrożenia dla rodzin z dziećmi ze specjalnymi potrzebami zdrowotnymi, rozwojowymi i edukacyjnymi | 296 |
| Zagrożenia dla funkcjonowania emocjonalnego dzieci i rodzin związane z restrykcjami w placówkach opiekuńczych, terapeutycznych i medycznych | 297 |
| Wyzwania i zagrożenia dla rodziców w trakcie pandemii | 298 |

| | |
|--|-----|
| Przemoc i konflikty rodzinne w trakcie pandemii COVID-19 | 298 |
| Pozytywne aspekty pandemii COVID-19 dla funkcjonowania rodzin z dziećmi | 300 |
| Badania grupy badawczej Psychologiczne Aspekty Pandemii dotyczące relacji w rodzinach z dziećmi i funkcjonowania emocjonalnego dzieci, młodzieży i rodziców w trakcie pandemii | 301 |
| Uwarunkowanie objawów depresji i lęku uogólnionego w trakcie roku trwania pandemii: badania zespołu Małgorzaty Gambin | 301 |
| Rodzice i dzieci wobec pandemii: badania zespołu Grażyny Kmity | 303 |
| Pandemia COVID-19 a zdrowie psychiczne i samopoczucie małych dzieci (1–6 lat) oraz ich rodzin: badanie kierowane przez Joanną Boruszak- -Kizukiewicz | 304 |
| Młodzież w wieku 16–18 lat wobec pandemii COVID-19: badanie kierowane przez Małgorzatę Woźniak-Prus | 305 |
| Ograniczenia badań | 306 |
| Podsumowanie | 307 |
| Bibliografia | 308 |

Adriana Wagner, Anna Cierpka

| | |
|---|-----|
| Powrót do rodzinnych domów w czasie pandemii COVID-19 w doświadczeniu polskich studentów | 313 |
| Streszczenie | 314 |
| Abstract | 314 |
| Metoda | 317 |
| Procedura badawcza | 318 |
| Osoby badane | 318 |
| Plan analizy materiału badawczego | 319 |
| Wyniki i dyskusja | 320 |
| <i>Lockdown</i> – wydarzenie kryzysowe | 321 |
| Powrót do domu | 322 |
| Życie z rodziną | 324 |
| Aktywność zdalna | 327 |
| Życie społeczne | 332 |
| Wolny czas | 334 |
| Podsumowanie | 335 |
| Bibliografia | 337 |

Zofia Borska-Mądrzycka, Karolina Małek, Ewa Malinowska, Mateusz Płatos, Agnieszka Wojnarowska,
Wouter de Raad, Albertyna Osińska

| | |
|--|-----|
| Doświadczenia nauczycieli akademickich Uniwersytetu Warszawskiego podczas pierwszych miesięcy pandemii COVID-19. Badanie jakościowe | 341 |
| Streszczenie | 342 |
| Abstract | 343 |
| Nowy kontekst dydaktyki uniwersyteckiej | 344 |
| Metoda | 346 |
| Jakościowy paradygmat badawczy | 346 |
| Wywiad | 346 |
| Analiza danych | 347 |
| Procedura badania | 347 |
| Grupa badana | 348 |
| Wyniki | 349 |
| Opis tematów | 350 |
| Dyskusja | 366 |
| Bibliografia | 368 |

Wstęp

Epidemie były (o czym wiemy z zapisków historycznych), są (co możemy naocznie stwierdzić) i będą (czego możemy z dużym prawdopodobieństwem oczekiwać). Nie powinny zatem być dla ludzi zaskoczeniem, choć faktycznie za każdym razem pojawienie się epidemii wywołuje typowy od wieków wzór reakcji nacechowany niedowierzaniem i paniką. Oczywiście z dawnych czasów nie zachowały się prace naukowe, ale istnieje dokumentacja w postaci zarówno materiałów historycznych (zob. Wrzesiński, 2008), literatury pięknej, jak przykładowo powieści Alberta Camusa (*Dżuma*), Daniela Defoe (*Dziennik roku zarazy*), Andrzeja Szczypiorskiego (*Msza za miasto Arras*) czy zbiór opowiadań Giovanniego Boccaccio, mających w tle epidemię dżumy (słynny, wpisany na listę ksiąg zakazanych *Dekameron*), oraz malarstwa – na przykład obrazy Albrechta Dürera (*Cztery jeźdźcy Apokalipsy*, czyli: Zaraza, Wojna, Głód i Śmierć) czy Pietera Bruegla (*Triumf śmierci*). Zachowały się także stosunkowo liczne dokumenty¹ oraz „rozprawy naukowe”, np. Piotra Umiastowskiego: *Nauka o morowym powietrzu na czwory księgi rozłożone* (Kraków, 1591) czy Hieronima Powodowskiego: *Recepta Duszna y ćielesna przeciw Powietrzu morowemu* (1589; zob. wykaz w pracy Wrzesińskiego, 2008). W każdym okresie próbowano dociekać przyczyn wybuchu epidemii i określać środki zaradcze, zarówno przez poszczególnych ludzi, jak też władze regionalne i centralne. Oczywiście w każdej epoce formułowano diagnozy oraz formy profilaktyki i terapii odpowiednie dla ówczesnych przekonań – średniowieczne dokumenty kierowały zatem w stronę zjawisk astrologicznych jako przyczyny epidemii czy też upatrywały w niej boskiej kary za grzechy lub dzieła szatana. Niekiedy

¹ Z czasów współczesnych – bogata dokumentacja dotycząca przebiegu epidemii ospy prawdziwej (tzw. czarnej) we Wrocławiu w 1963 roku; zob. <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego,epidemia-ospy-we-wroclawiu-w-1963-r----surowe-zasady-sanitarne,artykul,79664621.html>; dostęp: 27.02.2022.

przybierały systematyczny (ówczasie wręcz „naukowy”) charakter dociekania przyczyn zarazy – zacytujmy:

W 1348 roku król Francji Filip VI, którego poddani umierali masowo w wyniku epidemii dżumy, czyli tzw. czarnej śmierci, poprosił profesorów medycyny z Sorbony o wyjaśnienie przyczyny tych zdarzeń. Ci, po dokładnym zbadaniu sprawy, wydali oficjalny raport. Stwierdzili, że wielka epidemia dżumy rozpoczęła się 20 marca 1348 roku o godzinie pierwszej po południu. Trzy większe planety w znaku Wodnika ustawiły się wtedy w jednej linii, skażając powietrze: „Koniunkcja Saturna z Jowiszem przynosi ludziom śmierć. Koniunkcja Marsa z Jowiszem powoduje wielkie skażenie powietrza. Jowisz, planeta ciepła i wilgotna, wyciąga diabelskie opary z ziemi i wody, a Mars, wyjątkowo gorący i suchy, wznieca w nich ogień” (za: Belofsky, 2014, s. 29).

Jak łatwo się domyślić, diagnoza taka nie przyczyniła się do opanowania epidemii. Nie brakowało też teorii spiskowych, zgodnie z którymi „zarazę wywołują Żydzi, wynajmując człowieka wlewającego mleko chrześcijańskiej kobiety do ucha wisielca dyndającego na szubienicy” (za: Wrześniński, 2008, s. 32). W tym przypadku jedynym „sensownym” rozwiązaniem epidemicznym mogły być jedynie represje podejmowane wobec ludności pochodzenia żydowskiego, np. wypędzenia (Wrześniński, 2008). Co ciekawe jednak, niekiedy formułowane środki zaradcze nosły korzystne skutki (np. w formie ograniczeń dotyczących przemieszczania czy handlu, zachowania zasad sanitarnych, starannego czyszczenia pomieszczeń po osobach zmarłych, a także kwarantanny, tak jak przykładowo zalecał papież Aleksander VII w trakcie epidemii dżumy w Rzymie w XVII wieku²), pomimo niewiedzy czy „złej wiedzy” odnoszącej się do przyczyn epidemii oraz dróg rozprzestrzeniania się zakażeń (osławione „morowe powietrze”). W wielu przypadkach jednak formułowane były zalecenia zupełnie absurdalne, np. dotyczące skuteczności działań magicznych, zaklinania, palenia kadzideł, zbiorowych modłów, odpokutowania grzechów, np. poprzez biczowanie czy – jakże komercyjne – wykupienie zbawienia (zob. Wrześniński, 2008). Dziś wiemy, że były nieskuteczne, a trudno ocenić, na ile prowadziły do wręcz szkodliwych następstw (Belofsky, 2014). Czasy się zmieniają, ale trudno odmówić racji Szymonowi Wrześnińskiemu (2008, s. 3), który pisze, że dokumentowanie ludzkich wierzeń i zachowań w obliczu zarazy pokazuje

² <https://pl.aleteia.org/2021/06/18/zacofany-kosciol-ten-papiez-w-xvii-w-wprowadzil-lockdown-w-rzymie-i-skutecznie-walczyl-z-epidemia/>; dostęp: 27.02.2022.

„jak różni, a czasem jak podobni jesteśmy do ludzi żyjących w minionych stuleciach. Mimo że przewyższamy ich techniką, higieną, wykształceniem, dobrami użyteczności publicznej oraz możliwością szybszego i rzetelniejszego przekazywania informacji – psychicznie nadal pozostajemy słabi”.

SITUACJA W POLSCE W TRAKCIE PÓŁTORA ROKU TRWANIA PANDEMII COVID-19

Pierwszy przypadek COVID-19 w Polsce stwierdzono 4 marca 2020 r. (Duszyński, Afelt, Ochab-Marcinek, Owczuk, Pyrc, Rosińska, 2020). Od 12 marca zaczęły być wprowadzane obostrzenia, m.in. zawieszono zostały zajęcia w szkołach, przedszkolach, żłobkach, ograniczone zostało funkcjonowanie galerii handlowych, wprowadzony został zakaz większych zgromadzeń, zamknięte zostały siłownie, baseny, kluby taneczne, kluby fitness, muzea, biblioteki i kina. Następnie były wprowadzane jeszcze bardziej restrykcyjne ograniczenia przemieszania się: m.in. wprowadzono zakaz przebywania na plażach i terenach zielonych. Od drugiej połowy kwietnia wszyscy Polacy mieli obowiązek noszenia maseczek, ale najbardziej restrykcyjne zalecenia, nakazujące pozostanie w domach (np. zakaz rekreacji w lasach i parkach), zostały już zniesione. W czerwcu i lipcu w kilku województwach pogorszyła się sytuacja i występowały duże ogniska zakażeń (w kopalniach, domach opieki społecznej, szpitalach). Jednocześnie trwało tzw. odmrażanie kraju. Prawie wszystkie ograniczenia wprowadzone w celu zahamowania pandemii zostały uchylone. Obowiązywało nadal noszenie maseczek w sklepach, środkach komunikacji, przestrzeniach zamkniętych oraz zachowanie dystansu społecznego, ale coraz mniej osób respektowało te ograniczenia. Ważnym wydarzeniem w Polsce były wybory prezydenckie, początkowo zaplanowane na 10 maja 2020 r., a następnie przesunięte ze względu na sytuację związaną z pandemią na 19 lipca 2020 r. W czasie wyborów premier zapewniał, że sytuacja związana z koronawirusem stabilizuje się i jesteśmy w fazie oczekiwania na szczepionkę, która problem definitywnie rozwiąże. Pod koniec wakacji liczba zachorowań zaczęła ponownie rosnąć – rekordowy dzienny przyrost zakażeń podczas wakacji miał miejsce 21 sierpnia 2020, kiedy odnotowano 901 nowych przypadków koronawirusa (Duszyński i in., 2020). We wrześniu uczniowie wrócili

do nauki stacjonarnej w szkołach, jednak 24 października 2020 r. rząd wydał decyzję o wprowadzeniu na nowo obostrzeń (Duszyński i in., 2020). W szkołach i na uczelniach obowiązywała nauka zdalna. Zamknięte były placówki kultury i sportowe oraz lokale gastronomiczne. Ograniczenia dotyczyły wszystkich publicznych przestrzeni i przemieszczania się. W listopadzie miały miejsce przyrosty zakażeń oscylujące wokół 20 tys. dziennie i rekordowa liczba zgonów (ponad 600 osób dziennie). Moment wzrostu zakażeń zbiegł się w czasie z napięciami politycznymi i ogólnopolskimi protestami w sprawie aborcji. Od początku grudnia 2020 r. niektóre kraje na świecie rozpoczęły szczepienia przeciw COVID-19. Natomiast 27 grudnia miały miejsce pierwsze szczepienia w Polsce: na początku dla pracowników służby zdrowia. W styczniu i lutym 2021 r. większość obostrzeń została stopniowo zniesiona wraz ze zmniejszeniem się dziennej liczby zakażeń. Jednak od 25 marca 2021 r. zostały na nowo wprowadzone restrykcje w związku z kolejnymi wzrostami dziennej liczby zakażeń, hospitalizacji oraz zgonów, m.in. zamknięte zostały galerie handlowe, salony fryzjerskie, zakłady kosmetyczne, sklepy meblowe, żłobki i przedszkola, we wszystkich klasach obowiązywała nauka zdalna. W drugiej połowie kwietnia i maju większość obostrzeń została zniesiona. W tym czasie wszystkie osoby powyżej 18. roku życia miały możliwość zaszczepienia się przeciwko COVID-19 – liczba osób zaszczepionych rosła. Okres wakacyjny 2021 r. wiązał się ze zmniejszeniem liczby zakażeń, rozluźnieniem większości społeczeństwa. Jednak pod koniec lata i na początku jesieni 2021 r. liczba zakażeń zaczęła ponownie rosnąć. W momencie kończenia tego tomu (przełom jesieni/zimy 2021 roku) nie było już wątpliwości, że znajdujemy się przed szczytem czwartej fali pandemii. Coraz częściej zaczęły się też pojawiać przewidywania co do jej przyszłej cykliczności, tj. okresowych znacznych wzrostów zakażeń w okresach wiosennych i jesiennych. W momencie zaś oddawania książki do wydawnictwa (przełom zimy/wiosny 2022 r.) po tylko częściowo wygaszonej czwartej fali (mutacja: delta) pojawiła się piąta fala wywołana silnie zakaźną mutacją wirusa – omikronem. Towarzyszyły jej predykcje ogromnej liczby zakażeń przy stosunkowo mniejszej niż w poprzednich mutacjach wirusa śmiertelności oraz sugestie, iż w Europie jest to ostatnia fala o tak wysokim odsetku zakażeń

(ale także z przewidywaniami bardziej pesymistycznymi, sugerującymi kolejne fale w ciągu kolejnych przynajmniej dwóch następnych lat, czy też utrzymywania się wysokiej liczby zachorowań w formie endemii).

Faktycznie, pandemia COVID-19 ujawnia z jednej strony zmiany, jakie zaszły w ludzkiej cywilizacji: właściwa diagnoza przyczyny epidemii i dróg przenoszenia się wirusa SARS-CoV-2, przewidywanie ryzyka szybkich mutacji wirusa, właściwe określenie środków zaradczych (kwarantanna, indywidualne środki ochrony) wraz z szybkim opracowaniem szczepionek umożliwiających ochronę przed rozwojem ciężkiej postaci choroby, a także ograniczających w jakimś stopniu łatwość zakażenia się (jakże istotnego, bo skutkującego możliwymi powikłaniami wielonarządowymi). Mamy służby sanitarne i system ochrony przed niekontrolowanym rozprzestrzenianiem się zakażeń. Dostępna jest ochrona zdrowia – w formie intensywnego leczenia szpitalnego, niedługo być może powstaną właściwe farmaceutyki wspomagające leczenie COVID-19, jak to nastąpiło w przypadku wirusa HIV i AIDS, a także dostępna jest odpowiednia pomoc psychoterapeutyczna w przypadku problemów psychicznych. Do tego dochodzi także szybkość przekazywania informacji czy dostępność alternatywnych form komunikowania się (w tym praca online, zakupy online). Jednak poszerzone możliwości transportowe sprzyjają znacznie większemu niż w epokach poprzednich szerzeniu się zakażeń, które mogą z lokalnych epidemii przechodzić w pandemie, czego kilka lat temu udało się uniknąć w przypadku wirusów SARS i MERS. Z drugiej strony, nasze reakcje na zagrożenia epidemiczne są w wielu wypadkach bardzo podobne do zachowania ludzi niegdyś żyjących. Pojawiły się problemy psychiczne i społeczne na dość szeroką skalę. Już od początku pandemii obserwowano nasilanie się objawów zaburzeń psychicznych czy pojawianie się zaburzeń adaptacyjnych lub potraumatycznych u osób w trudnej sytuacji zdrowotnej i społeczno-ekonomicznej (Daly, Sutin, Robinson, 2020, 2021; Pierce i in., 2020). Ludzie byli konfrontowani z nową sytuacją drastycznego ograniczenia swobody przemieszczania się i *lockdownem*, trudnościami ekonomicznymi i zagrożeniem znacznego zubożenia, także skutkującymi problemami o charakterze emocjonalnym (np. poczuciem osamotnienia czy reakcjami depresyjnymi). Pojawiły się „nowoczesne” teorie spiskowe: zmowa firm farmaceutycznych, powstanie grup zmierzających do depopulacji ludności świata, rozprzestrzenianie wirusa za pomocą sieci 5G czy

zamieszczanie chipów w szczepionkach (Oleksy, Wnuk, Gambin, Łyś, 2021; Oleksy, Wnuk, Maison, Łyś, 2021), choć odżyły też stare w „zmodernizowanej” postaci, np. o roli Żydów w rozprzestrzenianiu wirusa w celu uzyskania finansowej dominacji nad światem, także poprzez rozpowszechnianie informacji o pandemii, która faktycznie nie ma miejsca³. Niezbędna masowość szczepień sprzyjała także wzmocnieniu się postaw antyszczepionkowych, które były obecne od momentu, gdy tylko zostały opracowane i zastosowane na szerszą skalę pierwsze szczepionki, np. przeciw ospie (zob. Pixa, 1904). Na podstawie modeli psychologicznych wiele z tych zachowań potrafimy opisać, wyjaśnić i przewidzieć. Potrafimy także niwelować zaburzenia emocjonalne przez odpowiednie działania terapeutyczne. Pandemia postawiła jednak przed nami także wyzwania – konieczność opracowania nowych modeli i sposobów przeciwdziałania negatywnym następstwom psychicznym w skali szerszej niż w poprzednich epidemiach i znacznie szerszej niż w normalnych warunkach życia. Wymogła także udzielenie odpowiedzi na pytanie, na ile obserwowane obecnie reakcje paniki i zaburzenia emocjonalne są typowe dla człowieka w silnym wielowymiarowym stresie epidemii, a na ile specyficznym efektem upadku naiwnego przekonania, że żyjemy w świecie bezpiecznym, zorganizowanym i w pełni przez nas kontrolowanym? A przez to także generującym dramatyczną niepewność co do naszego losu w przyszłości. Niezależnie od tego, wydaje się jednak, że pod względem reakcji emocjonalnych niezbyt różnimy się od poprzednich pokoleń. Pytanie zatem nie brzmi, czy podobieństwo obecnych od niegdysiejszych reakcji emocjonalnych powinno także zaskakiwać, ale raczej czy obecnie jest nam łatwiej niż ludziom niegdyś żyjącym mierzyć się z zagrożeniami pandemii? A także, na ile wyciągniemy odpowiednią lekcję z obecnych doświadczeń i będziemy potrafili określić takie środki zaradcze, aby chociaż przyszłym pokoleniom łatwiej było konfrontować się z nieuniknionymi chyba (czy aby?!) epidemiami. Z tą myślą oddajemy do rąk Czytelnika trzeci tom z nowej serii wydawniczej, powstałej z inicjatywy pracowników Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, który dotyczy psychologicznych aspektów pandemii COVID-19 w Polsce. Pandemia wiązała i nadal wiąże się z ogromnymi wyzwaniami, zmianami i zagrożeniami dotyczącymi wielu sfer funkcjonowania człowieka, m.in. zdrowia, relacji rodzinnych, sytuacji finansowej

³ Zob. przykładowo: <https://szczecin.wyborcza.pl/szczecin/7,34939,26288746,koronawirus-czyli-zgorszenie-w-naszej-ojczyźnie-i-zydowski.html>, <https://www.rp.pl/spoleczenstwo/art1892-8491-nowy-antysemityczny-ruch-we-francji-obarcza-zydow-wina-za-pandemie>; dostęp: 09.11.2021.

i rodzinnej, zmian w rytmie dnia i liczbie codziennych obowiązków. Zarówno dzieci, nastolatki, jak i osoby dorosłe mierzyli się i nadal mierzą z wieloma stresorami, które mogły i mogą występować na różnych etapach trwania pandemii, w złożonych konfiguracjach. W związku z tym niezwykle ważne jest zrozumienie doświadczeń, reakcji emocjonalnych, postaw oraz zagrożeń dla zdrowia psychicznego w trakcie pandemii. Mamy też nadzieję, że zrozumienie psychologicznych aspektów pandemii COVID-19 umożliwi – zarówno teraz, jak też w przyszłości – bardziej skuteczne planowanie interwencji terapeutycznych i prewencyjnych oraz kampanii społecznych. Prace prezentowane w tym tomie są pokłosiem badań, które rozpoczęliśmy w marcu 2020 roku, na początku pandemii COVID-19, na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Zintegrowały one naukowców z różnych dziedzin psychologii oraz ekspertów z krajowych i zagranicznych instytucji naukowych. Pierwsze rezultaty naszych badań zostały opublikowane w zbiorze 24 raportów na stronie covid.psych.uw.edu.pl, jak również w wielu publikacjach krajowych i zagranicznych. W niniejszym zbiorze przedstawiamy kolejne wyniki, podsumowania badań oraz nasze refleksje dotyczące tej niezwykle ważnej tematyki. Prezentowany zbiór stanowi ważne uzupełnienie i rozszerzenie zagadnień i wyników badań przedstawionych w opublikowanych dotychczas w Polsce książkach dotyczących aspektów psychologicznych sytuacji COVID-19, w szczególności opracowania *Człowiek w obliczu pandemii* (Kossowska, Letki, Zaleśkiewicz, Wichary, 2021), jak również *Trauma pandemii Covid-19 w polskim społeczeństwie* autorstwa Długosza (2021) czy pracy zbiorowej *Psychospołeczny obraz pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce* pod redakcją Paluchowskiego i Bakiery (2021).

Dwa otwierające niniejszy tom rozdziały dotyczą sposobów reagowania emocjonalnego w trakcie pandemii oraz spostrzeganych zagrożeń i obciążeń związanych z pandemią. W pierwszym rozdziale Dominika Adamczyk, Diana Jaworska, Daria Affeltowicz oraz Dominika Maison przyglądają się zróżnicowanym wzorcom reakcji emocjonalnych na różnych etapach trwania pandemii. W drugim rozdziale Małgorzata Dragan, Piotr Grajewski oraz Annett Lotzin przedstawili wyniki badania podłużnego, pozwalającego na identyfikację zagrożeń lub ograniczeń związanych z pandemią, które były postrzegane jako najbardziej obciążające przez osoby badane w różnych momentach pandemii.

W kolejnych czterech rozdziałach Autorzy poszukują predyktorów dobrostanu psychicznego i postaw wobec pandemii COVID-19, szczególną uwagę poświęcając roli cech osobowości. Rozdział Bogdana Zawadzkiego, Agnieszki

Popiel, Maksymiliana Bieleckiego, Błażeja Mrozińskiego i Ewy Pragłowskiej zasadniczo koncentruje się na analizie roli cech osobowości oraz poznawczych strategii regulacji emocji zorientowanych na unikanie w wyznaczaniu negatywnych reakcji emocjonalnych na stresory pandemiczne. Z kolei Maria Cyniak-Cieciura i Bogdan Zawadzki skupiają się na opisanu charakterystyki osób, które wykazywały znaczny dobrostan psychiczny w obliczu pandemii, w odróżnieniu od osób, które zareagowały silnym dystresem. W rozdziale piątym Natalia Wojtkowiak i Karolina Hansen analizowały związki między sprawczością, wspólnotowością, niepohamowanymi komponentami tych wymiarów oraz lękiem uogólnionym i samopoczuciem w trakcie pandemii, uwzględniając wpływ spostrzeganego oddziaływania pandemii na bliskie relacje i cele osobiste. Natomiast rozdział szósty, autorstwa Oliwii Maciantowicz i Mateusza Choińskiego, przedstawia wyniki badania analizującego powiązania koncepcji na temat siebie, sensu własnej egzystencji oraz religijności z postawami wobec pandemii.

Kolejne trzy rozdziały dotyczą grup doświadczających szczególnych zagrożeń dla zdrowia psychicznego lub funkcjonowania neuropsychologicznego w trakcie pandemii: osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2 oraz tych z diagnozą zaburzeń psychicznych – osób ze spektrum autyzmu oraz z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi. Rozdział siódmy autorstwa Ewy Malinowskiej, Dominiki Żarneckiej, Julii Wyszomirskiej, Sylwii Hyniewskiej, Małgorzaty Filon i Emilii Łojek wraz z Zespołem Badawczym NeuroCovid Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego poświęcony jest zagadnieniom zaburzeń neuropsychologicznych u osób, które przeszły zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Zaprezentowany został w nim aktualny przegląd literatury dotyczący tej tematyki oraz dwa studia przypadków kobiet, u których po dłuższym czasie po przejściu choroby COVID-19 utrzymują się zaburzenia poznawcze uniemożliwiające powrót do wcześniejszej aktywności życiowej. W rozdziale ósmym Ewa Pisula oraz Kamilla Bargiel-Matusiewicz przedstawiły wyniki badania dotyczącego sytuacji osób ze spektrum autyzmu w początkowej fazie pandemii. Ich celem było sprawdzenie, jak osoby ze spektrum autyzmu postrzegają tę sytuację, skąd czerpią wiedzę na jej temat, jakie zachowania z nią związane deklarują, czy potrzebują wsparcia i mają do niego dostęp, a także jaki jest ich stan emocjonalny. Natomiast w rozdziale dziewiątym Weronika Hryniszak, Katarzyna Sanna i Beata Szramka-Pawlak zaprezentowały przegląd badań dotyczący wpływu pandemii COVID-19 na obraz kliniczny zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego.

Następne trzy rozdziały dotyczą specyfiki funkcjonowania, jak również wyzwań i zagrożeń związanych z pandemią w różnych grupach wiekowych i zawodowych. Dziesiąty rozdział autorstwa Małgorzaty Gambin, Grażyny Kmity, Małgorzaty Woźniak-Prus, Joanny Boruszak-Kiziukiewicz oraz Karoliny Kubickiej przedstawia złożony i niejednoznaczny obraz relacji w rodzinach z dziećmi w trakcie pandemii. Zaprezentowany w nim jest przegląd literatury, jak również wyniki badań własnych dotyczących tego zagadnienia.

W ostatnich dwóch rozdziałach przedstawione są wyniki badań jakościowych dotyczących doświadczeń studentów oraz nauczycieli akademickich w trakcie pandemii. W rozdziale jedenastym Adriana Wagner oraz Anna Cierpka zaprezentowały wyniki badania jakościowego, którego celem było sprawdzenie, zrozumienie oraz opisanie, w jaki sposób studenci doświadczają i jakie nadają znaczenie sytuacji powrotu do domu rodzinnego w trakcie pandemii. Natomiast, w dwunastym, ostatnim, rozdziale Zofia Borska-Mądrzycka, Karolina Małek, Ewa Malinowska, Mateusz Płatos, Agnieszka Wojnarowska, Wouter de Raad i Albertyna Osińska opisali wyniki badania jakościowego eksplorującego doświadczenia dydaktyczne pierwszych miesięcy pandemii wykładowców z Uniwersytetu Warszawskiego: jakie dostrzegali trudności i obciążenia oraz korzyści z zaistniałej sytuacji, jak również w jaki sposób te doświadczenia mogły wpłynąć na obraz i nastawienie wobec metod nauczania zdalnego.

Zaprezentowane w zbiorze badania wskazują na różne czynniki ryzyka i ochronne wystąpienia obniżonego dobrostanu emocjonalnego w trakcie pandemii. Z jednej strony, zgodnie z modelami teoretycznymi, pokazują, że cechy osobowości (w szczególności neurotyczność, ekstrawersja, sumienność, jak również orientacja sprawcza i wspólnotowa czy klarowność obrazu Ja) są kluczowym wyznacznikiem reakcji jednostki na stres (Cyniak-Cieciura, Zawadzki, 2022; Maciantowicz, Choiński, 2022; Wojtkowiak, Hansen, 2022; Zawadzki, Popiel, Bielecki, Mroziński, Pragłowska, 2022). Z drugiej strony, prezentowane badania podkreślają rolę określonych strategii regulacji emocji i radzenia sobie ze stresem dla mierzenia się i przystosowania do wyzwań i zagrożeń pandemii, m.in. zwracają uwagę na nieadaptacyjną rolę poznawczych strategii regulacji emocji zorientowanych na unikanie (Zawadzki i in., 2022) oraz ważne znaczenie zdolności do elastycznej i dostosowanej do sytuacji regulacji emocji (Gambin, Kmity, Woźniak-Prus, Boruszak-Kiziukiewicz, Kubicka, 2022); pozytywną rolę aktywnych strategii, np. dostarczania sobie przyjemnych bodźców poprzez podejmowanie ulubionych aktywności oraz kontakt z naturą (Adamczyk, Jaworska, Affeltowicz, Maison, 2022), korzysta-

nie ze wsparcia społecznego ze strony rodziny i społeczności (Adamczyk i in., 2022; Borska-Mądrzycka i in., 2022; Gambin i in., 2022; Wagner, Cierpka, 2022); budowanie poczucia własnej skuteczności (Gambin i in., 2022) i postawy sprawczej oraz przeformułowanie własnych celów w taki sposób, by były one osiągalne w trakcie pandemii (Wojtkowiak, Hansen, 2022). Autorzy rozdziałów zwrócili także uwagę na znaczenie doświadczania różnych stresorów oraz zagrożeń związanych z pandemią dla dobrostanu psychicznego. W szeregu przedstawionych badań (Dragan, Grajewski, Lotzin, 2022; Gambin i in., 2022; Zawadzki i in., 2022) jako ważny czynnik ryzyka nasilenia problemów ze zdrowiem psychicznym wskazywana jest sytuacja domowa i rodzinna: w szczególności nasilenie konfliktów z bliskimi, zagrożenie przemocą domową, brak prywatnej przestrzeni i konieczność przebywania z rodziną w złych warunkach lokalowych oraz problemy ekonomiczne rodziny.

Prezentowane badania wskazują także, że szczególną uwagę powinno się poświęcić w trakcie zagrożenia epidemicznego osobom, które doświadczają problemów ze zdrowiem psychicznym przed pandemią. W naszym zbiorze Autorki przyjrzały się sytuacji osób ze spektrum autyzmu (Pisula, Bargiel-Matusiewicz, 2022) oraz z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi (Hryniszak, Sanna, Szramka-Pawlak, 2022), wskazując, z jakimi nowymi wyzwaniami i zagrożeniami mierzą się w trakcie pandemii, oraz w jaki sposób może zmieniać się obraz kliniczny zaburzeń w trakcie zagrożenia epidemiologicznego. Dodatkowo osoby z zaburzeniami psychicznymi mogą w odmienny sposób postrzegać swoje objawy w trakcie pandemii, np. osoby z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi mogły uznać swoje nadmierne objawy jako środek zapobiegawczy przed zachorowaniem na COVID-19. Natomiast pozostawanie większość czasu w domu i brak komunikowania się z innymi ludźmi przez osoby ze spektrum autyzmu stały się w większym stopniu zgodne z normami społecznymi w trakcie pandemii.

Kolejnym ważnym wnioskiem, jaki płynie z badań przedstawionych w naszym zbiorze, jest budowanie świadomości w społeczeństwie, a w szczególności wśród specjalistów (lekarzy, psychologów), zagrożeń związanych z chorobą COVID-19, która może prowadzić do zmian w mózgu, a w konsekwencji długotrwałych zaburzeń neuropsychologicznych mających negatywny wpływ na jakość życia (Malinowska i in., 2022). Zwiększona społeczna świadomość tych zagrożeń może sprzyjać postawieniu diagnozy, podjęciu leczenia i terapii przez osoby z tej grupy ryzyka.

Ponadto w szeregu prezentowanych rozdziałów zwrócono także uwagę na różne pozytywne doświadczenia i zmiany związane z pandemią COVID-19,

między innymi: doświadczanie większej bliskości i spędzanie większej ilości czasu razem z członkami rodziny, mniejsza presja edukacyjnej i społeczna, zwolnienie tempa życia, większa ilość wolnego czasu, który dla niektórych osób stał się szansą na realizację pasji, zainteresowań lub refleksję, współdzielenie doświadczeń z innymi i budowanie poczucia wspólnoty, szansa na rozwój i naukę nowych technologii (Borska-Mądrzycka i in., 2022; Gambin i in., 2022; Pisula, Bargiel-Matusiewicz, 2022; Wagner, Cierpka, 2022). Te pozytywne aspekty przeplatały się z wieloma negatywnymi doświadczeniami i zagrożeniami m.in. zagrożeniami dla życia, zdrowia i sytuacji finansowej własnej i rodziny, frustracją wynikającą z ograniczenia kontaktów społecznych, doświadczaniem nudy i monotonii, pozostawianiem w zawieszeniu i niepewności dotyczącej przyszłości, doświadczaniem huśtawki emocjonalnej związanej ze zmianami w sytuacji epidemiologicznej (Adamczyk i in., 2022; Borska-Mądrzycka i in., 2022; Dragan i in., 2022; Gambin i in., 2022; Pisula, Bargiel-Matusiewicz, 2022; Wagner, Cierpka, 2022; Zawadzki i in., 2022).

Zdajemy sobie sprawę, że podejmowane w prezentowanych pracach kwestie nie wyczerpują całości problemów, z którymi poszczególni ludzie, jak też grupy demograficzno-społeczne, były i będą konfrontowane w trakcie minionych i możliwych przyszłych faz pandemii. Niezależnie od tego – ilustrują jednak dużą różnorodność i złożoność ludzkich reakcji na pandemię, a być może zebrane wyniki umożliwią bardziej precyzyjne określenie środków zaradczych, stanowiąc dla przyszłych pokoleń dokumentację naszych doświadczeń, dobrze ilustrując „atmosferę obecnych czasów”. Mamy jednak nadzieję, że obecnie zbierane doświadczenia nie „utoną” w szumie codzienności i każda kolejna epidemia, czy też kolejne cykle obecnej pandemii, nie będą dla nas ponownie zaskoczeniem, zastając nas jednak lepiej przygotowanymi do konfrontowania się z zagrożeniami biologicznymi i wyzwaniem organizacyjno-ekonomicznymi czy do bardziej skutecznego rozwiązywania – jak się wydaje – ich nieuchronnych następstw psychicznych i społecznych.

Udostępniając Czytelnikowi ten tom artykułów poświęconych pandemii COVID-19, chcielibyśmy serdecznie podziękować Autorom za przygotowanie tekstów oraz Recenzentom: Profesor Małgorzacie Kossowskiej i Profesorowi Dariuszowi Dolińskiemu za życzliwe i niezwykle pomocne uwagi dotyczące całego tomu i poszczególnych rozdziałów. Wyrażamy także wdzięczność osobom badanym za ich trud uczestnictwa w badaniach realizowanych w tych jakże „niełatwych” czasach.

Małgorzata Gambin
Bogdan Zawadzki

BIBLIOGRAFIA

- Adamczyk, D., Jaworska, D., Affeltowicz, D., Maison, D. (2022). Wzorce reakcji emocjonalnych na pandemię COVID-19 w różnych okresach jej trwania – badanie jakościowe. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 29–65). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial01>
- Belofsky, N. (2014). *Jak dawniej leczono, czyli plomby z mchu i inne historie*. Warszawa: Wydawnictwo RM.
- Borska-Mądrzycka, Z., Małek, K., Malinowska, E., Płatos, M., Wojnarowska, A., de Raad, W., Osińska, A. (2022). Doświadczenia nauczycieli akademickich Uniwersytetu Warszawskiego podczas pierwszych miesięcy pandemii COVID-19. Badanie jakościowe. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 341–369). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial12>
- Cyniak-Cieciura, M., Zawadzki, B. (2022). Osobowościowe predyktory dobrostanu psychicznego w czasie pandemii COVID-19: analiza profili latentnych. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 127–155). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial04>
- Daly, M., Sutin, A. R., Robinson, E. (2020). Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: Evidence from the UK Household Longitudinal Study. *Psychological Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004432>
- Daly, M., Sutin, A. R., Robinson, E. (2021). Depression reported by US adults in 2017–2018 and March and April 2020. *Journal of Affective Disorders*, 278, 131–135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.065>
- Długosz, P. (2021). *Trauma pandemii Covid-19 w polskim społeczeństwie*. Warszawa: CeDeWu.
- Dragan, M., Grajewski, P., Lotzin, A. (2022). Poczucie obciążenia a dobrostan psychiczny w przebiegu pandemii COVID-19. Wyniki badania podłużnego ADJUST. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 67–87). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial02>
- Duszyński, J., Afelt, A., Ochab-Marcinek, A., Owczuk, R., Pyrc, K., Rosińska, M. (2020). *Zrozumieć COVID-19. Opracowanie zespołu ds. COVID-19 przy Prezesie PAN*. Warszawa: PAN.

- Gambin, M., Kmita, G., Woźniak-Prus, M., Boruszak-Kiziukiewicz, J., Kubicka, K. (2022). Rodziny z dziećmi i nastolatkami w czasach pandemii COVID-19: złożony obraz relacji. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 291–312). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial10>
- Hryniszak, W., Sanna, K., Szramka-Pawlak, B. (2022). COVID-19 a zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne: czy pandemia zmienia obraz OCD? W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 273–290). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial09>
- Kossowska, M., Letki, N., Zaleskiewicz, T., Wichary, S. (2020). *Człowiek w obliczu pandemii. Psychologiczne i społeczne uwarunkowania zachowań w warunkach kryzysu zdrowotnego*. Sopot: Smak Słowa.
- Maciantowicz, O., Choiński, M. (2022). Postawy wobec pandemii COVID-19 w Polsce: powiązania z klarownością Ja, poczuciem sensu życia oraz religijnością. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 183–204). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial06>
- Malinowska, E., Żarnecka, D., Wyszomirska, J., Hyniewska, S., Filon, M., Łojek, E., Zespół Badawczy NeuroCovid Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. (2022). Nowe wyzwania dla neuropsychologii klinicznej: studia przypadku osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 205–232). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial07>
- Oleksy, T., Wnuk, A., Gambin, M., Łyś, A. (2021). Dynamic relationships between different types of conspiracy theories about COVID-19 and protective behaviour: A four-wave panel study in Poland. *Social Science & Medicine*, 280, 114028. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114028>
- Oleksy, T., Wnuk, A., Maison, D., Łyś, A. (2021). Content matters. Different predictors and social consequences of general and government-related conspiracy theories on COVID-19. *Personality and Individual Differences*, 168, 110289. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110289>
- Paluchowski, W. J., Bakiera, L. (red.). (2021). *Psychospołeczny obraz pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce*. Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., ... Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883–892. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)

- Pisula, E., Bargiel-Matusiewicz, K. (2022). Percepcja sytuacji pandemii, deklarowane zachowanie oraz symptomy lęku i depresji u dorosłych ze spektrum autyzmu w początkowej fazie pandemii COVID-19. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 233–272). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial08>
- Pixa, W. (1904). *O krzyczącej niedorzeczności i strasznej szkodliwości szczepienia ospy*. Berlin: Wydawnictwo Przewodnik Zdrowia.
- Wagner, A., Cierpka, A. (2022). Powrót do rodzinnych domów w czasie pandemii COVID-19 w doświadczeniu polskich studentów. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 313–340). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial11>
- Wojtkowiak, N., Hansen, K. (2022). Sprawczość i wspólnotowość a lęk i samopoczucie w trakcie pandemii COVID-19. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 157–181). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial05>
- Wrześciński, S. (2008). *Oddech śmierci. Życie codzienne podczas epidemii*. Kraków: Wydawnictwo EGIS.
- Zawadzki, B., Popiel, A., Bielecki, M., Mroziński, B., Pragłowska, E. (2022). Negatywne reakcje emocjonalne na stres pandemii wirusa SARS-CoV-2: rola stresorów, cech osobowości i poznawczych strategii regulacji emocji zorientowanych na unikanie. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 89–125). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial03>

DOMINIKA ADAMCZYK  <https://orcid.org/0000-0003-0082-0271>

DIANA JAWORSKA  <https://orcid.org/0000-0002-0068-759X>

DARIA AFFELTOWICZ  <https://orcid.org/0000-0003-1089-6907>

DOMINIKA MAISON  <https://orcid.org/0000-0002-8946-7517>

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

Wzorce reakcji emocjonalnych na pandemię COVID-19 w różnych okresach jej trwania – badanie jakościowe

Patterns of emotional responses to the COVID-19 pandemic at different time periods – a qualitative study

Autor korespondencyjny: Dominika Adamczyk
e-mail: dominika.adamczyk@psych.uw.edu.pl

Publikacja finansowana ze środków Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego przyznanych przez MNiSW w formie subwencji na utrzymanie i rozwój potencjału badawczego w roku 2020 (501-D125-01-1250000 zlec. 5011000218).

Sposób cytowania: Adamczyk, D., Jaworska, D., Affeltowicz, D., Maison, D. (2022). Wzorce reakcji emocjonalnych na pandemię COVID-19 w różnych okresach jej trwania – badanie jakościowe. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 29–65). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial01>

Streszczenie

Pandemia COVID-19 wpłynęła mocno na życie codzienne ludzi na całym świecie, w tym również w Polsce. W celu zrozumienia wzorców reakcji emocjonalnych na pandemię COVID-19 w różnych etapach trwania pandemii zostało przeprowadzone jakościowe badanie podłużne. W okresie marzec–listopad 2020 zrealizowano 115 wywiadów z 20 osobami, z większością z badanych (17) odbyło się po 6 spotkań. W pierwszych dwóch falach badania większość respondentów odczuwała podobne emocje, choć różniące się natężeniem: strach, niepokój, lęk (dominujące w pierwszej fali badania) oraz zmęczenie, bezradność, a nawet złość (pojawiające się w drugiej fali). Od trzeciej fali badania zaczęły się uwidaczniać coraz większe różnice w reakcjach emocjonalnych między respondentami nie tylko jeśli chodzi o natężenie przeżywanych emocji, ale też ich rodzaj. Analiza pokazała pięć wzorców reakcji emocjonalnych utrzymujących się w kolejnych falach (3–5 fala) charakterystycznych dla różnych osób: (1) dążenie do równowagi, (2) pogodzenie z sytuacją, (3) huśtawka emocjonalna, (4) lękowe wycofanie, (5) frustracja-agresja. Ostatni etap badania pokazał, że okres wakacji był dla większości osób czasem, w którym pojawiało się wiele pozytywnych emocji – zapomnienie o zagrożeniu oraz wiara w to, że jest to już koniec pandemii. Niestety ogłoszenie drugiej fali epidemii u wszystkich, niezależnie od indywidualnych wzorców reagowania, wywołało bardzo negatywne odczucia, tym razem jednak w miejsce strachu i poczucia zagrożenia, charakterystycznych dla pierwszej fali, pojawiły się: niepokój, niepewność, zmęczenie i poczucie braku kontroli.

Słowa kluczowe: pandemia COVID-19, emocje, wzorce reakcji emocjonalnych

Abstract

The COVID-19 pandemic has strongly affected the daily lives of people all over the world, including Poland. To understand the patterns of

emotional reactions to the COVID-19 pandemic at different stages of the pandemic, a qualitative longitudinal study was conducted. 115 interviews with 20 participants were conducted between March and November 2020, the majority of whom (17) were interviewed 6 times. In the first two waves of the study, most participants felt similar emotions, although differing in intensity: fear, anxiety, and apprehension (dominant in the first wave of the study) followed by fatigue, helplessness, and even anger (appearing in the second wave). From the third wave of the study, more and more differences in emotional reactions between the respondents began to emerge, not only in terms of the intensity of the emotions experienced but also in terms of their type. The analysis showed five patterns of emotional reactions persisting in the following waves (3–5 wave) characteristic for different people: (1) seeking balance, (2) acceptance of the situation, (3) emotional swing, (4) anxious withdrawal, (5) frustration-aggression. The final phase of the study showed that the holiday period was full of positive emotions, forgetting about the pandemic and believing that this was the end of the pandemic. Unfortunately, the announcement of the second wave of the pandemic triggered very negative feelings in everyone, but this time the fear and sense of threat, characteristic of the first wave, were replaced by anxiety, uncertainty, fatigue, and a sense of lack of control.

Keywords: COVID-19 pandemic, emotions, patterns of emotional responses

Sytuacja w Polsce

Globalny kryzys zdrowotny, spowodowany pandemią SARS-CoV-2, przyniósł wiele negatywnych konsekwencji ekonomicznych, psychologicznych i społecznych dla ludzi na całym świecie (m.in. Fernandes, 2020; Li, Wang, Xue, Zhao, Zhu, 2020; van Gelder i in., 2020). Pandemia COVID-19 odcisnęła swoje piętno również w Polsce, prowadząc do zakażenia ponad 2,8 miliona osób oraz śmierci blisko 76 tysięcy z nich (stan na lipiec 2021 r.; JHU CSEE, 2021). W celu ograniczenia rozprzestrzeniania się koronawirusa polski rząd

(podobnie jak rządy innych państw) zaczął wprowadzać restrykcje, ograniczając możliwość wychodzenia z domu i gromadzenia się w większych grupach (Polska Akademia Nauk [PAN], 2020). Sytuacja wokół koronawirusa, tj. liczba zachorowań i zgonów oraz obowiązujące obostrzenia, ulegała zmianom z tygodnia na tydzień, powodując różnorodne reakcje ludzi i budząc silne emocje (Nowakowska, 2021). Reakcje emocjonalne na pandemię COVID-19 to temat często podejmowany w literaturze, jednak znaczna większość badań dotyczących tej kwestii to badania ilościowe (Pedrosa i in., 2020). Takie badania nie są w stanie uchwycić skomplikowanego spektrum emocji oraz ich zmian w czasie (Teti, Schatz, Liebenberg, 2020). Odczuwane emocje, spowodowane nową sytuacją zagrożenia zdrowotnego, mogły ewoluować wraz z wprowadzaniem kolejnych modyfikacji w obowiązujących przepisach, które w Polsce, podobnie jak na całym świecie, były aktualizowane w zależności od liczby zakażeń. Pierwszy przypadek COVID-19 w Polsce zdiagnozowano na początku marca 2020 (PAN, 2020). Po tygodniu od zdiagnozowania pierwszego pacjenta polski rząd wprowadził *lockdown* – zamknięto placówki edukacyjne i kulturalne, lokale gastronomiczne, galerie handlowe, a także wprowadzono zakaz spotkań powyżej dwóch osób i wydano zalecenie pracy zdalnej (PAN, 2020). Wydano także zalecenie, aby nadchodzące Święta Wielkanocne spędzić w gronie domowników. Od połowy kwietnia zaczął obowiązywać nakaz zasłaniania ust i nosa w przestrzeni publicznej. Wówczas liczba zachorowań na koronawirusa w Polsce wynosiła w sumie ponad 4400, a zmarło 107 osób (JHU CSEE, 2021). Pod koniec kwietnia 2020 rozpoczęto procedurę luzowania obostrzeń, która zakończyła się 30 maja. Po tym terminie obowiązywał jedynie nakaz zasłaniania ust i nosa w zamkniętych przestrzeniach oraz zakaz organizowania zgromadzeń powyżej 150 osób, a ludzie poczuli, że sytuacja powoli wraca do normalności (PAN, 2020). Ważnym momentem w skali kraju, który powodował wiele napięć i niepokojów, były wybory prezydenckie, początkowo zaplanowane na 10 maja 2020, a następnie przesunięte ze względu na sytuację pandemiczną na 28 czerwca 2020. Po wyborach nadeszło lato, które było dla Polaków czasem rozluźnienia – wiele osób wyjechało na wakacje, jednak większość wybrała turystykę krajową (Centrum Badania Opinii Społecznej [CBOS], 2020). Pod koniec wakacji liczba zachorowań zaczęła ponownie rosnąć – rekordowy dzienny przyrost zakażeń podczas wakacji miał miejsce 21 sierpnia 2020, kiedy odnotowano 901 nowych przypadków koronawirusa (PAN, 2020). We wrześniu uczniowie wrócili do nauki stacjonarnej w szkołach, jednak niedługo później – 24 października 2020, rząd wydał decyzję o wprowadze-

niu kolejnego *lockdownu*, ogłaszając tym samym drugą falę pandemii (PAN, 2020). W momencie wprowadzenia drugiego *lockdownu* liczba osób zakażonych koronawirusem wynosiła w Polsce już ponad 240 tys., a zmarło ponad 4300 osób (JHU CSEE, 2021). Moment ponownego wprowadzenia restrykcji zbiegł się w czasie z napięciami politycznymi i ogólnopolskimi protestami w sprawie aborcji (Kunica, 2020). Sytuacja wokół koronawirusa, dodatkowo utrudniona przez napięcia polityczne, jakie targały krajem, rozwijała się bardzo dynamicznie, powodując silne i jednocześnie zmienne reakcje emocjonalne.

Reakcje emocjonalne na pandemię koronawirusa

Pandemia COVID-19, jako wyjątkowa i bezprecedensowa sytuacja, powodowała różne reakcje u ludzi, wywołując często silne emocje, a także prowadząc do pogorszenia dobrostanu psychicznego (Pedrosa i in., 2020; Torales, O’Higgins, Castaldelli-Maia, Ventriglio, 2020). Zaobserwowano szereg negatywnych konsekwencji pandemii dla samopoczucia, takich jak wyższy poziom dystresu psychologicznego (objawy depresji i lęku), niższy poziom subiektywnego szczęścia oraz pogorszenie jakości snu (Barros i in., 2020; Brooks i in., 2020; Gutiérrez-Cobo, Megías-Robles, Gómez-Leal, Cabello, Fernández-Berrocal, 2021). Pojawiające się u ludzi reakcje na pandemię zależą od wielu czynników, zarówno zewnętrznych, wynikających ze zmieniających się nakazów, restrykcji, obostrzeń i komunikowanego stanu zachorowań, jak i indywidualnych czynników o charakterze demograficznym (np. wiek) i psychologicznym (np. podatność na stres). Interakcja tych czynników determinuje to, w jaki sposób osoby radzą sobie lub nie radzą emocjonalnie z pandemią koronawirusa.

Najczęściej zaobserwowane w badaniach reakcje emocjonalne wywołane pandemią koronawirusa to: strach, lęk, niepokój, zmartwienie oraz niepewność (Gambin i in., 2021; Lee, 2020; Li, Luan, Li, Hertwig, 2021; Parlapani i in., 2020; Trnka, Lorencova, 2020). Badanie przeprowadzone w Polsce w momencie dwóch szczytów zachorowań (maj oraz październik 2020) pokazało dominację i utrzymywanie się dwóch głównych emocji: szoku oraz strachu (Malesza, 2021). Ponieważ pandemia COVID-19 nie jest pojedynczym wydarzeniem, ale stanem rozciągniętym w czasie – emocje, które wywołuje, również ulegają zmianom. Z jednej strony, wraz z upływem czasu, emocje odczuwane w kontekście pandemii mogą tracić na intensywności i zamiast silnych emocji, jak wysoki poziom lęku, pojawiają się mniej intensywne, jak

smutek czy też nuda (Droit-Volet i in., 2020). Z drugiej strony, w miejsce jednych emocji mogą pojawić się inne, a negatywny profil reakcji emocjonalnych może się zmieniać w bardziej pozytywnym kierunku. Przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych i w Chinach podłużne badanie ilościowe pokazało pojawianie się wraz z trwaniem pandemii również pozytywnych emocji, jak spokój czy nawet radość (Li i in., 2021). Z kolei wyniki europejskiego badania monitorującego w różnych krajach reakcje i doświadczenia związane z pandemią pokazują, że mierzony w tym badaniu indeks paniki ulegał częstym wahaniom – dla przykładu w marcu 2020 indeks ten wyniósł w Polsce ponad 70%, a we wrześniu 2020 jego poziom spadł do 55% (European National Panels, 2020). Wyżej opisane wyniki pokazują, że reakcje emocjonalne na pandemię ewoluują i są w dużym stopniu odzwierciedleniem zmieniającej się sytuacji zewnętrznej związanej z rozwojem pandemii.

Potwierdzeniem tego, że stan emocjonalny jest odzwierciedleniem zmieniającej się sytuacji, są wyniki prowadzonych w różnych krajach badań, pokazujące, że osoby, które częściej korzystały z mediów, aktywnie śledząc doniesienia na temat COVID-19, miały wyższy poziom lęku oraz strachu (Malesza, Kaczmarek, 2021; Mertens, Gerritsen, Duijndam, Saleminck, Engelhard, 2020). Inne badanie, w którym przeprowadzono analizę pojawiających się w prasie nagłówek artykułów dotyczących koronawirusa, potwierdziło, że media mogą być czynnikiem wzmacniającym, a nawet generującym negatywne emocje (Aslam, Awan, Syed, Kashif, Parveen, 2020). W analizowanych nagłówkach bardzo często pojawiały się takie emocje jak strach, smutek, złość, co zdaniem autorów może prowadzić do przewlekłego stresu, podwyższonego poziomu lęku czy nawet depresji (Aslam i in., 2020).

Reakcje emocjonalne a zmienne indywidualne (demograficzne i psychologiczne)

Prowadzone badania pokazują również, że odczuwane w związku z pandemią koronawirusa emocje zależą od zmiennych demograficznych. Jednym z predyktorów reakcji emocjonalnych na pandemię koronawirusa wydaje się być wiek, aczkolwiek badania nie dają spójnych wyników. Z wielu badań wynika, że najbardziej podatną grupą na negatywny wpływ pandemii w obszarze kondycji psychicznej są ludzie młodzi (Wang i in., 2020). W tej grupie zaobserwowano wyższy poziom lęku, stany depresyjne oraz bardziej dotkliwe odczuwanie trudności wynikających z obowiązujących restrykcji, ale też

wyższy poziom gniewu niż w grupach starszych (Gambin i in., 2021; Shevlin i in., 2020). Jednak są również badania, które pokazują wyższy poziom lęku w starszej grupie wiekowej (Malesza, Kaczmarek, 2021). Rozbieżności te mogą wynikać ze stosowania różnych narzędzi pomiaru emocji. Ponadto emocje opisywane jako lęk mogą być nieco innymi emocjami w różnych grupach, np. u młodych osób może to być bardziej uogólniony lęk wywołany ogromną zmianą stylu życia i utratą kontroli, a u starszych – bardziej strach wynikający z bycia w grupie o podwyższonym ryzyku zachorowania i śmierci w wyniku zakażenia koronawirusem. Kolejną zmienną, która może częściowo wyjaśniać reakcje emocjonalne na pandemię, jest płeć. U kobiet zaobserwowano wyższy poziom lęku i strachu przed koronawirusem niż u mężczyzn (García-Fernández i in., 2021; Trnka, Lorencova, 2020). Mężczyźni również często deklarują w badaniach, że pandemia nie wpłynęła na ich samopoczucie (Trnka, Lorencova, 2020). Tu jednak pojawia się pytanie, czy mężczyźni rzeczywiście w mniejszym stopniu odczuwają negatywne emocje w związku z pandemią, czy też w mniejszym stopniu je sobie uświadamiają lub się do nich przyznają? Faktem jest, że mężczyźni w procesie socjalizacji są poddawani innemu treningowi wyrażania emocji niż kobiety, m.in. rodzice używają większej liczby słów dotyczących emocji w odniesieniu do córek niż do synów (Aznar, Tenenbaum, 2015). Ponadto mężczyźni mają większe trudności z rozpoznawaniem i nazywaniem odczuwanych emocji (Wright i in., 2018).

Poza czynnikami zewnętrznymi i zmiennymi demograficznymi reakcje emocjonalne na pandemię COVID-19 wydają się również zależeć od indywidualnych cech dyspozycyjnych, takich jak cechy osobowości (np. neurotyczność), nietolerancja niepewności, poziom odporności psychicznej oraz stosowane mechanizmy radzenia sobie w trudnych sytuacjach (Cyniak-Cieciura, Zawadzki, 2022; Rettie, Daniels, 2020; Satici, Kayis, Satici, Griffiths, Can, 2020).

Badanie własne

Kwestia reakcji emocjonalnych na pandemię COVID-19 jest złożona, a wiele odczuć i emocji może być nieświadomych i trudnych do zwerbalizowania. Ze względu na zróżnicowany indywidualnie i złożony obraz emocjonalnych reakcji na pandemię, ilościowe i kwestionariuszowe metody pomiaru dominujące w badaniach wydają się często niewystarczające. Pomocne w lepszym zrozumieniu złożoności reakcji emocjonalnych na pandemię wydają się być

pogłębione badania jakościowe. Niektórzy badacze twierdzą wręcz, że metody jakościowe są najbardziej rekomendowane do badania reakcji na pandemię COVID-19 (Teti i in., 2020). Znaczna większość badań dotyczących emocjonalnych reakcji na pandemię używa kwestionariuszy psychometrycznych do ich pomiaru, co wiąże się z nie zawsze słusznym założeniem, że ludzie są w stanie dobrze rozpoznać i nazwać swoje stany emocjonalne (Li i in., 2021). Natomiast zastosowanie metod jakościowych z dodatkowym wsparciem technik wspomagających może pomóc osobom badanym rozmawiać o emocjach – ułatwić ich rozpoznawanie i nazywanie swoich przeżyć (Maison, 2019).

Z przytoczonych badań wyłania się niezwykle złożony obraz reakcji emocjonalnych na pandemię koronawirusa, który ulega częstym i znaczącym zmianom w czasie. Jednak obraz ten wydaje się niepełny, ponieważ nie uwzględnia zmian emocji w czasie z jednoczesnym wyodrębnieniem wzorców rozwoju doświadczanych emocji. Aby uchwycić skomplikowany obraz zmieniających się pod wpływem pandemii emocji, konieczne są badania podłużne, jednak większość z przeprowadzonych w kontekście pandemii COVID-19 badań to dwu- lub trzyfalowe badania (m.in. Gutiérrez-Cobo i in., 2021; Li i in., 2021; Malesza, 2021; van der Velden i in., 2021; Wang i in., 2020), co daje tylko wycinkowy obraz rzeczywistości. Ponadto nieliczne badania jakościowe dotyczące reakcji na pandemię (np. Apgar, Cadmus, 2021; Mathias, Rawat, Philip, Grills, 2020) były oparte jedynie na jednokrotnym pomiarze, przez co nie oddają zmian emocji pojawiających się w różnych stadiach rozwoju pandemii. Ponieważ sytuacja wokół pandemii COVID-19 jest bardzo dynamiczna, również reakcje emocjonalne na zmieniające się zasady ewoluują. Z tego powodu badanie podłużne wydaje się być lepszym źródłem wiedzy o zmieniających się emocjach niż badanie z jednokrotnym pomiarem.

Celem niniejszego badania jest wypełnienie istniejących luk w wiedzy na temat reakcji emocjonalnych na pandemię COVID-19, poznanie i zrozumienie tych reakcji i obserwacja ich zmian w różnych stadiach rozwoju pandemii w Polsce oraz poznanie wzorców reakcji emocjonalnych charakterystycznych dla różnych osób. Pogłębione wywiady indywidualne (*in-depth interviews* [IDI]) przeprowadzone na różnych etapach pandemii pozwolą na zaobserwowanie szerokiego spektrum emocji odczuwanych przez respondentów oraz wyróżnienie różnych ścieżek ewolucji tychże emocji. Przeprowadzone badanie miało za zadanie odpowiedzieć na następujące pytania badawcze:

- Jakie emocje ludzie odczuwali w związku z pandemią COVID-19 i jakie są ich zmiany na różnych etapach rozwoju pandemii?

- Jakie można wyróżnić wzorce emocjonalnych reakcji na doświadczenie pandemii COVID-19?

Badanie zostało pozytywnie zaopiniowane przez Komisję do Spraw Etyki Badań Naukowych Instytutu Studiów Społecznych im. Profesora R. B. Zajonca Uniwersytetu Warszawskiego. Uczestnicy otrzymali ustne i pisemne informacje o badaniu, w tym o tym, że udział w nim jest dobrowolny, że w każdej chwili można się z niego wycofać bez żadnych konsekwencji oraz o środkach ostrożności, które zostaną podjęte w celu ochrony danych. Od wszystkich uczestników uzyskano pisemną zgodę na udział w badaniu. Aby zapewnić poufność, cytaty są prezentowane tylko z uwzględnieniem informacji o płci i wieku badanego.

METODA

Badanie zostało oparte na metodologii jakościowej: indywidualnych wywiadach pogłębionych (IDI). Wybór takiej metodologii podyktowany został chęcią zrozumienia nowego i nieznanego problemu, jaki na początku 2020 roku stanowiła pandemia COVID-19. Ponadto wykorzystanie metodologii jakościowej pozwoliło na szersze zrozumienie wielowątkowych doświadczeń osób narażonych na tak nietypową sytuację. Ze względu na konieczność obserwacji reakcji respondentów na dynamicznie zmieniającą się sytuację pandemii COVID-19 przeprowadzono podłużne badanie, gdzie moderator spotykał się z tym samym respondentem kilkakrotnie, w określonych odstępach czasu. Taka metoda jakościowa, poza śledzeniem zmian, sprzyja nawiązaniu głębszej relacji między moderatorem a respondentem, co skutkuje możliwością pogłębienia badanego tematu (Maison, 2010, 2019).

Ze względu na sytuację epidemiologiczną w kraju wywiady odbywały się online z wykorzystaniem platformy Google Meets. Przebieg wywiadu był nagrywany, a następnie poddany pełnej transkrypcji. Przed wzięciem udziału w projekcie respondenci zostali poinformowani o celu badania, jego przebiegu oraz o tym, że udział w projekcie jest dobrowolny i że w każdej chwili będą mogli zrezygnować z udziału w nim. Respondenci nie otrzymali wynagrodzenia za udział w badaniu.

Osoby badane

Przeprowadzono 115 wywiadów z 20 osobami. Z większością respondentów (17 osób) przeprowadzono po 6 wywiadów. Dwóch uczestników zrezygnowało z dwóch ostatnich wywiadów, a jeden zrezygnował z ostatniego wywiadu.

Dobór osób do badania miał charakter celowy, a respondenci różnili się płcią, wiekiem, wykształceniem, statusem rodzinnym i sytuacją zawodową (dokładny opis uczestników badania znajduje się w *Załączniku A*). Oprócz kryteriów demograficznych, które miały zapewnić jak największą różnorodność próby, dodatkowym kryterium rekrutacyjnym było posiadanie stałego łącza internetowego oraz komputera umożliwiającego przeprowadzenie wywiadu wideo online. Uczestnicy badania zostali zrekrutowani metodą kuli śnieżnej. Byli to dalecy znajomi znajomych badaczy. Żaden z moderatorów nie znał osobiście swoich rozmówców, nie nawiązywano z nimi relacji przed rozpoczęciem wywiadu.

W badaniu wzięło udział 10 mężczyzn i 10 kobiet, w przedziale wiekowym 25–60 lat. Większość z uczestników miała wykształcenie licencjackie lub pełne wyższe (17 respondentów). Były to osoby o różnych zawodach i statusie zawodowym oraz różnym statusie rodzinnym (single, pary bez dzieci, rodziny z dziećmi). Taka różnorodność respondentów pozwoliła na uzyskanie informacji z różnych perspektyw życiowych.

Procedura badania

Każdy wywiad trwał średnio 2 godziny, co pozwoliło na nagranie około 240 godzin wywiadów. Kolejne wywiady z tymi samymi respondentami przeprowadzane były przez tego samego moderatora w różnych odstępach czasu, co wynikało z dynamiki rozwoju pandemii i ograniczeń wprowadzanych w Polsce przez rząd. Badanie odbywało się od końca marca do listopada 2020 roku. Pierwsza fala badania została zrealizowana pod koniec marca 2020 roku, czyli na początku pandemii, kiedy w Polsce wprowadzano pierwsze restrykcje mające na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się koronawirusa. Wywiady z tej fali były w dużej mierze poświęcone emocjom towarzyszącym respondentom od momentu początku pandemii do dnia pierwszego wywiadu. Druga fala wywiadów odbyła się w pierwszej połowie kwietnia (w odstępie około tygodnia po pierwszym wywiadzie), kiedy wprowadzane były kolejne

ograniczenia, w tym, po raz pierwszy, obowiązek zasłaniania ust i nosa. Trzecia fala badania odbyła się pod koniec kwietnia (około 1–2 tygodnie po drugim wywiadzie), kiedy część ograniczeń została zdjęta (m.in. możliwość odwiedzania lasów). Czwarta fala, przeprowadzona na początku maja, obejmowała etap kolejnego zdejmowania obostrzeń oraz okres wielkanocny. W czerwcu 2020 roku, po około 4–5 tygodniach od czwartego wywiadu, odbyła się piąta fala badania, która w założeniu – ze względu na trend stabilizowania się liczby zakażeń COVID-19 w Polsce – planowana była jako faza ostatnia. W związku ze zwiększaniem się liczby zakażeń w Polsce jesienią 2020 roku, informacją o niezakończeniu pandemii i ponownym wprowadzeniu obostrzeń, w listopadzie została przeprowadzona szósta fala badania. Wywiady z tej fali poza eksploracją emocji związanych z danym momentem badania (druga fala pandemii), miały także charakter retrospektywny, dotyczący okresu wakacyjnego i emocji towarzyszących badanym podczas trzymiesięcznej przerwy od poprzedniego wywiadu.

Narzędzia

Wywiady zostały prowadzone w oparciu o częściowo ustrukturyzowany scenariusz definiujący cele całego wywiadu, jak i cele poszczególnych zagadnień omawianych przy każdym spotkaniu. Taka forma scenariusza umożliwiała moderatorom dostosowywanie i modyfikowanie pytań w zależności od doświadczeń danego respondenta i okoliczności (zewnętrznych), które dla danej osoby były najważniejsze. Dodatkowo zastosowano technikę wspomagającą (*Załącznik B*), która miała na celu ułatwienie badanym rozmowę o odczuwanych przez nich emocjach. W każdej fali wywiadów badanym prezentowano zestaw obrazków, które zostały wybrane w taki sposób, aby żaden z nich nie sugerował konkretnej emocji, a był jedynie bodźcem umożliwiającym łatwiejsze werbalizowanie emocji przez badanych (Maison, 2010). Z tego powodu zrezygnowano z obrazków, które pokazywałyby twarze ludzkie (aby nie sugerować badanym emocji). Ponadto w kolejnych falach badani mogli prezentować wyszukane przez siebie obrazki, które najlepiej oddawały ich emocje w czasie poprzedzającym wywiad. Ponieważ technika ta miała charakter techniki wspomagającej, nie wykonano walidacji materiałów (Maison, 2019).

Wywiady prowadzone były przez pięć moderatorek z doświadczeniem w moderowaniu wywiadów jakościowych i wykształceniem psychologicznym.

Po każdej serii wywiadów wszyscy członkowie zespołu badawczego brali udział w sesjach debriefingowych, które polegały na omówieniu informacji uzyskanych od każdego respondenta, wymianie ogólnych wniosków, ustaleniu tematów na kolejny etap wywiadów oraz dostosowaniu ich do sytuacji pandemicznej w kraju.

Analiza

Ze wszystkich wywiadów przygotowano transkrypcje, a następnie zostały one poddane podwójnej weryfikacji (każdy moderator przepisywał wywiady innego moderatora, a kolejny moderator sprawdzał poprawność transkrypcji). Całość transkrypcji to ponad 1800 stron tekstu. Przedstawione poniżej wyniki stanowią jedynie część danych zebranych podczas wywiadów bezpośrednio powiązanych z tematem odczuwanych w związku z pandemią emocji i sposobami radzenia sobie z nimi.

Dane zostały następnie poddane analizie tematycznej (Braun, Clarke, 2006), która jest definiowana jako metoda opracowywania danych jakościowych polegająca na identyfikacji, analizie i opisie obszarów tematycznych. W tym typie analizy jednostka tematyczna traktowana jest jako element związany z problemem badawczym, który zawiera ważny aspekt danych. Istotną zaletą analizy tematycznej jest jej elastyczność, która pozwala na przyjęcie strategii badawczej najbardziej adekwatnej do analizowanego zjawiska. Zastosowano podejście indukcyjne, aby uniknąć tunelowego widzenia pojęciowego. Wyodrębnianie tematów z surowych danych przy użyciu podejścia indukcyjnego wyklucza narzucenie badaczowi z góry ustalonego wyniku. W pierwszym kroku każdy moderator przejrzał transkrypcje wywiadów, które przeprowadził. Od tego momentu każdy zapis był indywidualnie kodowany tematycznie podczas drugiego i trzeciego czytania. W kolejnym kroku jedna z badaczek dokonała przeglądu kodów wyodrębnionych przez pozostałych członków zespołu badawczego. Następnie przeprowadziła wstępną interpretację poprzez wygenerowanie tematów, które odzwierciedlały istotę wcześniej zidentyfikowanych kodów oraz stworzyła listę wspólnych tematów występujących we wszystkich wywiadach. W kolejnym kroku wyodrębnione tematy zostały ponownie przedyskutowane ze wszystkimi moderatorkami prowadzącymi kodowanie w celu uzyskania spójności. Ten wspólny proces powtarzany był kilkakrotnie w trakcie analizy.

WYNIKI

Pierwsza fala badania (marzec 2020) – niepokój i zagrożenie. Odczuwane emocje: strach, niepokój, lęk, poczucie zagrożenia, smutek

Na początku pandemii u wszystkich badanych dominowały emocje negatywne, takie jak strach, niepokój, lęk, poczucie zagrożenia i smutek¹. Emocje te wybrzmiewały w opisach obrazków, które wybierali badani jako ilustrację swoich odczuć. Wybierane były głównie numery 7 i 8 (*Załącznik B*), pokazujące nieprzyjemną drogę z nieznanym zakończeniem. Emocje te wiązały się z samą sytuacją pandemii, jej nieprzewidywalnością, trudnościami w odnalezieniu się w nietypowej sytuacji i niepewnością o losy ludzkości. Co ważne, emocje odczuwane na tym etapie przez badanych nie wiązały się z samą chorobą czy ryzykiem własnego zakażenia. Jeśli występowały obawy dotyczące zdrowia, to dotyczyły one raczej innych osób – starszych członków rodziny (rodziców, dziadków), gdyż w tamtym okresie koronawirus opisywany był przez media i ekspertów jako szczególnie groźny właśnie dla osób starszych.

Oczywiście boję się o innych przyjaciół, o rodzinę. Niektórzy nadal muszą chodzić do pracy i są w kontakcie z innymi. Szczególnie boję się o starszych. Moi rodzice mieszkają z 80-letnią babcią, bardzo bym nie chciał, żeby miała jakiegokolwiek ryzyko. Boję się tego, że nie wiem, co się wydarzy dalej, ile to potrwa i z jakimi skutkami. Nie wiadomo, jak to dotknie nas wszystkich. (Mężczyzna, 28 lat [7]²)

Wśród niektórych badanych (szczególnie osób, które borykały się z problemami zdrowotnymi przed pandemią) zdarzały się ataki paniki wiążące się z przekonaniem o zakażeniu się wirusem. Zaobserwowane ataki paniki i powiązane z nimi emocje negatywne w mniejszym stopniu były związane z obawą przed śmiercią, a bardziej z poczuciem bezsilności i zagubienia. Badani nie wiedzieli, jak mają sobie poradzić, jak się zachować w sytuacji potwierdzonego zakażenia się i do kogo należy się zwrócić. Lęk o zarażenie swoich najbliższych oraz brak wytycznych co do tego, jak się zachować, aby ich nie zarazić, dodatkowo potęgował panikę.

1 Nazwy emocji zostały zaprezentowane w artykule zgodnie z nazewnictwem stosowanym przez samych badanych w czasie trwania projektu.

2 Numery w nawiasach kwadratowych oznaczają numer przypisany osobie badanej (*Załącznik A*).

Jakiś czas temu miałem taki peak. Spływało dużo informacji, do tego dochodzi jeszcze fakt, że jestem przewlekle chory – mam astmę oskrzelową, więc jest to zwiększone ryzyko. Miałem tak, że obudziłem się w nocy i miałem taki moment, że czułem się, nie wiem, jak to nazwać, czy przerażony... Sen wymieszał mi się z jawą. Śniło mi się, że choruję, leżę gdzieś. Podzieliłem się tym z żoną i to nie było dobre, bo każdy w moim najbliższym otoczeniu zaczął wtedy panikować. (Mężczyzna, 33 lata [12])

Kolejną odczuwaną przez badanych na początku pandemii emocją był smutek. Wiązał się on z poczuciem przygnębienia i tęsknoty za tym, co nagle stało się dla nich niedostępne: kontaktami społecznymi oraz swobodą podejmowania decyzji i codziennych małych wyborów. Smutkowi towarzyszyło poczucie osamotnienia (szczególnie widoczne u osób, które mieszkały w pojedynkę lub nie miały bardzo mocnych więzi z członkami swojej rodziny) oraz odłączenia od świata (odpisywane jako „ogłądanie świata zza szyby”). Pojawiało się poczucie apatii, obojętności – część badanych zauważyła u siebie brak energii i chęci do działania. Efektem odczuwania strachu i smutku u kilku osób była także bezsenność. W wypowiedziach badanych pojawiło się poczucie bezsilności, bezradności – bycia w sytuacji bez wyjścia, fizycznego i emocjonalnego „zagmentowania”. U badanych w młodszym wieku pojawiało się także poczucie odrealnienia, znalezienia się w innej rzeczywistości, opisywanej jako czucie się jak bohater filmu.

Ta cała sytuacja z koronawirusem wydaje mi się kuriozalna. Nie mówię teraz o zgonach i innych negatywnych aspektach, ale to dla mnie takie niespodziewane i takie dziwne. Nigdy bym nie pomyślała, że będę w takiej sytuacji. Zaczynam się czuć, jakbyśmy byli bohaterami *Walking dead* czy jakichś tam postapokaliptycznych wizji. (...). Wszyscy pracują z domu. To jak z filmu, bo zawsze jest jakaś niedowierzająca, potem choruje, jest czas stagnacji i wszyscy mówią «spokojnie, ogarniemy to, mamy dobrą służbę zdrowia» i nagle 1/4 minęła i widzimy tylko trzaskające drzwi w opuszczonym szpitalu i krew na ścianach. (Kobieta, 25 lat [9])

Moment, w którym pojawiały się pierwsze emocje związane z pandemią, w dużym stopniu zależał od tego, w którym momencie osoba badana poczuła, że sytuacja zmienia się i przestaje być rzeczywistością innych, a zaczyna dotyczyć jej bezpośrednio. Osoby, które same wróciły z wyjazdów zagranicznych w lutym lub miały bliskich i znajomych powracających z takich wyjazdów, szybciej zaczynały odczuwać namacalność zagrożenia i negatywne emocje z tym związane.

Druga fala badania (kwiecień 2020) – niepewność i zmęczenie. Odczuwane emocje: emocje z pierwszej fali (strach, niepokój, lęk, poczucie zagrożenia, smutek) + niepewność, bezradność, strach, zmęczenie, złość, spokój

W drugiej fali badania dominującymi emocjami w dalszym ciągu były emocje negatywne obserwowane w pierwszej fali. Podobnie jak w marcowym etapie badania, był to strach, niepokój, poczucie zagrożenia i smutek, ale także pojawiły się nowe odczucia, jak niepewność, bezradność, zmęczenie, złość oraz u niektórych pierwsza emocja pozytywna – spokój. Strach, który był odczuwany w pierwszej fali, utrzymywał się również w drugiej, ale u części osób stał się mniej powiązany z obawą o zdrowie, a w coraz większym stopniu z poczuciem zagrożenia ekonomicznego (ryzyko zmniejszenia zarobków, utraty dochodów).

W porównaniu do pierwszej fali badania pojawiało się większe poczucie zmęczenia sytuacją pandemii. Coraz częściej można było zaobserwować frustrację w związku z niepewną sytuacją oraz brakiem możliwości działania i wpływu na otaczającą rzeczywistość. Poczucie bezradności u niektórych badanych wywoływało nagle zmiany emocji, opisywane jako poczucie „koktajlu emocjonalnego” – odczuwania różnorodnych emocji, często bardzo zmieniających się w krótkim okresie. Badani nazywali to zjawisko „burzą emocji”, „ściśnięciem w emocjach”, z którymi nie potrafili sobie poradzić. W drugiej fali badania na pojawienie się takich emocji wpływał także zbliżający się czas Świąt Wielkanocnych. Właściwie do ostatniej chwili badani nie wiedzieli, jak spędzą ten czas – czy możliwe będzie spotkanie się z bliskimi, czy konieczne będzie szukanie substytutu w postaci spotkań online. Wizja świąt bez rodziny, nawet dla osób niewierzących, była czymś bardzo trudnym i dała namacalne poczucie zagrożenia i powagi sytuacji.

W drugiej fali badania jako ilustracje emocji pojawiały się po raz pierwszy obrazki 6 i 13, kojarzące się badanym z naturą, sieliskością, spokojem. Obrazki te ilustrowały pojawiające się poczucie spokoju i pojawianie się nadziei na normalność, na powrót do tego, co było i na odwrócenie się sytuacji.

Może pogoda ma wpływ na to. Raczej dobrze się czuję, słońce dodaje energii, a wczoraj i dzisiaj byliśmy na powietrzu. Myślę, że najbardziej słońce i to, że jesteśmy razem z rodziną. Popołudnie możemy spędzać na powietrzu, to czas z rodziną, to jest ważne. Mamy spore podwórko i głównie tam wychodzimy. Doładujemy energię słońcem, bawimy się z psem, wykonujemy jakieś małe prace ogrodowe. To daje spokój. (Kobieta, 39 lat [19])

Bardzo ważnym czynnikiem, który pomagał w odczuwaniu pozytywnych emocji, była natura – wielu badanych podkreślało rolę dobrej pogody, wiosny w budowaniu ich lepszego nastroju. Nadejście wiosny było przejawem stałości natury, jej niezmienności niezależnie od sytuacji, więc odbierane było jako symbol powrotu do normalności. Kontakt z naturą pomagał też w oswojaniu lęków i koncentrowaniu się na pozytywnych, przyjemnych aspektach życia. Skupienie się na zmianach w przyrodzie odwracało uwagę i izolowało od problemu pandemii. Kolejnym elementem, który przyczyniał się do odczuwania pozytywnych emocji, były relacje rodzinne. U wielu osób pojawiło się dążenie do zacieśniania więzi. Mimo całej czas dużych restrykcji i ograniczeń, pojawiające się w mediach wzmianki o planowanym luzowaniu obostrzeń dawały nadzieję na w miarę szybki powrót do normalności.

Trzecia, czwarta i piąta fala badania (kwiecień–czerwiec 2020) – wyodrębnienie wzorców reagowania emocjonalnego

W trzeciej fali badań zaczęły kształtować się odmienne wzorce reagowania emocjonalnego i sposoby radzenia sobie z nimi, charakterystyczne dla różnych respondentów. Na podstawie analizy wyników z trzeciej, czwartej i piątej fali badania zostało wyodrębnione pięć takich wzorców (rysunek 1). W celu wyodrębnienia wzorców przeanalizowano wypowiedzi badanych dotyczące emocji, pochodzące z części wywiadów z wykorzystaniem techniki wspomagającej (obrazki). Autorki wyodrębniły z wypowiedzi każdego badanego fragmenty, w których bezpośrednio padały nazwy emocji oraz takie, w których były one omawiane bez podania konkretnej nazwy. Następnie nazwy emocji uszójniono, tworząc w ten sposób tabelę z nazwami emocji odczuwanych przez badanych w konkretnych falach badania. W kolejnym kroku analizy sprawdzono, czy zmiany emocji u poszczególnych badanych odpowiadają zmianom emocji u innych badanych (czy w poszczególnych falach badania pojawiają się u badanych te same emocje). Wyodrębnione na tej podstawie wzorce zmiany emocji opisane zostały poniżej (nazwy wzorców zostały sformułowane przez badaczki tak, aby odzwierciedlały dominujące wśród badanych z danej grupy emocje). Wypowiedzi osób badanych obrazujące zmianę emocji w poszczególnych falach pandemii dla poszczególnych grup znajdują się w *Załączniku C*.

Grupa 1 – Dążenie do równowagi (spokój). Pierwsza grupa osób, po wspólnej dla wszystkich badanych fazie strachu, lęku, poczucia zaskoczenia i niepewności obserwowanej na samym początku pandemii, płynnie przeszła do fazy pozytywnego nastroju. W trzeciej fali badania widać było w tej grupie stabilizację odczuwanych emocji – dominowało uczucie spokoju, które utrzymywało się aż do piątej fali badania.

Badani z tej grupy pozytywnie reagowali na wszelkie sytuacje, które umożliwiały im poczucie się jak przed pandemią, na przykład możliwość wyjścia na spacer, przy jednoczesnym odsuwaniu od siebie myśli o utraconych możliwościach. W grupie tej znalazły się osoby, które aktywnie poszukiwały pozytywnych bodźców pomagających „uciec” od bardziej negatywnych emocji. Polegało to przede wszystkim na intensywnym wyszukiwaniu sobie zajęć w miejsce uniemożliwionych przez pandemię aktywności (np. jazda na rowerze w miejsce siłowni, czytanie książek w miejsce wyjścia do kina). Czynnikiem, które sprzyjały temu wzorcowi odczuwania emocji i zachowań, były wsparcie bliskich oraz stabilna sytuacja zawodowa (brak problemów ekonomicznych, ale też brak obaw o gospodarkę i jej wpływ na osobistą sytuację finansową).

Osoby te po pierwszej fazie smutku i bezradności przeszły do fazy habituacji, połączonej z dostrzeganiem pozytywów zarówno życia przed pandemią, jak i obecnej sytuacji. Potrafiły dość szybko znaleźć strategie i zachowania, które umożliwiły im utrzymanie pozytywnego nastroju, określanego jako spokój, który utrzymywał się aż do wybuchu drugiej fali pandemii w listopadzie.

Grupa 2 – Pogodzenie z sytuacją (bezradność, tęsknota za tym, co było przed pandemią, cieszenie się tym, co się ma, dezorientacja, niepewność). Grupa druga to osoby, u których zaobserwować można było przede wszystkim pogodzenie się z obecną sytuacją. W odróżnieniu od pierwszej grupy – proces ten nie przebiegał jednak płynnie. Po wspólnej dla wszystkich badanych fazie negatywnych emocji na początku badania, nastąpiła u tej grupy faza wysokiej bezradności w stosunku do pandemicznej sytuacji. W kolejnym etapie osoby te próbowały podejmować działania, które mogłyby wpłynąć na ich nastrój, np.: zmniejszenie/zwiększenie ilości czasu spędzanego na pracy, zmniejszenie/zwiększenie dopływu informacji płynących z mediów, otaczanie się bliskimi, przestrzeganie zasad epidemiologicznych. W odróżnieniu od osób z grupy pierwszej, badani z tej grupy mieli jednak poczucie, że żadne ich działania nie mają realnego wpływu na sytuację, w której się znalazły, nie przyniosły one również zmniejszenia ich

poczucia bezradności. Po krótkim okresie nostalgii i tęsknoty za tym co było przed pandemią, nastąpiło pewne przystosowanie do sytuacji.

Tym, co różniło tę grupę od pierwszej, była większa wrażliwość na sytuację zewnętrzną – o ile pierwsza grupa za pomocą swoich działań wypracowywała sobie wewnętrzne poczucie spokoju, o tyle w przypadku tej grupy widać było przyzwyczajenie się do sytuacji, poddawanie się temu co płynie z zewnątrz. W konsekwencji osoby z tej grupy były bardziej narażone na zmiany nastrojów wynikające ze zmiany czynników zewnętrznych. Wrażliwość na czynniki zewnętrzne sprawiła, że w czerwcu (piąta fala badania) osoby z tej grupy wydawały się być stosunkowo najbardziej zdeorientowane, niepewne, jak powinny zachowywać się w ówczesnej sytuacji – nie potrafiły znaleźć wewnętrznego balansu między dbaniem o bezpieczeństwo a nadmierną kontrolą i koncentracją na wirusie. W odróżnieniu od grupy pierwszej – aklimatyzacja tej grupy do warunków pandemii miała więc charakter mało stabilny, ponieważ zależny od czynników zewnętrznych.

Grupa 3 – Huśtawka emocjonalna (nadzieja, strach, lęk, poczucie zagrożenia, smutek, znudzenie, irytacja). Trzecia grupa to osoby, u których bardzo mocno przeplatały się falami emocje pozytywne z negatywnymi. Osoby te, podobnie jak osoby z grupy pierwszej (Dążenie do równowagi) z negatywnych emocji towarzyszących im na początku pandemii przeszły do emocji pozytywnych w trzeciej fali. Jednakże w odróżnieniu od pierwszej grupy zmiana ta była bardzo silnie uwarunkowana czynnikami zewnętrznymi, a nie podjętymi działaniami – w dużej mierze wpływ na nie miała słoneczna, wiosenna pogoda. Następująca po zimie wiosna dała osobom z tej grupy nadzieję na poprawę sytuacji życiowej związanej z pandemią. Ponieważ oczekiwana zmiana sytuacji nie nastąpiła (pandemia i ograniczenia nie ustąpiły), w kolejnej, czwartej fali badania widoczny był u tej grupy badanych ponowny spadek nastroju i powrót do poziomu z pierwszej fali wywiadów. U części osób można wręcz zaobserwować pogorszenie nastroju w stosunku do początku pandemii – odczuwały one jeszcze większy strach, lęk i smutek. Wahania emocji – fale emocji negatywnych przeplatające się z falami poprawy nastroju obserwowane były u tej grupy osób aż do piątej fali badania. W tej grupie dostrzegalne były częste zmiany emocji, pojawiało się poczucie znudzenia, braku energii, odbierane przez badanych bardziej negatywnie (jako brak ekscytujących, ciekawych momentów) niż pozytywnie (jako poczucie stabilizacji). W fali czwartej i piątej badania w tej grupie osób pojawiała się obawa o powrót do rzeczywistości po zakończeniu

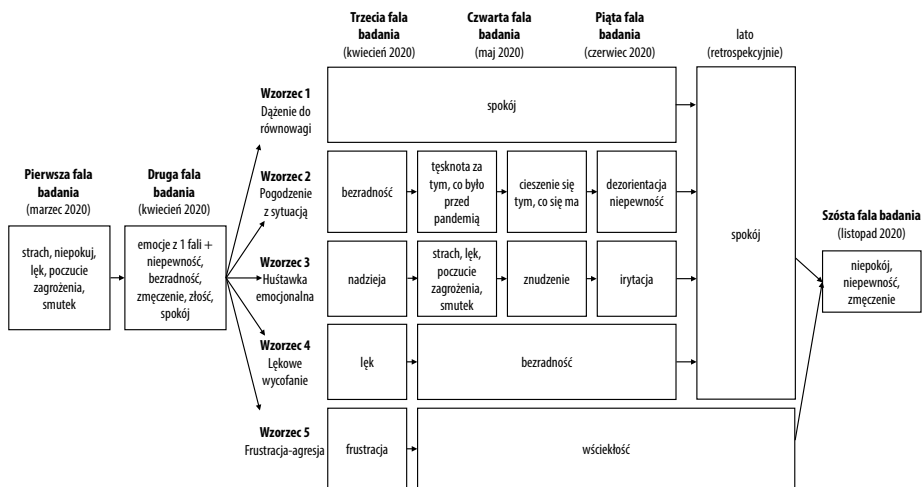
pandemii, o to, jak mają się przygotować do nowej sytuacji, a to sprawiało, że ich nastroj ponownie uległ pogorszeniu. W fali piątej badania osoby z tej grupy wyróżniały się niecierpliwością i rozdrażnieniem związanym z oczekiwaniem na koniec pandemii – czekały na wyraźny, zewnętrzny wskaźnik, który byłby dowodem na zbliżającą się poprawę sytuacji. Równocześnie sami nie wiedzieli, co byłoby dla nich końcem pandemii, co byłoby wskaźnikiem, że pandemia już się zakończyła – dla jednych mogło to być wprowadzenie szczepionek, dla innych zaszczepienie większości społeczeństwa, dla jeszcze innych – powrót do życia bez obostrzeń. W obliczu niejasnej osobistej definicji końca pandemii potrzebny był więc głos z zewnątrz, pochodzący od pewnego autorytetu (innego dla każdego respondenta), świadczący o zakończeniu trudnej sytuacji.

Grupa 4 – Lękowe wycofanie (lęk, bezradność). U osób z tym wzorcem reakcji emocjonalnej, podobnie jak w grupie 2., nastąpiło przyzwyczajanie do sytuacji, jednak przyzwyczajanie to wiązało się z negatywnymi emocjami. Badani przyzwyczaili się do stanu ciągłej niepewności, co wywoływało u nich poczucie bezsilności. U tej grupy osób zaobserwować można było zjawisko wyuczonej bezradności. Były to osoby, które pogodziły się z sytuacją i negatywnymi emocjami, jednocześnie nie robiąc nic, aby je zmienić. Badani z tej grupy mieli świadomość istnienia pewnych strategii i działań mogących pomóc w poprawie ich sytuacji i w efekcie poprawie nastroju, jednak rezygnowały z tych działań jeszcze przed ich rozpoczęciem. Brak poczucia wpływu na otaczającą rzeczywistość działał paraliżująco na tę grupę badanych – często czuły one niemoc, wpadały w rozpacz. Jednocześnie osoby te często odczuwały negatywne emocje, także w stosunku do siebie – można było u nich zaobserwować pewnego rodzaju złość na pozwolenie sobie na przyzwyczajanie się do zaistniałej sytuacji. Osoby te nie uważały, że przyzwyczajanie się jest czymś pozytywnym, negatywnie reagowały także na przejawy przyzwyczajania się i aklimatyzacji u innych. Negatywne emocje utrzymywały się w tej grupie osób praktycznie do czerwca – w trakcie piątej fali wywiadów nadal odczuwali oni bezsilność, czuli się zrezygnowani i „pokonani” przez pandemię.

Grupa 5 – Frustracja-agresja (frustracja, wściekłość). Grupa piąta to osoby, które od początku pandemii przeżywały głównie negatywne emocje. Jednakże w odróżnieniu od pozostałych grup, dominujące na początku uczucie zagrożenia, lęku, smutku wyewoluowało we frustrację, irytację, a następnie wręcz we wściekłość. Złość towarzyszyła osobom z tej grupy aż do końca trwania

badania – były to osoby, które używały do opisu swojej sytuacji wielu wulgaryzmów i nacechowanych negatywnie i emocjonalnie określeń. Osoby z tej grupy łączy także największe wśród wszystkich badanych zainteresowanie polityką. Badani o wzorcu zmiany emocji frustracja-agresja w największym stopniu koncentrowali się na działaniach władz w kontekście pandemii. Zarówno podejmowane przez rząd działania, jak i brak zrozumienia powodów podejmowanych decyzji potęgowały odczuwaną przez te osoby złość. W tej grupie można było zauważyć także duży niepokój o sytuację gospodarczą kraju, która mogła realnie przełożyć się na sytuację finansową badanych. Na pojawienie się negatywnych emocji w kontekście polityki wpływały także zbliżające się wybory prezydenckie, które w odczuciu części badanych nie powinny były się odbyć, a brak spójności w zachowaniu rządzących powodował jeszcze większą frustrację.

Z jednej strony, zdejmowanie obostrzeń potęgowało poczucie radości, wiązało się bowiem z nadzieją, że pandemia ma się ku końcowi. Z drugiej jednak strony, u części badanych takie decyzje rządu potęgowały negatywne emocje. Odczuwana złość związana była z faktem, że zdaniem badanych rządzący nie przygotowują kraju na kolejne, nieuniknione w ich ocenie epidemie, nie opracowują planów na wszelki wypadek – zachowując się tak, jakby nic się nie stało. Co ważne, tego typu emocje obecne były przede wszystkim u badanych, którzy intensywnie śledzili przekaz medialny dotyczący pandemii oraz koncentrowali się na sytuacji gospodarczo-politycznej w kraju.



Rysunek 1. Odczuwane emocje w kolejnych etapach badania.

Piąta fala badania (czerwiec 2020). Odczuwane emocje: radość i nadzieja na powrót do normalnego życia

Poza opisanymi wyżej wzorcami reakcji emocjonalnych w piątej fali badania pojawiły się dwie specyficzne dla tej fali emocje. Pierwszą była radość, która wynikała z przekonania o zbliżającym się końcu pandemii i powrocie „do normalności”. Drugą natomiast była nadzieja na powrót do życia sprzed czasów COVID-19 – widać było wtedy zmniejszające się obostrzenia, powrót różnych aktywności, które były zabronione wcześniej, a dodatkowo – zbliżały się wakacje. Spotkania rodzinne i towarzyskie stawały się coraz bardziej powszechne, co również było źródłem poprawy nastroju u prawie wszystkich respondentów. Interesujące, że w tym czasie powrót do normalnego życia (jak np. praca czy nauka stacjonarna), mimo że wiązał się z pewnymi trudnościami (jak chaos dnia codziennego, natłok zajęć, korki), był również dowodem na powrót do wcześniejszego życia.

Szоста fala badania (listopad 2020). Odczuwane emocje: spokój, niepewność, zmęczenie

Ostatnia fala badania dotyczyła odczuć związanych z dwoma etapami: (a) tym, co działo się w okresie letnim, między piątą a szóstą falą badania (odtworzane retrospektywnie); (b) odczuciami bezpośrednio związanymi z tym, co działo się w Polsce na przełomie października i listopada 2020 r. (rysunek 1).

Okres letni wiązał się przede wszystkim z pozytywnymi emocjami, wśród których dominował spokój. Badani mieli poczucie, że okres wakacyjny był czasem emocjonalnego odpoczynku od pandemii. Większość z nich starała się wtedy nie myśleć i nie koncentrować na pandemii, co ułatwiały możliwe w tym okresie letnie wyjazdy.

Zupełnie inaczej wyglądały emocje w momencie przeprowadzania szóstej fali badania. Był to czas jesieni, kiedy liczba zachorowań w Polsce zaczęła wzrastać. Pojawiające się na tym etapie emocje to powracający niepokój i poczucie niepewności, nieobecne podczas wakacji. Tym razem jednak emocje te (w przeciwieństwie do pierwszych fal) nie wiązały się z nieumiejętnością reagowania na zupełnie nową sytuację, a raczej niepewnością co do tego, ile jeszcze potrwa trudna sytuacja oraz ile jeszcze razy się powtórzy. Odczuwany lęk był mniejszy niż na wiosnę, co związane było przede wszystkim z tym, że sytuacja nie była nowa i badani mieli już pewne doświadczenia, jak się

zachowywać. Natomiast bardziej niż na wiosnę badani odczuwali bezsilność i bezradność. Okres wiosenny nauczył ich bowiem, że w większości nie mają oni swoim zachowaniem ani swoją postawą wpływu na sytuację, w której się znaleźli, wynikającą z pandemii. Ponadto większość badanych, mimo minionych wakacji, skarżyła się także na zmęczenie. Wakacje dla większości osób wyglądały inaczej niż zazwyczaj i nie dały szansy na pełną regenerację, odzyskanie sił i powrót do równowagi sprzed pandemii. Pojawiło się też zagubienie związane z obowiązującymi i potencjalnymi restrykcjami – wielu badanych nie potrafiło powiedzieć, jakie restrykcje obowiązują w danej chwili, myliło im się, co można, a czego nie, a nie mieli w sobie siły, aby śledzić i zapamiętywać zmiany w rozporządzeniach.

Charakterystyczny dla tej fali badania był również brak chęci do rozmowy o pandemii. Widać było duże zmęczenie respondentów i wyraźną potrzebę odciążenia się od tematu koronawirusa, ponieważ było to odbierane jako drażnienie drażliwej kwestii.

W wakacje zrobiliśmy sobie wakacje. Po pierwsze, w kwestii epidemii niewiele się działo, wszyscy tak odpuścili, zaświeciło słońce i wszyscy zapomnieli nagle o tym, że jest koronawirus. Może głupio, może dobrze, bo może trochę wszyscy odpoczęli i dzięki temu teraz przeżyjemy jakoś psychofizycznie ten nadchodzący najprawdopodobniej w najbliższych dniach *lockdown*, na to wszystko wygląda. I wtedy tak się niewiele działo, więc my też niewiele czytaliśmy, powiedzmy, że sprawdzaliśmy najświeższe informacje, ale tak... A teraz to, co się dzieje, okazało się, że nic nie zostało zrobione, jeszcze odgrzewają jakieś sprawy pobudzające ogólną złość i zamiast się zajmować gospodarką i zwalczaniem skutków tego COVIDu, to... No nie, nie mam siły już nawet o tym mówić. Przecież to są debile, jełopy i w ogóle, no nie mogę po prostu tego znieść. (Mężczyzna, 32 lata [4]).

PODSUMOWANIE I DISKUSJA

Przeprowadzone badanie pokazało, że emocje, które były reakcją na pandemię COVID-19, zmieniają się w zależności od czynników zewnętrznych (jak kolejne fazy rozwoju pandemii, informacje w mediach o zachorowaniach, wprowadzane obostrzenia) oraz wewnętrznych, indywidualnych predyspozycji reagowania emocjonalnego respondentów. Na początku pandemii (pierwszy miesiąc – dwie pierwsze fale badania) wszyscy reagowali w dosyć podobny sposób – dominującą emocją był strach, który powodował dużą akceptację

wprowadzanych obostrzeń, czasem nawet dobrowolne podejmowanie działań, zanim były one oficjalnym nakazem (jak np. samoizolacja). Jest to spójne z danymi dostarczanymi przez wcześniejsze badania, pokazujące, że strach może być nawet głównym motorem do działania podczas epidemii (Van Damme, Van Lerberghe, 2000) i jest też najsilniejszym predyktorem stosowania się do zaleceń (Harper, Satchell, Fido, Lutzman, 2021). Zaobserwowana w początkowej fazie naszego badania dominacja emocji negatywnych, ale z czasem ich słabnięcie i pojawianie się emocji takich jak np. zmęczenie, jest również spójne z wynikami wcześniejszych badań ilościowych, które pokazały, że na początku pandemii pojawiają się głównie silne emocje negatywne, które z czasem tracą na intensywności (Li i in., 2020; Sher, 2020).

Kolejnym ważnym wynikiem zrealizowanego badania było wyodrębnienie kilku wzorców reakcji emocjonalnych na pandemię. Wyłonione wzorce mają wyraźne konsekwencje dla funkcjonowania ludzi w trakcie pandemii i radzenia sobie z trudnymi emocjami. Warto podkreślić, że mimo doświadczania do pewnego stopnia podobnych emocji, schematy reakcji emocjonalnych mogły być różne i z tego powodu jedni funkcjonowali w trakcie pandemii lepiej, a inni gorzej. Pierwszym wzorcem było Dążenie do równowagi, a osoby z tej grupy w aktywny sposób starały się dostarczać sobie przyjemnych bodźców poprzez podejmowanie ulubionych aktywności (np. kontakt z naturą, hobby, relacje z bliskimi). Wcześniejsze badania wykazały, że osoby, które częściej podejmowały przyjemne aktywności podczas *lockdownu*, odnotowały mniejszy spadek poczucia szczęścia (Gutierrez-Cobo i in., 2021). Wykazano również, że wsparcie społeczne jest jednym z najważniejszych czynników pomagających w radzeniu sobie z kryzysami różnego rodzaju (Rodriguez-Llanes, Vos, Guha-Sapir, 2013), co także zostało potwierdzone w naszym badaniu.

Pogodzenie z sytuacją to mniej aktywna strategia niż poprzednia. Osoby prezentujące tę postawę często godziły się z pandemią, ale bez uzyskania wewnętrznego spokoju i równowagi. Były zbyt wrażliwe na to, co dzieje się wokół nich. W konsekwencji ich odczuciom towarzyszyła dezorientacja i niepewność, a brakowało im poczucia kontroli nad sytuacją charakterystycznego dla poprzedniej grupy. Być może miały wyższy poziom nietolerancji niepewności, który, jak pokazują wcześniejsze badania, jest związany z wyższym poziomem lęku, depresji oraz z nieadaptacyjnymi strategiami radzenia sobie (Rettie, Daniels, 2020).

Huśtawka emocjonalna to kolejny wzorec reakcji emocjonalnej na pandemię zaobserwowany w naszych badaniach. W przypadku osób prezentujących ten sposób funkcjonowania – zmiana emocji była reakcją na czynniki zewnętrzne

i stanowiła pasywne odzwierciedlenie tego, co działo się wokół nich (np. pogody, doniesień o liczbie zakażeń), a była niezależna od ich własnych działań. Osoby te nie radziły sobie z regulacją swoich emocji, co jest spójne z wcześniejszymi badaniami, wykazującymi, że bardziej adaptacyjne strategie radzenia sobie, to te skoncentrowane na problemie i związane z aktywnym poszukiwaniem rozwiązań (m.in. Gerhold, 2020; Huang, Lei, Xu, Liu, Yu, 2020).

Lękowe wycofanie to wzorzec bardzo negatywnej reakcji, w której dominującą rolę odgrywała wyuczona bezradność. Osoby prezentujące Lękowe wycofanie pogodziły się z towarzyszącą ich codziennemu funkcjonowaniu niepewnością i brakiem kontroli nad swoim życiem. W pełni pasywnie poddawały się temu, co się wokół nich działo w związku z pandemią i nie podejmowały żadnych działań, żeby zmienić swoją sytuację. Badania wykazały, że niższe poczucie sprawczości wiąże się z wyższym poziomem lęku uogólnionego odczuwanego w kontekście pandemii (Wojtkowiak, Hansen, 2022). Co więcej, długotrwałe doświadczenie braku kontroli może powodować tzw. wyuczoną bezradność, czyli trwałe poczucie braku wpływu na sytuację i możliwości jej zmiany (Maier, Seligman, 1976), co może skutkować nawet depresją (Mirowsky, Ross, 1990).

Osobom z wzorcem reagowania Frustracja-agresja negatywne emocje towarzyszyły prawie przez cały czas trwania pandemii. Jednak nie było to wycofanie, jak przy trzecim i czwartym wzorcu, a bardziej niegodzenie się na sytuację (nawet jeżeli była to niezgoda tylko werbalna). Tym, co łączyło osoby z tej grupy, było zainteresowanie polityką oraz aktywne śledzenie mediów. To jedyna grupa, u której nie nastąpiła poprawa nastroju z czasem rozwoju pandemii. Ta obserwacja jest również spójna z poprzednimi badaniami, które pokazują, że częstsze śledzenie doniesień medialnych w pandemii koreluje z wyższym poziomem lęku oraz strachu (Malesza, Kaczmarek, 2021; Mertens i in., 2020). Jednak w grupie tej nie było to pasywne poddawanie się negatywnemu nastrojowi (jak w poprzedniej grupie), a bardziej widać było złość i poczucie niezgody na zaistniałą sytuację. Pomimo że tylko jedna grupa badanych miała wzorzec reagowania nazwany przez nas Huśtawką emocjonalną, to jednak wszyscy doświadczyli w jakimś stopniu tego stanu w momencie powrotu drugiej fali pandemii. Ogłoszenie we wrześniu 2020 r. drugiej fali pandemii spowodowało, po okresie pozytywnych emocji towarzyszących okresowi wakacji, powrót niepokoju i niepewności oraz pojawienie się poczucia zmęczenia. Wyższy poziom niepokoju (lęku) jest związany z utratą nadziei na poprawę sytuacji (Lee, 2020). Badania wykazały, że w porównaniu do czerwca 2020 r., w grudniu 2020 r. częściej występowała niepewność co do czasu trwa-

nia pandemii (por. Dragan, Grajewski, Lotzin, 2022). Z tego wynikała utrata nadziei – po okresie letnim, kiedy już wszyscy liczyli na poprawę lub wręcz definitywne zakończenie pandemii, ogłoszono kolejną falę. Jednak obserwowany w tym okresie lęk nie był tak wysoki jak na wiosnę, mimo większej liczby zakażeń. Obserwacja ta jest również zgodna z wcześniejszymi badaniami, które wykazały, że z czasem reakcje emocjonalne na pandemię koronawirusa tracą na intensywności (Malesza, 2021), a poprawa może nastąpić, nawet jeśli czynniki zewnętrzne nie dają ku temu żadnych przesłanek. Podobne zjawisko zaobserwowano w badaniu Li i in. (2021) – badani Amerykanie odczuwali więcej pozytywnych emocji w dalszym momencie rozwoju pandemii, kiedy było dużo więcej zakażeń niż na początku.

Ograniczenia i przyszłe badania

Chociaż opisane badanie pozwala na wyciągnięcie wielu interesujących wniosków na temat wzorców reagowania emocjonalnego na pandemię, to posiada także pewne ograniczenia. Zastrzeżenia może budzić próba badawcza. Chociaż osoby badane były zróżnicowane pod wieloma względami (płeć, wiek), to jednak były stosunkowo podobne pod względem wykształcenia i sytuacji życiowej (w większości osoby z wyższym wykształceniem, klasa średnia), co odzwierciedla tylko pewien specyficzny wycinek społeczeństwa. W związku z tym w kolejnych badaniach w przyszłości należałoby w większym stopniu zróżnicować respondentów pod względem takich cech, jak wykształcenie czy status społeczno-ekonomiczny oraz wziąć pod uwagę zmianę sytuacji ekonomicznej pod wpływem pandemii (jak np. utrata zatrudnienia lub znaczne obniżenie dochodów).

Kolejna kwestia dotyczy ilościowej generalizacji uzyskanych wyników. Chociaż przeprowadzone analizy pozwoliły na opisanie pewnych wzorców zmiany emocji, to przyczyny takiego zróżnicowania reakcji badanych (np. na ile zależą od wsparcia rodzinnego lub jego braku, sytuacji materialnej, odcinania się lub śledzenia mediów) mają formę hipotez. W przyszłości warto byłoby zweryfikować w badaniu ilościowym rolę czynników zewnętrznych i wewnętrznych dla tworzenia wzorców reakcji emocjonalnych. Ilościowe badanie, szczególnie gdy byłoby przeprowadzone na próbie reprezentatywnej, mogłoby dać odpowiedź na temat intensywności występowania określonych wzorców reagowania emocjonalnego wśród Polaków – które wzorce są bar-

dziej powszechne, a które mniej oraz jakie cechy indywidualne i zewnętrzne sprzyjają powstawaniu poszczególnych wzorców.

Wbrew temu, w co wierzyła większość badanych na początku pojawienia się koronawirusa, pandemia nie skończyła się ani po pierwszej, ani po drugiej fali i ciągle jest mowa o kolejnych falach i powrotach zmutowanych wirusów. Kwestią otwartą jest, jakie reakcje emocjonalne i wzorce reagowania mogą pojawiać się w kolejnych, powracających falach. Można sobie wyobrazić, że sytuacja taka jest źródłem ogromnego i długotrwałego stresu wynikającego z utrzymującego się poczucia niepewności i rodzaju huśtawki emocjonalnej, jaką tworzą fazy odpuszczania restrykcji i pojawiających się pozorów zakończenia zagrożenia przeplatane z fazami komunikowania nadchodzenia kolejnych fal pandemii. Z tego względu, jeżeli pandemia będzie się utrzymywała, warto byłoby przeprowadzić kolejne fazy badania, które mogłyby uchwycić reakcje na następne, powracające fale pandemii.

Interesujące byłoby również zbadanie, czy wyodrębnione wzorce reakcji emocjonalnych są uniwersalne, czy też specyficzne dla Polski i polskich uwarunkowań zewnętrznych (związanych np. z restrykcjami pandemicznymi). Z tego względu warto by przeprowadzić badanie jakościowe i ilościowe dotyczące wzorców reagowania emocjonalnego na pandemię w innych krajach.

BIBLIOGRAFIA

- Apgar, D., Cadmus, T. (2021). Using mixed methods to assess the coping and self-regulation skills of undergraduate social work students impacted by COVID-19. *Clinical Social Work Journal*, 1. <https://doi.org/10.1007/s10615-021-00790-3>
- Aslam, F., Awan, T. M., Syed, J. H., Kashif, A., Parveen, M. (2020). Sentiments and emotions evoked by news headlines of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Humanities and Social Sciences Communications*, 7, 23. <https://doi.org/10.1057/s41599-020-0523-3>
- Aznar, A., Tenenbaum, H. R. (2015). Gender and age differences in parent-child emotion talk. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(1), 148–155. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12069>
- Barros, M. B. D. A., Lima, M. G., Malta, D. C., Szwarcwald, C. L., Azevedo, R. C. S. D., Romero, D., ... Gracie, R. (2020). Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic.

- Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 29(4), e2020427. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Centrum Badania Opinii Społecznej. (2020). *Letnie wyjazdy wypoczynkowe w czasach pandemii. Komunikat z badań, 72/2020*. Warszawa: CBOS. Pobrane z: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_072_20.PDF
- Cyniak-Cieciura, M., Zawadzki, B. (2022). Osobowościowe predyktory dobrostanu psychicznego w czasie pandemii COVID-19: analiza profili latentnych. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 127–155). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial04>
- Dragan, M., Grajewski, P., Lotzin, A. (2022). Poczucie obciążenia a dobrostan psychiczny w przebiegu pandemii COVID-19. Wyniki badania podłużnego ADJUST. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 67–87). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial02>
- Droit-Volet, S., Gil, S., Martinelli, N., Andant, N., Clinchamps, M., Parreira, L., ... Dutheil, F. (2020). Time and Covid-19 stress in the lockdown situation: Time free, «Dying» of boredom and sadness. *PLoS ONE*, 15(8), e0236465. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236465>
- European National Panels. (2020). *Representative survey monitoring public opinion, emotions and experience with novelty Corona virus spread in five Central European countries*. Pobrane z: <https://www.nationalpandemicalarm.eu/main-en.html>
- Fernandes, N. (2020). Economic effects of coronavirus outbreak (COVID-19) on the world economy. *IESE Business School Working Paper No. WP-1240-E*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3557504>
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Wnuk, A., Oleksy, T., Cudo, A., ... Maison, D. (2021). Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity. *Comprehensive Psychiatry*, 105, 152222. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152222>
- García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., Padilla, S., David López-Roldán, P., Monzó-García, M., Rodríguez-Jimenez, R. (2021). Gender differences in emotional

- response to the COVID-19 outbreak in Spain. *Brain and Behavior*, 11(1), 7–11. <https://doi.org/10.1002/brb3.1934>
- Gerhold, L. (2020). *COVID-19: Risk perception and coping strategies*. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/xmpk4>
- Gutiérrez-Cobo, M. J., Megías-Robles, A., Gómez-Leal, R., Cabello, R., Fernández-Berrocal, P. (2021). Is it possible to be happy during the COVID-19 lockdown? A longitudinal study of the role of emotional regulation strategies and pleasant activities in happiness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063211>
- Harper, C. A., Satchell, L. P., Fido, D., Litzman, R. D. (2021). Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(5), 1875–1888. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00281-5>
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during COVID-19 outbreak: A comparative study. *PLoS ONE*, 15(8), e0237303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237303>
- JHU CSEE. (2021). *COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University*. Pobrane z: <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19#COVID-19-data-repository-by-the-center-for-systems-science-and-engineering-csse-at-johns-hopkins-university>.
- Kunica, M. (2020, 30 października). Aborcja w chaosie. *Business Insider*. Pobrane z: <https://businessinsider.com.pl/polityka/strajk-kobiet-protesty-w-polsce-walka-z-pandemiacovid-19/y1jz5ms>
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393–401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active Weibo users. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph17062032>
- Li, Y., Luan, S., Li, Y., Hertwig, R. (2021). Changing emotions in the COVID-19 pandemic: A four-wave longitudinal study in the United States and China. *Social Science & Medicine*, 285, 114222. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114222>
- Maier, S. F., Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, 105(1), 3–46. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3>
- Maison, D. (2010). *Jakościowe metody badań marketingowych: jak zrozumieć konsumenta*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Maison, D. (2019). *Qualitative marketing research: understanding consumer behaviour*. Londyn–Nowy Jork: Routledge.
- Malesza, M. (2021). *Emotional responses toward COVID-19: A longitudinal assessment of age differences*. MedRxiv. <https://doi.org/10.1101/2021.03.21.21254050>
- Malesza, M., Kaczmarek, M. C. (2021). Predictors of anxiety during the COVID-19 pandemic in Poland. *Personality and Individual Differences*, 170, 110419. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110419>
- Mathias, K., Rawat, M., Philip, S., Grills, N. (2020). We've got through hard times before: Acute mental distress and coping among disadvantaged groups during COVID-19 lockdown in North India – a qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 19, 224. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01345-7>
- Mertens, G., Gerritsen, L., Duijndam, S., Salemink, E., Engelhard, I. M. (2020). Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *Journal of Anxiety Disorders*, 74, 102258. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102258>
- Mirowsky, J., Ross, C. E. (1990). Control or defense? Depression and the sense of control over good and bad outcomes. *Journal of Health and Social Behavior*, 31(1), 71–86. <https://doi.org/10.2307/2137046>
- Nowakowska, K. (2021, 4 marca). Rok z koronawirusem: Od paniki, przez luz, do fatalizmu. *Dziennik Gazeta Prawna*. Pobrane z: <https://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/kraj/artykuly/8111858,szczepienia-maseczki-rok-z-koronawirusem-zycie-codzienne.html>
- Parlapani, E., Holeva, V., Nikopoulou, V. A., Sereslis, K., Athanasiadou, M., Godosidis, A., ... Diakogiannis, I. (2020). Intolerance of uncertainty and loneliness in older adults during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 842. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00842>
- Pedrosa, A. L., Bitencourt, L., Frões, A. C. F., Cazumbá, M. L. B., Campos, R. G. B., de Brito, S. B. C. S., Simões e Silva, A. C. (2020). Emotional, behavioral, and psychological impact of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11, 566212. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.566212>
- Polska Akademia Nauk. (2020). *Zrozumieć COVID-19. Opracowanie zespołu ds. COVID-19 przy Prezesie Polskiej Akademii Nauk*. Pobrane z: https://informacje.pan.pl/images/2020/opracowanie-covid19-14-09-2020/ZrozumiecCovid19_opracowanie_PAN.pdf
- Rettie, H., Daniels, J. (2020). Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 76(3), 427–437. <https://doi.org/10.1037/amp0000710>

- Rodriguez-Llanes, J. M., Vos, F., Guha-Sapir, D. (2013). Measuring psychological resilience to disasters: Are evidence-based indicators an achievable goal? *Environmental Health: A Global Access Science Source*, 12(1), 2–20. <https://doi.org/10.1186/1476-069X-12-115>
- Satici, S. A., Kayis, A. R., Satici, B., Griffiths, M. D., Can, G. (2020). Resilience, hope, and subjective happiness among the Turkish population: Fear of COVID-19 as a mediator. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00443-5>
- Sher, L. (2020). COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide. *Sleep Medicine*, 70, 124–124. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.04.019>
- Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Miller, J. G., Hartman, T. K., Levita, L., ... Bentall, R. P. (2020). Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*, 6, 125. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.109>
- Teti, M., Schatz, E., Liebenberg, L. (2020). Methods in the time of COVID-19: The vital role of qualitative inquiries. *International Journal of Qualitative Methods*, 19(51), 160940692092096. <https://doi.org/10.1177/1609406920920962>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317–320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Trnka, R., Lorencova, R. (2020). Fear, anger, and media-induced trauma during the outbreak of COVID-19 in the Czech Republic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 546–549. <https://doi.org/10.1037/tra0000675>
- Van Damme, W., Van Lerberghe, W. (2000). Epidemics and fear. *Tropical Medicine and International Health*, 5(8), 511–514. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3156.2000.00599.x>
- van der Velden, P. G., Hyland, P., Contino, C., von Gaudecker, H. M., Muffels, R., Das, M. (2021). Anxiety and depression symptoms, the recovery from symptoms, and loneliness before and after the COVID-19 outbreak among the general population: Findings from a Dutch population-based longitudinal study. *PLOS ONE*, 16(1), e0245057. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245057>
- van Gelder, N., Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S. (2020). COVID-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine*, 21, 100348. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100348>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China.

International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(5), 1729.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Wojtkowiak, N., Hansen, K. (2022). Sprawczość i wspólnotowość a lęk i samopoczucie w trakcie pandemii COVID-19. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 157–181). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial05>

Wright, R., Riedel, R., Sechrest, L., Lane, R. D., Smith, R. (2018). Sex differences in emotion recognition ability: The mediating role of trait emotional awareness. *Motivation and Emotion*, 42(1), 149–160. <https://doi.org/10.1007/s11031-017-9648-0>

ZAŁĄCZNIK A

Tabela A1
Charakterystyka uczestników badania

| Nr | Płeć ^a | Wiek | Status rodzinny | Wykształcenie ^b | Sytuacja zawodowa | Jak pandemia wpłynęła na sytuację zawodową? |
|----|-------------------|------|---------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--|
| 1 | K | 25 | Singiel | W | Bezrobotna | Problemy ze znalezieniem pracy. |
| 2 | K | 27 | Singiel | W | Asystentka administracyjna | Częściowo praca zdalna; 80% pensji. |
| 3 | K | 54 | Singiel | W | Wolontariuszka | Brak wolontariatu podczas pandemii; brak zmian w dochodzie. |
| 4 | M | 32 | Para bez dzieci | W | Bezrobotny | Utrata pracy niezwiązana z pandemią; brak zmian w dochodzie. |
| 5 | M | 39 | Singiel | W | Specjalista w firmie paliwowej | Praca zdalna; brak zmian w dochodzie. |
| 6 | M | 24 | Para bez dzieci | W | Barista w kawiarni | Nie pracował podczas pandemii; znaczący spadek dochodu. |
| 7 | M | 28 | Para bez dzieci | W | Specjalista ds. komunikacji | Praca zdalna (także przed pandemią); brak zmian w dochodzie. |
| 8 | M | 30 | Para bez dzieci | W | Doktorant | Praca zdalna; brak zmian w dochodzie. |
| 9 | K | 25 | Para bez dzieci | W | Księgowa | Praca zdalna; brak zmian w pensji respondentki; spadek dochodu męża. |
| 10 | K | 55 | Para bez dzieci | W | Przedstawicielka firmy kosmetycznej | Mniej pracy; znaczący spadek dochodu. |
| 11 | M | 35 | Dwoje dorosłych i dziecko | Ś | Właściciel stacji paliw i sklepu | Wzrost dochodu. |
| 12 | M | 33 | Dwoje dorosłych i dzieci | W | Inżynier | Praca zdalna; brak zmian w dochodzie. |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeliz poprzedniej strony

| Nr | Płeć ^a | Wiek | Status rodzinny | Wykształcenie ^b | Sytuacja zawodowa | Jak pandemia wpłynęła na sytuację zawodową? |
|----|-------------------|------|---------------------------|----------------------------|--|---|
| 13 | M | 46 | Dwoje dorosłych i dziecko | W | Chirurg | Mniej pracy; znaczący spadek dochodu. |
| 14 | M | 55 | Dwoje dorosłych i dzieci | W | Właściciel prywatnego przedszkola | Praca zdalna (także przed pandemią); znaczący spadek dochodu. |
| 15 | M | 43 | Dwoje dorosłych i dziecko | W | Psycholog, przedsiębiorca | Mniej pracy, praca częściowo zdalna; nieznaczny spadek dochodu. |
| 16 | K | 36 | Dwoje dorosłych i dzieci | W | Specjalista ds. finansów; urlop macierzyński | Brak zmian w sposobie pracy oraz w dochodzie. |
| 17 | K | 35 | Dorosły i dziecko | W | Kosmetyczka | Nie pracowała podczas pandemii; znaczący spadek dochodu. |
| 18 | K | 48 | Dwoje dorosłych i dzieci | Ś | Właścicielka salonu piękności | Zmiana pracy; nieznaczny spadek dochodu. |
| 19 | K | 39 | Dwoje dorosłych i dzieci | W | Księgowa | Praca zdalna; brak zmian w dochodzie. |
| 20 | K | 25 | Dwoje dorosłych i dziecko | Ś | Korepetytorka matematyki | Nie pracowała podczas pandemii; znaczący spadek dochodu; brak zmian w dochodzie męża. |

Adnotacja. ^a K – kobieta, M – mężczyzna; ^b Ś – średnie, W – wyższe.

Załącznik B

Rysunek B1. Technika wspomagająca – plansza z obrazkami prezentowana osobom badanym w trakcie wywiadu, mająca ułatwić rozmowę na temat odczuwanych emocji.

ZALĄCZNIK C

Tabela C1

Cytaty ilustrujące wzorce emocjonalne reakcji na kolejne fazy pandemii

| Wzorzec | Trzecia fala badania | Czwarta fala badania | Piąta fala badania | Respondent |
|-----------------------|--|--|--|---------------------------------|
| Dążenie do równowagi | <p>Odpnęła czuję się w tej chwili i nie jest to globalne uczucie. Powiedziałabym, że wynika z chwili. Jeżeli chodzi o sytuację chorobową, to prawie w ogóle nie czuję się zagrożona. Ja raczej nie przejmuję się swoim zdrowiem. [...] Myślę, że jest to czas i miejsce, żeby zacząć myśleć o jakiejś dalszej przyszłości – gdzie chcę się widzieć za 5 lat.</p> | <p>Wtedy, w tym lesie to był spokój. Spokój i taka bez troska. No na przykład czuję, że mogę już bez problemu pojechać do rodziców, że już przecież wszystko jest za nami, że już wracamy do normalności. No, ale ten koronawirus dalej jest. [...] Bardzo się zmniejszyła ta obawa. Ale myślę, że to może być też związane z tym, że ja się po prostu przyzwyczaiłam do tej sytuacji. Że to już nie jest nic dziwnego.</p> | <p>[Rodzice są] może nie przyzwyczajeni, ale bardzo normalnie traktowali tą sytuację. To mnie bardzo uspokoiło. Bardzo się zrelaksowałam w domu. [...] Najbardziej w domu rodzinnym się martwiłm o babcię, a babcia jest po prostu pierwszy wyjadacz. Ona pierwsza wyjadzie na zakupy, choćby się ją pilnowało, prosiło. Więc co ja będę zakazywała jej, że ona chce sobie kości rozprostować?</p> | <p>Kobieta, 25 lat [9]</p> |
| Pogodzenie z sytuacją | <p>[Technika wspomagająca] Wyberam obrazek przedstawiający pusty las. To jest jedyne miejsce, gdzie można teraz poczuć się, trochę wyjść i zaznać wolności. No po prostu ja już bym chciała... I chciałabym gdzieś wyjechać z tego betonowego świata na razie.</p> | <p>Tak generalnie to niewiele się zmieniło, znaczy nie zmieniło się tak jakoś radykalnie. Jedyne, co się tak zmieniło bardziej, no to to, że w końcu mój mąż stwierdził, że możemy przerwać izolację, jeśli chodzi o najbliższą rodzinę. I żeśmy się widzieli z taką najbliższą rodziną. Grzeszylam się bardzo, że można się w końcu zobaczyć, jakoś tak porozmawiać z ludźmi w cztery oczy. Nie przez ten komputer, cały czas gapienie się w ten ekran. Żeśmy sobie usiedli tak przy stole razem, dzieciaki tam sobie ganiały. To przecież cała radość. Nic tego nie zastąpi.</p> | <p>Jak tak się chodzi po mieście, to nie jest normalnie. Teraz jesteśmy tutaj, stołujemy się w restauracjach i też co drugi stolik. Ten dystans społeczny jest taki nienaturalny dla mnie. Te maseczki, to już nie trzeba ich nosić, ale w sklepach ludzie noszą, co też nie jest do końca naturalne. To nie jest jeszcze taka normalność. Też nie jest normalne to, że dzieci do szkoły nie chodzą.</p> | <p>Kobieta, 36 lat [16]</p> |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeliz poprzedniej strony

| Wzorzec | Trzecia fala badania | Czwarta fala badania | Piąta fala badania | Respondent |
|----------------------|--|--|---|-------------------------|
| Huśtawka emocjonalna | W zeszłym tygodniu większy dół mnie dopadł i zaczęły mi się problemy ze spaniem. Nie mogłam zasnąć parę nocy pod rząd. Mam nadzieję, że teraz wróci do normy. Ale miałam taki moment i dolka większego, i spać nie mogłam. Ale co? Nic się nie zmienia. | Dalej jest mi ciężko wyjść, bo mam znowu teraz problemy z zasypianiem, a ostatnio z piątku na sobotę jakaś taka rzecz się wydarzyła, że całą noc nie zasnąłam. [dalej w tym samym wywiadzie] Tak bardziej spokojnie się czuję w ostatnich dwóch tygodniach. Można wychodzić już więcej, zaczynają odmrażać to wszystko powoli i to napawa też takim pozytywnym podejściem do sytuacji. Dzięki temu siedzenie tutaj stało się przyjemniejsze, bo wiem, że jakbym chciała, to mogę pojechać do miasta albo do kogoś, z kimś się zobaczyć. Sama świadomość, że mogę, jest pozytywna i jadę jutro też. | [Co Ci teraz przeszkadza?] Nuda w jakis sposób. Nie potrafię się skupić na czytaniu. Próbuję się zmotywować do takich rzeczy, jak uczenie się języka, bo mam tyle czasu, czy ćwiczenia. Nie mam tego balansu, że robię coś dla siebie – czytam, ćwiczę, ale też że spotykam się ze znajomymi. Nie ma tego balansu, więc już te rzeczy zaczęły mnie nudzić. | Kobieta, 25 lat [1] |
| Lękowe wycofanie | Na samym początku tygodnia bardzo się źle czułam. Miałam już dosyć tej izolacji, tego koronawirusa, no po prostu... Płakać mi się strasznie chciało. Że nie wiadomo, jak to długo potrwa. Czuję, że ewidentnie nie mam wpływu i to mnie tak właśnie denerwuje. | Wieczorem po prostu totalnie się rozpadłam i wpadłam w taką jakąś rozpacz i w taki płacz, wręcz w szloch. W ogóle coś okropnego. Dzwoniłam do jednego syna, drugiego... Załamka totalna już nastąpiła. [...] Generalnie nic mi się nie chce i to jest okropnie. Muszę się przynuszać do tych rzeczy, które już naprawdę muszę zrobić i je robię. | Według mnie to znowu się odbija cały ten stres, który był, no to ja teraz zaczynam mieć te wszystkie symptomy psychosomatyczne, które w końcu jakoś się wyciszają, ale tak to zwykle się odbywa. [...] Denerwuje mnie to, że nie wiadomo, jak długo potrwa. Bo teraz z kolei są te głosy, że to jest pełzająca epidemia, że to cały czas będzie się tak walkować, tak trwać i trwać. [...] Mnóstwo jest takich niewiadomych, czy to tak już mamy po prostu wrócić do normalnego życia, a koronawirus jest z nami i będzie, będą ludzie chorować, ci, co się zarażą, niektórzy umrą, ale żyć należy normalnie czy dalej zachować tę daleko idącą ostrożność: nie wyjeżdżać, nie wychodzić, nie robić | Kobieta, 55 lat [10] |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeliz poprzedniej strony

| Wzorzec | Trzecia fala badania | Czwarta fala badania | Piąta fala badania | Respondent |
|--------------------|--|--|---|--|
| Frustracja-agresja | <p>Włączasz telewizję – koronawirus. Włączasz radio – koronawirus. Czytasz gazetę – koronawirus. Tak jakby poza tym nic na świecie się nie działo. Jeszcze chrzaniecie ciągle o tych wyborach, będą, nie będą. Głosować, będą, nie głosować, wiesz, jakies takie dyskusje...</p> | <p>To jest węzeł gordyjski, który nie wiadomo, jak rozwiązać. Czyli jakiej decyzji byśmy nie podjęli, to zawsze będzie się mógł ktoś przypieprzyć. Ten chaos to jest taka niepewność i zdenerwowanie, a czasami takie poczucie bezradności. [...] To mnie smuci i złości. Bardziej złości nawet [...] Człowiekowi nóż w kieszeni się otwierał. Urzędnicy robią wszystko, aby nie podjąć żadnej konkretnej decyzji, zrzucają ją jedynie na nas. Wytyczne, które zrobili, to taki program maksimum, aby nikt nie zarzucił im, że czegoś nie przewidzieli. Przecież jeśli dziecko pobawi się zabawką, to zanim inne dziecko będzie mogło się nią pobawić, będziemy ją musieli zdezynfekować. No wyobrażasz to sobie? Taki jest, kurwa, przepis! No sorry, za mój francuski, no.</p> | <p>Taki chaos związany ze zdjejmowaniem ograniczeń. Brak konsekwencji. Chodzi głównie o otoczenie polityczne i to, co słyszemy w wiadomościach. W czwartek powiedzieli, że od soboty nie będzie trzeba nosić maseczek. Dlaczego od soboty, a nie już od piątku? Co się zmieni między piątkiem a sobotą? [Jakie to są uczucia?] Pewna taka niecierpliwość i rozdrażnienie.</p> | <p>Mężczyzna, 55 lat [14]</p> |

MAŁGORZATA DRAGAN  <https://orcid.org/0000-0001-8221-2012>

PIOTR GRAJEWSKI  <https://orcid.org/0000-0002-6673-0562>

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

ANNETT LOTZIN  <https://orcid.org/0000-0002-2834-8047>

Department of Psychiatry and Psychotherapy,
University Medical Center Hamburg-Eppendorf

Poczucie obciążenia a dobrostan psychiczny w przebiegu pandemii COVID-19. Wyniki badania podłużnego ADJUST

Stress and mental well-being in COVID-19 pandemic. The results of the longitudinal study ADJUST

Autor korespondencyjny: Małgorzata Dragan

e-mail: mdragan@psych.uw.edu.pl

Publikacja finansowana ze środków Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego przyznanych przez MNiSW w formie subwencji na utrzymanie i rozwój potencjału badawczego w roku 2021 (501-D125-01-1250000 zlec*5011000638) oraz Inicjatywa Doskonałości – Uczelnia badawcza 501-D125-20-0004316.

Streszczenie

Sytuacja pandemii COVID-19 wiąże się z licznymi czynnikami stanowiącymi potencjalne obciążenie dla psychiki. Oprócz zagrożenia życia i zdrowia własnego oraz osób bliskich, negatywne konsekwencje natury psychologicznej mogą wynikać z izolacji społecznej, utraty pracy i dochodów, czy też nasilenia konfliktów w relacjach z domownikami. Celem przeprowadzonego badania było określenie, które z zagrożeń lub ograniczeń związanych pandemią były postrzegane jako obciążające w pierwszych miesiącach pandemii oraz po pół roku od przeprowadzenia pierwszego pomiaru. Badanie stanowiło część projektu ADJUST i odbyło się w drugim tygodniu czerwca 2020 r., a więc około trzy miesiące po ogłoszeniu stanu epidemii w Polsce i wprowadzeniu restrykcji dotyczących życia publicznego. Dane zebrano wśród reprezentatywnej grupy Polaków ($N = 1904$) metodą online na panelu internetowym. Badani wypełniali zestaw kwestionariuszy samoopisowych dotyczących odczuwanych trudności i radzenia sobie z sytuacją pandemii. Badanie powtórzono po pół roku w tej samej próbie (grudzień 2020 r.). W drugiej turze badania wzięło udział $N = 1398$ badanych. Ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2 stanowiło istotne obciążenie dla stanu psychicznego większości osób badanych. Częściej wskazywana była jednak niepewność co do czasu trwania pandemii oraz ryzyko zarażenia się wirusem przez najbliższych. Wskazywano także na brak dostatecznej ilości informacji i mało satysfakcjonujące zarządzanie kryzysowe w sytuacji pandemii. Znacznym obciążeniem dla większości badanych były także liczne inne aspekty sytuacji, takie jak ograniczenia dotyczące możliwości spędzania wolnego czasu i swobodnego przemieszczania się, czy też ograniczenie kontaktów z ludźmi do osób najbliższych. W drugim pomiarze, w porównaniu do pierwszego, odnotowano spadek odczuwanego dobrostanu psychicznego osób badanych. Rezultaty modelowania strukturalnego ujawniły różnice pomiędzy obiema falami badania. W pierwszym z nich znaczącymi predyktorami spadku samopoczucia były obciążenia wynikające z ograniczenia życia publicznego, a w pomiarze drugim – te związane z przedłużającym się pobytem w domu. Przeprowadzone badanie dostarczyło wiedzy na temat tego, które z wprowadzonych

ograniczeń życia publicznego były postrzegane przez Polaków jako najbardziej dotkliwe z punktu widzenia dobrostanu psychicznego. Monitorowanie poczucia obciążenia wynikającego z restrykcji wydaje się ważne zwłaszcza w kontekście dostosowania interwencji psychologicznych do sytuacji pandemii. W świetle uzyskanych wyników szczególnie ważnym problemem wydaje się ograniczenie prawa do swobodnego gospodarowania czasem i przemieszczania się, brak prywatnej przestrzeni, jak również zagrożenie poczucia bezpieczeństwa we własnym domu, w tym wzrost konfliktów i zagrożenie przemocą oraz radzenie sobie ze stresem w sytuacji ciągłego przebywania z domownikami w złych warunkach lokalowych.

Słowa kluczowe: pandemia COVID-19, stres, dobrostan psychiczny

Abstract

The COVID-19 pandemic is associated with numerous factors that constitute a potential psychological burden. Apart from the threat to the life and health of one's own and the close ones, negative consequences of pandemic may result from social isolation, loss of job and income, or intensification of conflicts in relationships with household members. The aim of the study was to determine which of the threats or limitations related to the pandemic were perceived as a psychological burden in the first months of the pandemic and six months after the first measurement. The study was a part of the ADJUST project and was conducted in the second week of June 2020, i.e. about three months after the announcement of the state of epidemic in Poland and the introduction of lockdown measures. The data was collected from a representative group of Poles ($N = 1904$) from an internet panel. The respondents completed a set of self-report questionnaires on the difficulties they experienced and coping with the pandemic situation. The study was repeated after six months on the same sample (December 2021). In the second wave of the study, $N = 1,398$ respondents completed the entire questionnaire. The risk of infection with the SARS-CoV-2 virus was

a significant psychological burden for most of the respondents. However, participants indicated even more often uncertainty about the duration of the pandemic and the risk of contracting the virus by relatives. The lack of sufficient information and unsatisfactory crisis management of a pandemic were also often pointed out. Many other aspects of the situation, such as restrictions on leisure activities and private travels, or limiting contacts with people to the closest ones, were also a significant burden for the majority of respondents. In the second wave, compared to the first, a decrease in the perceived well-being of the respondents was noted. The results of the structural modeling revealed differences between the two time points. For the first wave of the study, significant predictors of a decline in well-being were the burdens resulting from limitation of public life, and for the second wave, those associated with prolonged stay at home. The conducted study provided knowledge about which of the introduced restrictions on public life were perceived by Poles as the most burdensome for their well-being. Monitoring the sense of burden resulting from the restrictions seems to be important especially in the context of adjusting psychological interventions to the pandemic situation. In the light of the results obtained, a particularly important problem seems to be the limitation of the right to leisure activities and private travels, the lack of private space, the threat to the sense of security in one's own home, including the increase in conflicts and the threat of violence, as well as coping with stress in a situation of constant stay with household members in poor housing conditions.

Keywords: COVID-19 pandemic, stress, mental well-being

Trwająca od ubiegłego roku pandemia wariantów koronawirusa SARS-CoV-2, wywołującego COVID-19, jest zjawiskiem nowym dla współcześnie żyjących mieszkańców Europy, w tym Polski. Ta zagrażająca zdrowiu i życiu sytuacja, której rozwój – mimo już ponad dwuletnich doświadczeń – nadal trudno przewidzieć, związana jest z szeregiem następstw na poziomie indywidualnym oraz społecznym. Konsekwencje te wynikają nie tylko z zagrożenia zdrowia

i życia własnego oraz osób bliskich, ale także z innych powiązanych z pandemią sytuacji stanowiących potencjalnie znaczące obciążenie dla psychiki. Wśród takich okoliczności wymienić należy nie tylko przebywanie na kwarantannie, ale i utratę dochodów oraz zatrudnienia, konieczność pracy czy nauki zdalnej i przebywania większej ilości czasu w domu, czy też utratę opieki nad dziećmi lub starszymi członkami rodziny. W sytuacji tak licznych obciążeń i stresorów konieczne wydaje się określenie, które z nich wskazywane są jako najbardziej dokuczliwe i najsilniej wiążą się z ryzykiem obniżenia dobrostanu psychicznego.

W odpowiedzi na zapotrzebowanie monitorowania stanu emocjonalnego i adaptacji społeczeństw do sytuacji pandemii, w ramach Europejskiego Towarzystwa Badań nad Stresem Traumatycznym (European Society for Traumatic Stress Studies, ESTSS, www.estss.org) powstało konsorcjum realizujące projekt badawczy ADJUST – ESTSS COVID-19 pan-European ADJUST Study (Lotzin i in., 2020). Badanie ADJUST prowadzone jest w 11 krajach Europy (Austria, Chorwacja, Grecja, Gruzja, Holandia, Litwa, Niemcy, Polska, Portugalia, Szwecja i Włochy). Ma ono charakter podłużny (minimum dwa punkty pomiaru) i prowadzone jest w dużych próbach internetowych. Głównym celem badania jest ustalenie, z jakimi rodzajami problemów mierzyli się w czasie pandemii uczestnicy. Ważne było również poznanie sposobów radzenia sobie ze stresem oraz pytanie uczestników o doświadczane emocje i objawy, a także formy pomocy, z jakich korzystali. W badaniu ADJUST odwołujemy się do modelu wielopoziomowej struktury zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia (Solar, Irwin, 2010), w którym uwzględnia się społeczne determinanty nierówności w zdrowiu. Pośród tych uwarunkowań znajdują się doświadczane przez jednostkę i społeczeństwo stresory oraz inne czynniki ryzyka. W przypadku zdrowia psychicznego w czasie pandemii mogą to być zmienne socjoekonomiczne (np. utrata pracy czy dostęp do pomocy finansowej), wartości kulturowe i społeczne (np. stygmatyzacja niektórych grup), polityka społeczna i zdrowotna (np. dostęp do służby zdrowia czy warunki pracy i zatrudnienia) oraz wprowadzane przez władze rozporządzenia (np. zachowanie dystansu fizycznego, ograniczenia swobody poruszania się, przestrzeganie kwarantanny). Opracowane przez zespół ESTSS narzędzie badawcze uwzględnia te potencjalne uwarunkowania, a pierwsze rezultaty badania, uwzględniające porównania międzynarodowe w zakresie czynników ryzyka i czynników ochronnych, zostały opublikowane (Gelezelyte i in., 2021; Lotzin i in., 2021). W niniejszym artykule koncentrujemy się na wynikach uzyskanych dla próby polskiej oraz na relacjonowanym przez badanych obciążeniu psychicznym (*psychological burden*). Interesowały nas różnorodne

aspekty sytuacji pandemicznej, związane z poczuciem zagrożenia lub ograniczeniami, które w opinii respondentów wiązały się z odczuwaniem obciążenia, negatywnymi emocjami lub były postrzegane jako najbardziej dokuczliwe.

METODA

Badanie ADJUST – cel i metoda

Celem analiz prezentowanych w niniejszym artykule było sprawdzenie, w jakim zakresie różne stresory i okoliczności związane z pandemią koronawirusa stanowiły obciążenie psychiczne dla Polaków w pierwszych miesiącach po ogłoszeniu stanu epidemii oraz, dla porównania, rok po tym okresie czasu.

Pierwsza fala badania trwała od 10 do 17 czerwca 2020 roku, a więc około trzy miesiące po ogłoszeniu stanu epidemii i wprowadzeniu restrykcji dotyczących życia publicznego. Warto przypomnieć, że w Polsce stosunkowo wcześniej wprowadzono dosyć ściśle restrykcje (stan epidemii ogłoszono 20 marca 2020 r.), które potem zmieniały się w zależności od rozwoju sytuacji. Stopniowo znoszono je aż do okresu wakacyjnego, zatem pierwsza fala badania miała miejsce w czasie luzowania obostrzeń, już po najbardziej ścisłych restrykcjach, ale jeszcze przed okresem wakacyjnym.

Badanie przeprowadzono metodą online na panelu internetowym, używając w pierwszym pomiarze zbiór odpowiedzi od reprezentatywnej grupy badanych ($N = 1904$). Badanie otrzymało pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Wydziału Psychologii UW. Badanie zostało powtórzone w pół roku po pierwszym pomiarze, tj. w grudniu 2020 roku. Ankietę skierowano do tej samej grupy osób, które wzięły udział w pierwszej fali badania. Uzyskano odpowiedzi od $N = 1398$ osób, co stanowi 73% próby wyjściowej.

Oczywiście w przypadku tego pomiaru okoliczności związane z sytuacją epidemiologiczną były inne niż w przypadku pomiaru pierwszego. W grudniu 2020 r. jako społeczeństwo mieliśmy już co prawda za sobą wiele miesięcy doświadczeń z pandemią, jednak ze względu na wzrost zakażeń był to czas obowiązywania największych restrykcji. Masowa dostępność szczepień była zapowiadana dopiero na koniec tego miesiąca (według kalendarium www.gov.pl/web/koronawirus/dzialania-rzadu, dostęp: 11.08.2021 r.).

Głównym narzędziem zastosowanym w badaniu była kilkuczęściowa ankieta opracowana przez konsorcjum badawcze ESTSS (Lotzin i in., 2020),

zawierająca pytania dotyczące charakterystyk socjodemograficznych (płeć, wiek, miejsce zamieszkania itp.) oraz indywidualnych czynników ryzyka (takich jak kontakt osobisty z ludźmi w pracy czy diagnoza zaburzenia psychicznego). Część ankiety stanowiła lista wyróżniająca możliwe ograniczenia i stresory towarzyszące pandemii. Osoby badane były proszone o wskazanie, w jakim stopniu kolejne okoliczności stanowią dla nich obciążenie (możliwe odpowiedzi w przedziale od 0 do 3, gdzie 0 oznaczało – *nie dotknęły mnie w ogóle*, 1 – *dotknęły mnie w niewielkim stopniu*, 2 – *dotknęły mnie w umiarkowanym stopniu*, a 3 – *dotknęły mnie w znaczącym stopniu*). Badani byli ponadto pytani o okoliczności (1) związane specyficznie z samą pandemią (np. „ograniczony dostęp do regularnej opieki zdrowotnej lub leków”), (2) związane ze zdrowiem (np. „lęk przed zakażeniem koronawirusem”), (3) związane z ograniczeniami życia publicznego (np. „ograniczenie możliwości spędzania wolnego czasu”), (4) związane z ograniczeniem życia społecznego (np. „kontakt osobisty ograniczony do osób najbliższych”), (5) z powodu przedłużającego się pozostawania w domu (np. „trudności w łączeniu pracy z opieką nad dziećmi”), (6) związane z pracą (np. „zwiększone obciążenie pracą”) oraz (7) związane z nastrojem (np. „samotność”). Osoby badane miały także możliwość dopisania innych obciążeń do poszczególnych kategorii, jednak odpowiedzi te nie będą tutaj analizowane.

W celu określenia poziomu dobrostanu psychicznego (samopoczucia) osób badanych użyto skali *Wskaźniki dobrego samopoczucia WHO-5* (World Health Organization [WHO], 1998; Topp, Østergaard, Søndergaard, Bech, 2015). Polska wersja narzędzia została opracowana przez Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health (www.psykiatri-regionh.dk). Narzędzie składa się z pięciu pytań odnoszących się do samopoczucia badanych w okresie ostatnich dwóch tygodni (np. „czułem się spokojny i odprężony”). Badani ustosunkowują się do pytań, korzystając z pięciostopniowej skali Likerta (od 0 – *nigdy*, do 5 – *cały czas*). Wartość współczynnika rzetelności mierzonego alfą Cronbacha w opisywanym badaniu (pierwsza tura) potwierdza wysoką rzetelność narzędzia ($\alpha = 0,93$).

Osoby badane

Wyjściową próbę stanowiła reprezentatywna próba $N = 1904$ Polaków (99,6% wskazało narodowość polską). Kobiety stanowiły 51,8% próby ($n = 987$), a męż-

czyźni 48,2% ($n = 917$). Wiek uczestników wahał się od 18 do 86 lat ($M = 45,06$; $SD = 16,05$). Największą grupę stanowiły osoby w wieku 55 i więcej lat – 34% próby. Osoby w wieku 18–24 lata stanowiły 12,6% próby, osoby w wieku 25–34 lata – 19,5%, osoby w wieku 35–44 – 16,7%, a osoby w wieku 45–54 lata – 17,1%. Respondenci z wykształceniem wyższym stanowili taki sam odsetek próby (33,8%) jak osoby z wykształceniem średnim (33,7%). Wykształcenie pomaturalne/policealne zadeklarowało 12,6% osób badanych, a 8,2% wskazało licencjat jako najwyższy uzyskany poziom wykształcenia. Zatem osoby z wykształceniem co najmniej średnim stanowiły zdecydowaną większość – 88,3% próby. Pozostała część osób badanych zadeklarowała wykształcenie zasadnicze zawodowe (9,4%) lub podstawowe/gimnazjalne (2,4%). Zdecydowana większość respondentów w czasie wypełniania ankiety mieszkała w Polsce (99,3%; 13 osób wskazało jako miejsce zamieszkania inny kraj niż Polska). Największą grupę stanowią osoby zatrudnione na pełen etat (44,9%). Ponadto 22,4% badanych pozostawało w momencie badania na emeryturze. Jako poszukujący pracy/bezrobotni określili się 9,4% badanych, 6,9% zadeklarowało, że nadal szkoli się w zawodzie lub uczy, a na część etatu pracowało 6,7%. Na zlecenie pracowało 5,3%, a samozatrudnionych było kolejne 5%. Szczegółowe informacje na temat profilu socjodemograficznego próby zawarto we wstępnym raporcie z badań opublikowanym w Internecie (Dragan, Skrodzka, Grajewski, 2020).

W drugiej fali badania wzięło udział $N = 1398$ osób (99,5% wskazało narodowość polską), spośród których kobiety stanowiły 51,1% próby ($n = 714$), a mężczyźni 48,9% ($n = 684$). Wiek uczestników wahał się od 18 do 86 lat ($M = 46,28$; $SD = 15,28$). Osoby w wieku 18–24 lata stanowiły 10,1% próby, osoby w wieku 25–34 lata – 15,5%, osoby w wieku 35–44 – 12,2%, a osoby w wieku 45–54 lata – 18,2%. Respondenci z wykształceniem wyższym stanowili 33,5% próby, a osoby z wykształceniem średnim – 33,2%. Wykształcenie pomaturalne/policealne zadeklarowało 13,2% osób badanych, a 7,7% wskazało licencjat jako najwyższy uzyskany poziom wykształcenia. Wynika z tego, że osoby z wykształceniem co najmniej średnim stanowiły zdecydowaną większość – 87,6% próby. Pozostała część osób badanych zadeklarowała wykształcenie zasadnicze zawodowe (10,1%) lub podstawowe/gimnazjalne (2,3%). Największą grupę stanowiły osoby zatrudnione na pełen etat (44,2%). Ponadto 24,3% badanych pozostawało w momencie badania na emeryturze. Jako poszukujący pracy/bezrobotni określili się 9,2% badanych, na część etatu pracowało 6,6%, a 5,7% zadeklarowało, że nadal szkoli się w zawodzie lub uczy. Na zlecenie pracowało 5,2%, a samozatrudnionych było kolejne 5,1%.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami biorącymi udział w pierwszej i drugiej fali badania w zakresie płci i wieku. Różnic międzypłciowych nie wykazało także porównanie grupy osób biorących i niebiorących udziału w drugiej fali badania. Osoby nieuczestniczące w drugim pomiarze okazały się natomiast średnio młodsze od tych, które w nim uczestniczyły ($M = 41,62$ vs. $M = 46,28$; $F[1, 1898] = 31,63$; $p < 0,001$).

Analizy statystyczne

Obliczenia przeprowadzono w programie IBM SPSS 27 (IBM Corp, 2020). Celem przeprowadzonych analiz było oszacowanie odsetka wskazań dotyczących poszczególnych obciążeń wynikających z pandemii koronawirusa w obu punktach czasowych. Ponadto interesowało nas testowanie różnicy pomiędzy pomiarami w zakresie dobrostanu psychicznego mierzonego za pomocą skali WHO-5, co realizowano, wykorzystując jednoczynnikową analizę wariancji z powtarzanym pomiarem. Zastosowano także modelowanie równań strukturalnych (*structural equation modeling*, SEM) z wykorzystaniem programu Mplus 8.5 (Muthén, Muthén, 2017) w celu zbadania zależności pomiędzy wyszczególnionymi obciążeniami oraz dobrostanem psychicznym. Zgodnie z rekomendacjami, w celu ustalenia dobroci dopasowania danych do testowanych modeli jednocześnie wzięto pod uwagę różne wskaźniki dobroci dopasowania. Uwzględniono następujące wskaźniki, zgodnie z najczęściej stosowanymi normami (Hu, Bentler, 1999; Konarski, 2010): RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*; którego wynik $< 0,10$ oznacza umiarkowane dopasowanie, a $< 0,05$ dobre dopasowanie); CFI (*Comparative Fit Index*) i TLI (*Tucker-Lewis Index*) (wynik CFI i TLI $> 0,90$ oznacza akceptowalne dopasowanie, a $> 0,95$ oznacza dobre dopasowanie); SRMR (*Standardized Root Mean Square Residual*; którego wartość $< 0,08$ oznacza dobre dopasowanie).

WYNIKI

W celu sprawdzenia, czy poziom odczuwanego samopoczucia, mierzony przy użyciu WHO-5, różni się między pomiarami, przeprowadzona została jednoczynnikowa analiza wariancji z powtarzanym pomiarem. Analiza wariancji została przeprowadzona w modelu wielozmiennowym (*multivariate*

repeated measures ANOVA) i ujawniła istotny efekt główny $F(1, 1397) = 39,18$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,03$. W pomiarze pierwszym badani uzyskali wynik niższy ($M = 14,0$; $SD = 13,82$) niż w pomiarze drugim ($M = 13,0$; $SD = 12,51$). Jeżeli chodzi o relacjonowane poczucie obciążenia, to w tabeli 1 przedstawiono informacje o tym, jaki odsetek osób badanych wskazywał, że poszczególne okoliczności lub aspekty sytuacji pandemii są dla nich obciążające. Zaprezentowane wyniki odnoszą się do osób, które wskazały odpowiedzi w zakresie 1–3 (zatem stanowiło to dla nich obciążenie co najmniej w niewielkim stopniu), nie uwzględniając przy tym osób, które wskazały, że dane obciążenie ich nie dotyczy. Tabela wyszczególnia także informację na temat tego, jaki procent osób określił poszczególne obciążenia jako szczególnie dotkliwe (a więc te, które dotknęły osobę w znacznym stopniu).

Tabela 1

Obciążenia wynikające z pandemii koronawirusa w Polsce

| Obciążenia | Czerwiec 2020 (<i>N</i> = 1904) | | Grudzień 2021 (<i>N</i> = 1398) | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| | Stanowiło obciążenie | Stanowiło znaczące obciążenie | Stanowiło obciążenie | Stanowiło znaczące obciążenie |
| <i>Obciążenia związane specyficznie z pandemią:</i> | | | | |
| Niepewność co do czasu trwania i ryzyka związanego z pandemią koronawirusa | 83,4% | 26,6% | 91,7% | 20,7% |
| Niedostateczne informacje ze strony rządu | 76,3% | 24,7% | 87,6% | 22,2% |
| Słabe zarządzanie kryzysowe przez rząd | 74,9% | 29,0% | 87,8% | 27,7% |
| Ograniczony dostęp do dóbr takich jak żywność, woda, ubrania | 49,0% | 6,5% | 57,9% | 5,1% |
| Ograniczony dostęp do regularnej opieki zdrowotnej lub leków | 77,2% | 26,0% | 87,6% | 20,8% |
| Niewystarczająca wydolność systemu opieki zdrowotnej w pomocy poważnie chorym | 61,3% | 19,0% | 82,0% | 19,2% |
| Relacje mediów z przebiegu pandemii koronawirusa | 68,9% | 14,9% | 82,8% | 13,0% |
| <i>Obciążenia związane ze zdrowiem:</i> | | | | |
| Lęk przed zakażeniem koronawirusem | 79,6% | 23,4% | 87,2% | 19,5% |
| Bycie zakażonym koronawirusem | 30,7% | 6,3% | 55,8% | 7,1% |

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| Obciążenia | Czerwiec 2020 (N = 1904) | | Grudzień 2021 (N = 1398) | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| | Stanowiło obciążenie | Stanowiło znaczące obciążenie | Stanowiło obciążenie | Stanowiło znaczące obciążenie |
| Lęk przed zakażeniem innych koronawirusem | 58,6% | 16,1% | 80,1% | 15,7% |
| Zakażenie innych ludzi koronawirusem | 51,3% | 11,1% | 76,3% | 11,8% |
| Odrzucenie przez innych z powodu zakażenia koronawirusem | 30,8% | 7,2% | 58,5% | 5,4% |
| Lęk, że najbliżsi zakażą się koronawirusem | 80,1% | 32,3% | 89,1% | 25,5% |
| Zakażenie najbliższych koronawirusem | 34,6% | 10,0% | 69,9% | 13,3% |
| Śmierć bliskiej osoby z powodu koronawirusa | 33,0% | 7,2% | 55,8% | 7,0% |
| Obciążenia związane z ograniczeniami życia publicznego: | | | | |
| Ograniczona codzienna aktywność (np. robienie zakupów) | 81,6% | 21,5% | 83,5% | 14,1% |
| Ograniczenie możliwości spędzania wolnego czasu (takich jak np. wyjście do restauracji) | 79,3% | 27,8% | 87,5% | 22,4% |
| Ograniczona aktywność fizyczna | 74,9% | 21,2% | 82,1% | 16,0% |
| Ograniczone prywatne podróże | 76,4% | 30,1% | 85,7% | 23,6% |
| Ograniczony udział w aktywnościach o charakterze religijnym lub duchowym | 58,1% | 17,6% | 75,6% | 12,0% |
| Przebywanie w domu przez większość czasu | 77,0% | 27,6% | 83,9% | 20,0% |
| Zmiana planu dnia (trybu życia) | 77,5% | 25,7% | 84,6% | 17,4% |
| Obciążenia związane z ograniczeniem życia społecznego: | | | | |
| Izolacja społeczna | 73,2% | 26,8% | 81,9% | 16,9% |
| Kontakt osobisty ograniczony do osób najbliższych | 79,6% | 28,2% | 85,6% | 20,1% |
| Kontakt osobisty ograniczony do innych osób | 76,6% | 21,1% | 85,1% | 16,5% |
| Brak dystansu fizycznego jedynie w stosunku do osób najbliższych | 70,0% | 17,9% | 80,6% | 13,6% |
| Niemożność odwiedzenia bliskich osób w krytycznym stanie zdrowia | 45,9% | 14,5% | 78,4% | 13,6% |
| Niemożność uczestniczenia w pogrzebie bliskich osób | 31,2% | 8,9% | 64,1% | 8,8% |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

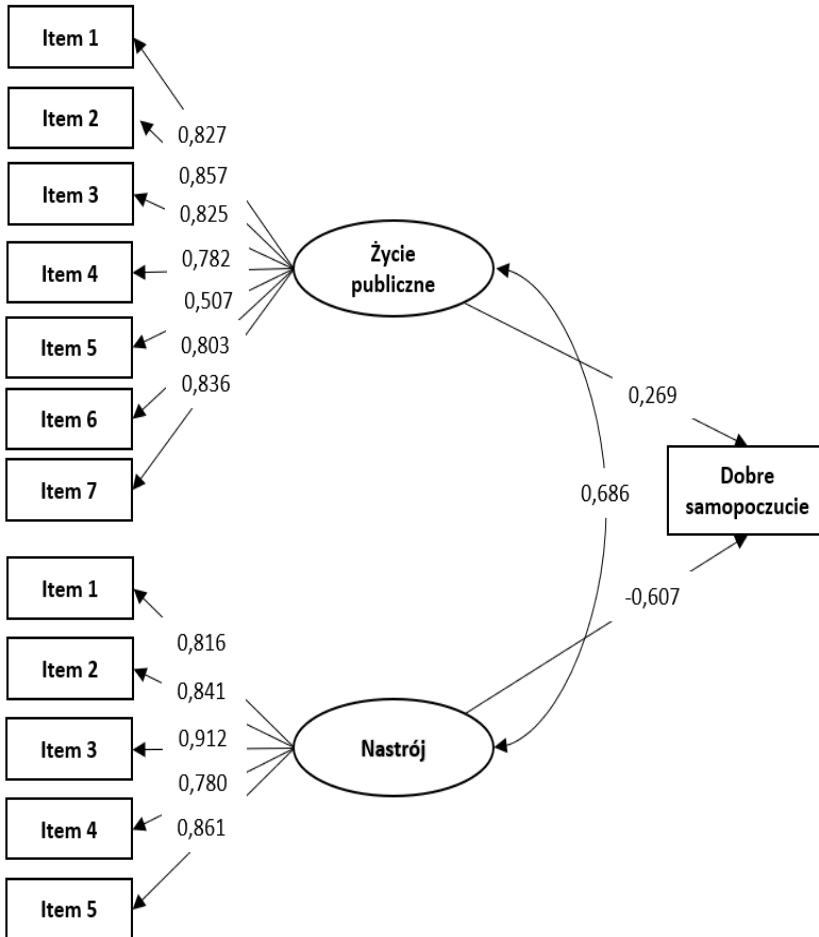
| Obciążenia | Czerwiec 2020 (N = 1904) | | Grudzień 2021 (N = 1398) | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| | Stanowiło obciążenie | Stanowiło znaczące obciążenie | Stanowiło obciążenie | Stanowiło znaczące obciążenie |
| Obciążenia z powodu przedłużającego się pozostawania w domu: | | | | |
| Ograniczone warunki mieszkaniowe (mało przestrzeni) | 44,7% | 10,4% | 59,7% | 7,7% |
| Utrata opieki nad dziećmi | 23,4% | 3,8% | 59,2% | 3,2% |
| Trudności w łączeniu pracy z opieką nad dziećmi | 25,5% | 6,4% | 64,2% | 5,5% |
| Brak miejsca na odpoczynek w odosobnieniu | 39,9% | 9,5% | 59,8% | 8,0% |
| Konflikty w domu | 42,1% | 8,2% | 61,7% | 7,1% |
| Przemoc fizyczna w domu | 16,9% | 3,1% | 47,9% | 3,2% |
| Obciążenia związane z pracą: | | | | |
| Praca z domu (<i>home office</i>) | 36,1% | 12,4% | 78,9% | 8,7% |
| Zmniejszona liczba godzin pracy / mniej zamówień | 38,2% | 13,0% | 68,4% | 7,5% |
| Niezdolność do pracy | 25,3% | 6,6% | 60,6% | 5,1% |
| Utrata dochodów (lub zagrożenie utratą dochodów) | 45,2% | 15,1% | 68,8% | 9,8% |
| Utrata pracy (lub zagrożenie utratą pracy) | 31,7% | 9,4% | 62,9% | 6,7% |
| Niewystarczająca pomoc finansowa ze strony rządu | 41,3% | 16,0% | 70,7% | 11,2% |
| Zwiększone obciążenie pracą | 38,2% | 10,2% | 70,8% | 8,3% |
| Ograniczone podróże służbowe | 28,1% | 8,8% | 70,1% | 7,6% |
| Praca w bliskim kontakcie z osobami, które mogą zostać zainfekowane | 36,7% | 9,8% | 72,5% | 8,8% |
| Obciążenia związane z nastrojem: | | | | |
| Nuda | 62,3% | 15,3% | 72,2% | 11,7% |
| Samotność | 55,1% | 12,9% | 67,7% | 10,7% |
| Frustracja | 64,1% | 18,5% | 76,5% | 14,4% |
| Lęk | 69,9% | 18,5% | 79,5% | 14,9% |
| Smutek | 69,9% | 17,3% | 62,5% | 14,9% |

Modele równań strukturalnych uwzględniły siedem kategorii obciążeń oraz wyniki skali dobrego samopoczucia (WHO-5). Ze względu na użycie zmiennych

kategorialnych w analizach użyto estymatora *weighted least square mean and variance adjusted estimator* (WLSMV). W próbie badanych w pierwszym pomiarze zaproponowany model odbiega od przyjętych wskaźników dobroci dopasowania: $\chi^2(1100) = 15563,65$; $p < 0,001$; RMSEA = 0,083 (90% CI: 0,082–0,084); CFI = 0,882; TLI = 0,874; SRMR = 0,086. Nieistotne statystycznie okazały się obciążenia związane ze zdrowiem ($p = 0,051$), związane z ograniczeniem życia społecznego ($p = 0,259$), z powodu przedłużającego się pozostawania w domu ($p = 0,768$) i związane z pracą ($p = 0,210$), dlatego w dalszym kroku usunięto je z modelu. W modelu z trzema czynnikami obciążenia specyficzne wynikające z pandemii okazały się nieistotne statystycznie ($p = 0,480$). Ostateczny model uwzględniał dwa specyficzne obciążenia: ograniczenia życia publicznego oraz obciążenia związane z nastrojem (emocjami negatywnymi). Nie spełniał jednak kryteriów dobroci dopasowania danych: $\chi^2(63) = 1286,52$; $p < 0,001$; RMSEA = 0,101 (90% CI: 0,096–0,106); CFI = 0,970; TLI = 0,963; SRMR = 0,037. W celu osiągnięcia najlepszego dopasowania danych do modelu, dopuszczono skorelowanie zmiennych w oparciu o indeksy modyfikacji (*modification indices*), tj. uwzględniono kowariancję błędów między pozycjami nr 6 i 7 ze skali obciążeń związanych z restrykcjami życia społecznego oraz nr 4 i 5 ze skali obciążeń związanych z nastrojem. W przypadku modelu po modyfikacji spełnione zostały kryteria dla wskaźników dobroci dopasowania: $\chi^2(61) = 775,80$; $p < 0,001$; RMSEA = 0,079 (90% CI: 0,074–0,084); CFI = 0,983; TLI = 0,978; SRMR = 0,032. Model ten wraz ze standaryzowanymi wartościami ścieżek przedstawia rysunek 1.

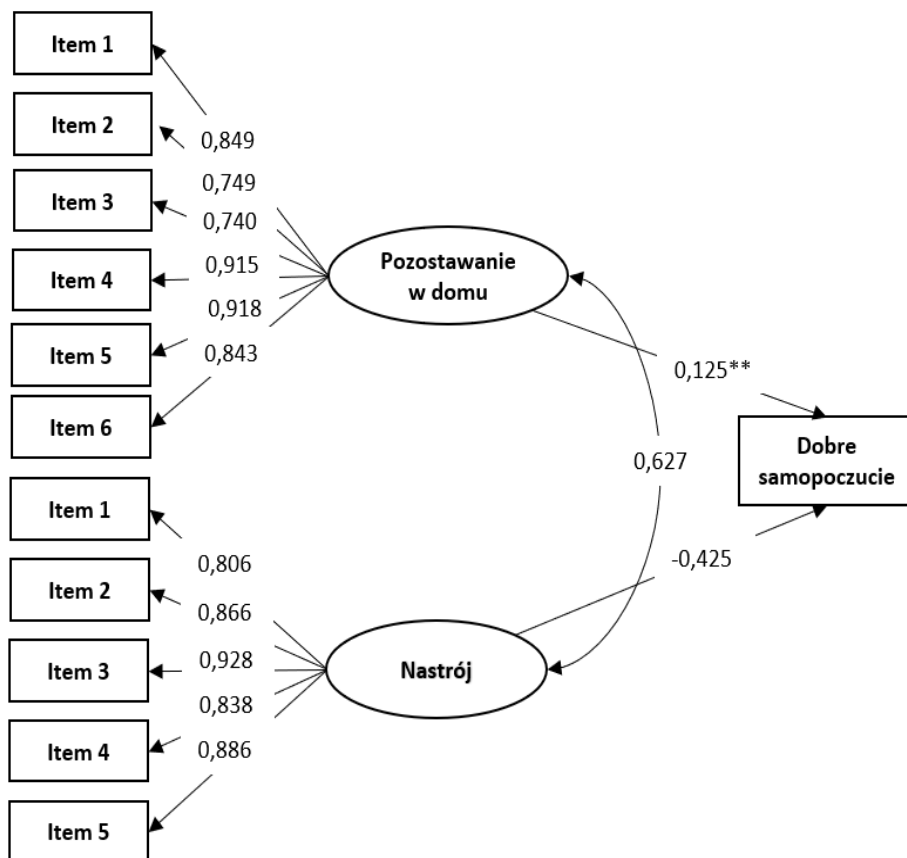
Analizy wyników drugiej fali badania również rozpoczęto od sprawdzenia, czy w modelu siedmioczynnikowym wszystkie obciążenia są istotne statystycznie. Podobnie jak w przypadku modelu zaproponowanego dla wyników uzyskanych w pierwszym pomiarze, nie wszystkie obciążenia okazały się istotne statystycznie: obciążenia związane specyficznie z pandemią ($p = 0,503$), ze zdrowiem ($p = 0,303$), związane z ograniczeniem życia publicznego ($p = 0,717$) i społecznego ($p = 0,624$) czy związane z pracą ($p = 0,181$) okazały się nieistotne statystycznie, a sam model odbiega od przyjętych wskaźników dopasowania: $\chi^2(1100) = 13408,90$; $p < 0,001$; RMSEA = 0,089 (90% CI: 0,089–0,091); CFI = 0,885; TLI = 0,877; SRMR = 0,065. Po pozostawieniu tylko istotnych czynników, nie spełniał jednak kryteriów dobroci dopasowania danych: $\chi^2(52) = 1917,77$; $p < 0,001$; RMSEA = 0,160 (90% CI: 0,154–0,166); CFI = 0,964; TLI = 0,954; SRMR = 0,062. Ostateczny model uwzględniał dwa specyficzne rodzaje obciążeń: związanych z przymusem pozostawania w domu oraz, podobnie jak w pierwszym pomiarze, związanych z nastrojem (emocjami negatywnymi). W celu osiągnięcia najlepszego dopasowania danych do modelu – dopuszczono kowariancję błędów między pozycjami

w oparciu o indeksy modyfikacji. Dotyczyło to pytań 2, 3 i 6 z podskali dotyczącej przedłużonego pozostawania w domu oraz 1, 2, 3 i 4 z podskali nastroju. Podobnie jak w przypadku modelu pierwszego, tym razem również spełnione zostały kryteria dla wskaźników dobroci dopasowania: $\chi^2(47) = 543,29$; $p < 0,001$; RMSEA = 0,087 (90% CI: 0,080–0,094); CFI = 0,990; TLI = 0,986; SRMR = 0,031.



Rysunek 1. Model równań strukturalnych w próbie I z wartościami oszacowania; $p < 0,001$ dla wszystkich ścieżek.

Adnotacja. Istotne statystycznie czynniki to obciążenia wynikające z ograniczeń w życiu publicznym oraz obciążenia związane z nastrojem. Numery poszczególnych itemów odpowiadają kolejności w tabeli 1.



Rysunek 2. Model równań strukturalnych w próbie II z wartościami oszacowania.

Wszystkie ścieżki z wyjątkiem ** są istotne na $p < 0,001$; ** $p < 0,01$.

Adnotacja. Istotne statystycznie czynniki to obciążenia z powodu przedłużającego się pozostawania w domu oraz obciążenia związane z nastrojem. Numer poszczególnych itemów odpowiada kolejności w tabeli 1.

DYSKUSJA

Cel analiz przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy był w pierwszej kolejności opisowy. Interesowało nas to, które z aspektów pandemii SARS-CoV-2/COVID-19 lub spowodowanych przez nią okoliczności, były dla Po-

laków obciążające. Koncentrowaliśmy zatem uwagę na różnorodnych aspektach sytuacji, związanych zarówno specyficznie z pandemią, jak i stanowiących jej konsekwencje. Badanie miało charakter podłużny, pomiaru dokonywaliśmy w dwóch odmiennych punktach czasowych (w czerwcu i grudniu 2020 r.), w trakcie pierwszej i drugiej fali rozprzestrzeniania się koronawirusa. Dzięki temu mieliśmy możliwość monitorowania poczucia obciążenia oraz dobrostanu psychicznego w badanej próbie w perspektywie czasowej, z odniesieniem do ówczesnej sytuacji epidemiologicznej. Warto w tym miejscu przypomnieć, że pierwsza tura badania miała miejsce około trzy miesiące po ogłoszeniu stanu epidemii i wprowadzeniu restrykcji dotyczących życia publicznego. Byliśmy zatem jako społeczeństwo w fazie po silnym szoku wywołanym samym wybuchem pandemii, którą to reakcję uchwyciliśmy w innym naszym badaniu, przeprowadzonym na samym początku pandemii (tj. na przełomie marca i kwietnia) w dużej grupie internetowej (Dragan, Grajewski, Shevlin, 2021). Wyniki tego badania wskazywały na znaczne nasilenie objawów zaburzenia adaptacyjnego, depresji i lęku uogólnionego. Czerwiec ubiegłego roku był natomiast czasem, kiedy to odnotowywano spadek zakażeń, stopniowo znoszono wprowadzone obostrzenia, a perspektywa okresu wakacyjnego dawała nadzieję na polepszenie sytuacji. Z kolei w przypadku pomiaru drugiego, w grudniu 2020 r., a więc w pół roku po pierwszej turze badania, mieliśmy do czynienia z sytuacją kolejnego wzrostu zakażeń i obowiązywania ścisłych restrykcji, z perspektywą jedynie masowego dostępu do szczepień w przyszłości jako nadziei na zakończenie pandemii.

Kontekst sytuacyjny wydaje się niezwykle istotny dla interpretacji uzyskanych wyników. Rezultaty badania zamieszczone w tabeli 1 wskazują, że wiele z aspektów sytuacji pandemii stanowiło znaczne obciążenie dla badanych. Wśród wskazywanych przez większość respondentów (powyżej 70% wskazań) znalazły się w szczególności obciążenia związane specyficznie z pandemią SARS-CoV-2 (w szczególności zaś takie problemy, jak niepewność co do czasu trwania i ryzyka związanego z pandemią koronawirusa, ograniczony dostęp do regularnej opieki zdrowotnej lub leków, a także niedostateczne informacje ze strony rządowej) oraz te związane ze zdrowiem. Sama możliwość zakażenia wirusem SARS-CoV-2 stanowiła istotne obciążenie dla stanu psychicznego większości osób badanych (prawie 80% w pomiarze pierwszym) i była ona wskazywana jeszcze częściej w pomiarze drugim (87%), kiedy to notowano znacznie więcej zakażeń i hospitalizacji z powodu COVID-19. Co ciekawe, również wizja zarażenia się wirusem przez najbliższe osoby budziła lęk

u znaczącej większości badanych w obu pomiarach (ze wszystkich obciążeń związanych ze zdrowiem najczęściej wskazywano właśnie lęk przed tym, że to najbliżsi zakażą się koronawirusem – 80% w pierwszym pomiarze i 89% w pomiarze drugim).

Dla zdecydowanej większości (ponad 80% w drugim pomiarze) dokuczliwe okazały się także obciążenia związane z ograniczeniami życia publicznego (najczęściej wskazywano ograniczenie możliwości spędzania wolnego czasu, prywatnych podróży, zmianę planu dnia czy przymus przebywania w domu przez większość czasu). Jeśli chodzi o życie społeczne, to najczęściej wskazywano izolację i ograniczenie kontaktów z ludźmi do tych najbliższych lub też do wąskiej grupy osób (jak np. najbliższych pracowników czy sąsiadów). Potwierdza to oczywiście znaczenie swobody w zagospodarowaniu czasu wolnego, swobody przemieszczania się i kontaktowania się z szerokim gronem osób. Znaczący odsetek badanych (55–70%) wskazywał także na obciążenie wynikające z doświadczania negatywnych stanów emocjonalnych, takich jak lęk, smutek czy frustracja. W pierwszej turze badania rzadziej wskazywane były obciążenia związane z pracą i z powodu przedłużającego się pozostawania w domu (choć nadal stosunkowo często, 17–45%). Te rodzaje obciążeń były już jednak wskazywane przez większą liczbę badanych w pomiarze drugim (48–79%), co zapewne należy wiązać z faktem dużo dłuższego okresu przebywania w domu w porównaniu z pierwszym pomiarem.

W drugim pomiarze, w porównaniu do pierwszego, odnotowano spadek samopoczucia u osób badanych (skala WHO-5). Nie jest to zaskakujące, bowiem, jak wspomniano już wcześniej, w grudniu 2020 r. sytuacja epidemiologiczna wiązała się z większą liczbą zakażeń i bardziej ścisłymi restrykcjami w porównaniu do czerwca tego samego roku. Rezultaty modelowania strukturalnego przeprowadzonego w celu sprawdzenia zależności pomiędzy wskazywanymi obciążeniami i dobrostanem psychicznym oraz identyfikacji kluczowych obciążeń wykazały, że w sytuacji pomiaru pierwszego były to w szczególności ograniczenia życia publicznego i doświadczane negatywne stany emocjonalne, a w sytuacji pomiaru drugiego przedłużone pozostawanie w domu i (ponownie) emocje negatywne. W obu punktach czasowych zatem to poczucie obciążenia wywołane przez negatywne stany emocjonalne było kluczowym predyktorem spadku odczuwanego dobrostanu psychicznego. Nie jest to oczywiście wynikiem zaskakującym, a raczej spójnym, który oznacza, iż wraz z nasileniem obciążenia związanego z doświadczaniem negatywnych emocji, takich jak lęk czy smutek, spadała ocena dobrostanu psychicznego.

Wydaje się, że mamy tu do czynienia po prostu z wynikiem wskazującym na wciąż utrzymujące się w przebiegu pandemii w roku 2020 znaczące nasilenie negatywnych stanów emocjonalnych. Jest to spójne z wynikami kilku badań na temat zdrowia psychicznego Polaków w czasie pandemii (np. Dragan i in., 2021; Gambin i in., 2021; Kołodziejczyk i in., 2021).

Dużo bardziej interesujące wydają się być rozbieżności pomiędzy modelami dla pomiaru pierwszego i drugiego. Znaczącymi predyktorami spadku samopoczucia okazały się być jedynie wybrane rodzaje obciążeń. W pierwszym pomiarze są to obciążenia wynikające z ograniczeń zdrowia publicznego, przede wszystkim tych związanych z możliwością spędzania wolnego czasu, zmianą planu dnia czy trybu życia, ograniczeniem codziennej aktywności, a także aktywności fizycznej. Jak wspomniano wcześniej, czerwiec 2020 r. był czasem, kiedy po niemal półrocznym zamknięciu stopniowo znoszono restrykcje, a w perspektywie był czas wakacyjny, kojarzony zazwyczaj z rozluźnieniem i większą swobodą. Być może zatem w tym czasie w szczególności dokuczały Polakom właśnie ograniczenia dotyczące swobodnego gospodarowania swoim czasem i możliwością przemieszczania się. Natomiast w pomiarze drugim uzyskano rozwiązanie, w którym znaczącym predyktorem okazały się obciążenia wynikające z przedłużonego pozostawania w domu. W szczególności były to konflikty z domownikami, brak miejsca na odpoczynek w odosobnieniu, a także ograniczone warunki mieszkaniowe (mało przestrzeni) i przemoc fizyczna (oprócz tego jeszcze utrata możliwości posyłania dzieci do przedszkoli i szkół oraz trudności w łączeniu pracy z opieką nad nimi). Wygląda na to, że w grudniu 2020 r., w okresie ponownego zamknięcia, konieczność ciągłego przebywania z domownikami na małej przestrzeni była dla większości Polaków szczególnie stresogenna. Nie jest to oczywiście zaskakujące, biorąc pod uwagę istniejące w kraju niedobory mieszkaniowe, a także fakt, że mieszkania są zazwyczaj nieduże, co nie pozwala na zachowanie prywatności i izolację wówczas, kiedy jest ona przez osobę pożądana. Dostępne dane wskazują ponadto, że najgorsza jest pod tym względem sytuacja rodzin z dziećmi i osób samotnie wychowujących dzieci (Ministerstwo Rozwoju, 2020). Tymczasem rezultaty licznych badań potwierdzają, że złe warunki mieszkaniowe, związane z trudnościami ekonomicznymi, wpływają negatywnie na dobrostan psychiczny, zwiększają ryzyko konfliktów, również tych z rękoczynami, a także zaburzeń psychicznych (np. Menard, 2001; Pevalin, Reeves, Baker, Bentley, 2017). Sytuacja ta dotyczy także dzieci i zwiększonego ryzyka stosowania przez domowników różnych form przemocy wobec nich (np. Cant, O'Donnell, Sims,

Harries, 2019; Evans, English, 2002). W związku z tym rezultatem na poziomie interwencji psychologicznych możemy zalecić zwrócenie szczególnej uwagi na prawo do prywatności, w tym możliwość korzystania z prywatnej przestrzeni, poczucie bezpieczeństwa we własnym domu oraz radzenie sobie ze stresem w warunkach zagęszczenia i ciągłego przebywania z domownikami. W czasie przedłużającej się pandemii, której dalszy przebieg mimo akcji szczepień nie jest pewny, przez co możemy spodziewać się kolejnych okresów zamknięcia, problem ten w świetle uzyskanych wyników wydaje się szczególnie istotny.

Podsumowując, przeprowadzone badanie o charakterze podłużnym z dwoma punktami pomiaru dostarczyło wiedzy na temat tego, które z wprowadzonych ograniczeń życia publicznego były postrzegane przez Polaków w 2020 roku jako najbardziej dotkliwe z punktu widzenia ich dobrostanu psychicznego. Monitorowanie poczucia obciążenia wynikającego z restrykcji wydaje się ważne zwłaszcza w kontekście dostosowania interwencji psychologicznych do sytuacji pandemii (por. Lotzin i in., 2020). W świetle uzyskanych wyników szczególnie ważnym problemem wydaje się ograniczenie prawa do swobodnego gospodarowania czasem i przemieszczania się, brak prywatnej przestrzeni, jak również narażenie na przemoc i radzenie sobie ze stresem w sytuacji ciągłego przebywania z domownikami w złych warunkach lokalowych. W dłuższej perspektywie, w warunkach zagrożenia zdrowotnego, wielu restrykcji skutkujących utratą wcześniejszych swobód, zamknięciem i ograniczeniem kontaktów międzyludzkich, to właśnie możliwość ocalenia prywatności, poczucie bezpieczeństwa we własnym domu i umiejętność bezkonfliktowego współżycia z domownikami na ograniczonej przestrzeni okazują się być szczególnie palącą potrzebą.


BIBLIOGRAFIA

- Cant, R. L., O'Donnell, M., Sims, S., Harries, M. (2019). Overcrowded housing: One of a constellation of vulnerabilities for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 93, 239–248. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.05.010>
- Dragan, M., Grajewski, P., Shevlin, M. (2021). Adjustment disorder, traumatic stress, depression and anxiety in Poland during an early phase of the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1860356. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1860356>

- Dragan, M., Skrodzka, M., Grajewski, P. (2020). *Stresory, radzenie sobie oraz symptomy zaburzenia adaptacyjnego w czasie pandemii COVID-19*. Pobrane z: https://drive.google.com/file/d/1wb-_OEBr_1DX5ccHHkP5mEb1jgIshtbU/view
- Evans, G. W., English, K. (2002). The environment of poverty: Multiple stress exposure, psychophysiological stress and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73(4), 1238–1248. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00469>
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Wnuk, A., Oleksy, T., Cudo, A., ... Maison, D. (2021). Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity. *Comprehensive Psychiatry*, 105, 152222. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152222>
- Gelezelyte, O., Dragan, M., Grajewski, P., Kvedaraite, M., Lotzin, A., Skrodzka, M., ... Kazlauskas, E. (2021). Factors associated with suicide ideation in Lithuania and Poland amid the COVID-19 pandemic. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000814>
- Hu, L., Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0*. Armonk: IBM Corp.
- Kołodziejczyk, A., Misiak, B., Szcześniak, D., Maciaszek, J., Ciułkiewicz, M., Łuc, D., ... Rymaszewska, J. (2021). Coping styles, mental health, and the COVID-19 quarantine: A nationwide survey in Poland. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 625355. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.625355>
- Konarski, R. (2010). *Modele równań strukturalnych. Teoria i praktyka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Lotzin, A., Acquarini, E., Ajdukovic, D., Ardino, V., Böttche, M., Bondjers, K., ... Schäfer, I. (2020). Stressors, coping and symptoms of adjustment disorder in the course of the COVID-19 pandemic – study protocol of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) pan-European study. *European Journal of Psychotraumatology*, 11, 1780832. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1780832>
- Lotzin, A., Krause, L., Acquarini, E., Ajdukovic, D., Ardino, V., Arnberg, F., ... ADJUST Study Consortium. (2021). Risk and protective factors, stressors, and symptoms of adjustment disorder during the COVID-19 pandemic – First results of the ESTSS COVID-19 pan-European ADJUST Study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1964197. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1964197>
- Menard, A. (2001). Domestic violence and housing: Key policy and program challenges. *Violence Against Women*, 7(6), 707–720. <https://doi.org/10.1177/10778010122182686>

- Ministerstwo Rozwoju. (2020). *Stan mieszkalnictwa w Polsce. Raport*. Warszawa: Ministerstwo Rozwoju.
- Muthén, L. K., Muthén, B. O. (2017). *Mplus user's guide* (wyd. 8). Los Angeles: Muthén & Muthén.
- Pevalin, D. J., Reeves, A., Baker, E., Bentley, R. (2017). The impact of persistent poor housing conditions on mental health: A longitudinal population-based study. *Preventive Medicine*, 105, 304–310. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.09.020>
- Solar, O., Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Genewa: World Health Organization.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- World Health Organization. (1998). *Wellbeing measures in primary health care/The DepCare Project*. Kopenhaga: WHO.

BOGDAN ZAWADZKI  <https://orcid.org/0000-0002-6578-8412>
Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

AGNIESZKA POPIEL  <https://orcid.org/0000-0001-9990-4971>
Centrum Badań Klinicznych i Doskonalenia Psychoterapii, SWPS Uniwersytet
Humanistycznospołeczny

MAKSYMILIAN BIELECKI  <https://orcid.org/0000-0002-2881-4976>

BŁAŻEJ MROZIŃSKI  <https://orcid.org/0000-0002-5423-2291>
Instytut Psychologii, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

EWA PRAGŁOWSKA
Klinika Terapii Poznawczo-Behawioralnej, SWPS Uniwersytet Humanistyczno-
społeczny

Negatywne reakcje emocjonalne na stres pandemii wirusa SARS-CoV-2: rola stresorów, cech osobowości i poznawczych strategii regulacji emocji zorientowanych na unikanie

Negative emotional reactions to the stress of the SARS-CoV-2 pandemic: The role of stressors, personality traits and avoidance-oriented cognitive emotion regulation strategies

Autor korespondencyjny: Bogdan Zawadzki
e-mail: bogdan@psych.uw.edu.pl

Streszczenie

Pandemia SARS-CoV-2 i związane z nią zagrożenia uzasadniały podjęcie badań nad emocjonalnymi konsekwencjami stresu. Jednym z celów badania COVID-STRES było uzyskanie odpowiedzi na pytanie o uwarunkowania negatywnych reakcji emocjonalnych (objawów lęku, depresji i stresu) na stresory pandemiczne (np. izolację, pogorszenie sytuacji ekonomicznej itp.), których upatrywano w cechach osobowości i poznawczych strategiach regulacji emocji zorientowanych na unikanie. Badanie obejmowało dwie fale pandemii: wiosenno–letnią oraz jesienno–zimową w latach 2020–2021. Zastosowano między innymi standardowe narzędzia do pomiaru cech osobowości (IPIP-BFM-20), nasilenia objawów lęku, depresji i stresu (DASS-21) oraz autorską listę stresorów związanych z pandemią (wszystkie narzędzia w wersji online). W badaniu wzięło udział $N = 2106$ osób w wieku 18–82 lata (1691 kobiet oraz 415 mężczyzn), przy czym w okresie wiosenno–letnim uczestniczyły 1562 osoby, a 544 – w jesienno–zimowej fazie pandemii. Badania wykazały znaczny wzrost nasilenia ocenianych stresorów, poznawczych strategii regulacji emocji zorientowanych na unikanie oraz pogorszenie stanu emocjonalnego w fali jesienno–zimowej pandemii w porównaniu z okresem wiosenno–letnim. W obu fazach nasilenie negatywnych reakcji emocjonalnych było związane ze stresorami pandemicznymi, cechami osobowości (stabilnością emocjonalną–neurotycznością), poznawczymi strategiami regulacji emocji zorientowanymi na unikanie oraz interakcjami między nimi. W dyskusji wskazano na wartość eksplanacyjną modeli stresu, ujmujących zarówno zagrożenia, jak też indywidualne wyznaczniki emocjonalnych następstw pandemii.

Słowa kluczowe: pandemia, stres, COVID-19, osobowość

Abstract

The SARS-CoV-2 pandemic and associated risks justified undertaking research into the emotional consequences of stress. The COVID-STRES

study focused on factors influencing negative emotional reactions (symptoms of anxiety, depression and stress) to pandemic stressors (e.g. isolation, economic problems etc.), which were seen in personality traits and cognitive avoidance-oriented strategies of emotion regulation. The study included two waves of the pandemic: spring–summer and fall–winter in 2020–2021. Standardized tools designed to measure personality traits (IPIP-BFM-20), the severity of symptoms of anxiety, depression and stress (DASS-21) and an original list of pandemic-related stressors (all online) were applied. The study involved $N = 2,106$ people aged 18–82 (1,691 women and 415 men), with 1,562 people participating in the spring–summer period and 544 – in the fall–winter phase of the pandemic.

The study showed a significant increase in the intensity of the assessed stressors, cognitive avoidance-oriented strategies of emotion regulation and emotional reactions in the autumn–winter wave of pandemic in comparison to the spring–summer period. In both phases, the negative emotional reactions were associated with stressors, personality traits (emotional stability–neuroticism), cognitive avoidance-oriented emotion regulation strategies and interactions among them. The discussion underlines the utility of stress models capturing both the effects of stressors and individual differences in explaining emotional consequences of the pandemic.

Keywords: pandemic, stress, COVID-19, personality

W opinii społecznej pandemia wirusa SARS-CoV-2 jest źródłem silnego stresu i przekonanie to zazwyczaj pokrywa się z ocenami badaczy zarówno z obszaru nauk medycznych, jak też społecznych. Ponadto pandemia spełnia kryteria zdarzeń katastroficznych. Po pierwsze, dotyczy społeczności (w odróżnieniu od innych tego typu wydarzeń różni się skalą – nie dotyczy wyłącznie jednostek czy nawet regionalnych społeczności, ale całej ludzkości). Po drugie, prowadzi i/lub będzie prowadzić do strat ekonomiczno-materialnych na poziomie jednostkowym (co wynika z raportu Instytutu Badań Rynkowych

i Społecznych [IBRiS]; *Jak zmieniła się sytuacja finansowa Polaków w ciągu roku pandemii*, 2021), grup zawodowych czy nawet całych społeczności ze względu na ograniczenie możliwości zarobkowania czy pogorszenie koniunktury gospodarczej (Green, 1998; Norris i in., 2002). Po trzecie, jest w dużym stopniu nieprzewidywalna – w sensie nagłości wybuchu, skali zjawiska, trudności w zidentyfikowaniu przez jednostkę możliwego źródła zakażenia oraz dokonania adekwatnej oceny zagrożenia zakażeniem (Dolinski i in., 2020), przebiegu choroby COVID-19 i jej konsekwencji zdrowotnych, czy dalszego przebiegu epidemii (nie wiadomo czy i kiedy będzie fala kulminacyjna, czy epidemia będzie miała charakter cykliczny oraz czy i kiedy nastąpi wygaszenie pandemii; por. Adamczyk, Jaworska, Affeltowicz, Maison, 2022). Spełnia też kryterium zdarzeń traumatycznych, ze względu na duże zagrożenie biologiczne – dla zdrowia i życia, nie tylko własnego, ale także osób bliskich (Zawadzki, Strelau, 2008) – przez szybkość rozwoju objawów i brak zbadanych trajektorii umożliwiających prognozy dotyczące przebiegu (śmierć wielu osób młodych będących w pełni zdrowia przed infekcją). Ze względu na konieczność zachowania kwarantanny pandemia jest stresorem, który prowadzi do doświadczenia izolacji społecznej (Terelak, 2021) oraz w konsekwencji – do możliwego poczucia osamotnienia oraz następstw długotrwałej inaktywacji albo, w przypadku innych osób, do doświadczenia zagęszczenia domowników ze względu na zbyt mały metraż mieszkania (Pogorzelski, 2020)¹, trudności w organizacji pracy zdalnej (Bebel, 2020) i potencjalnych konfliktów domowych. Wymaga niezbędnych zmian w trybie życia oraz modyfikacji planów życiowych, a przez możliwą cykliczność – dokonania całej serii kolejnych readaptacji oraz przezwycięzania długotrwałych trudności życiowych (Rahe, 1975). W tym znaczeniu jest kompleksowym i wielowymiarowym stresorem, łączącym cechy różnego rodzajów stresowych wydarzeń (Wachs, 1992). Z jednej strony, jest więc podobna do innych wydarzeń, takich jak katastrofy naturalne, przemysłowe, doświadczeń okupacji wojennej czy długotrwałych chorób somatycznych, z drugiej – unikatowa, więc prawdopodobnie podobna jedynie do przeszłych wielkich epidemii (Heitzman, 2020), co do których zachowały się jedynie zapiski historyczne, literaturowe, ślady w sztuce czy religii, a nie

¹ Mimo mało nasilonych skarg na sytuację mieszkaniową, potrzeba zwiększenia wielkości metrażu była stosunkowo często sygnalizowana przez Polaków.

obserwacje naukowe². Badania dotyczące stresu pozwalają jednak już teraz na sformułowanie oczekiwanego dotyczącego zarówno natychmiastowych, jak też przyszłych następstw emocjonalnych pandemii (Heitzman, 2020) oraz identyfikacji czynników (na podstawie istniejących modeli stresu) odpowiedzialnych za te reakcje emocjonalne. Kwestii tej poświęcona jest prezentowana praca, która dotyczy emocjonalnych następstw pandemii w kontekście doświadczania wielowymiarowego stresu oraz cech osobowości i sposobów poznawczej regulacji emocji jako czynników współwyznaczających doświadczanie negatywnych reakcji emocjonalnych (wraz z dodatkowym pytaniem czy faktycznie poziom doświadczanego lęku, depresji i objawów stresu jest tak wysoki, jak sugerował to m.in. dyskurs medialny).

Przyjęliśmy zatem, że negatywny stan emocjonalny (oraz możliwa zmiana jego nasilenia) jest w pierwszej kolejności związany ze stresorami, które wynikają z postrzeganego zagrożenia utratą lub faktycznej utraty ważnych zasobów – zdrowia (oraz potencjalnie życia), środków materialnych, kontaktów społecznych i zasobowej sieci wsparcia, a nawet dobrostanu, związanego z ograniczeniem kontaktów czy sytuacją domową, odwołując się do koncepcji Hobfolla (2006). Założyliśmy także, że stresory te mają charakter wielowymiarowy, zaś ich doświadczanie (intensywność oraz konfiguracja) może wynikać zarówno ze specyficznej sytuacji rodzinnej czy społecznej jednostki (np. stan cywilny itp.), jak też zawodowej (różne ryzyko zakażenia czy kontakt z osobami zakażonymi oraz ekspozycja na doświadczenia ciężkiego przebiegu COVID-19 i śmierci innych osób).

Doświadczanie stanu stresu – zgodnie z koncepcją Lazarusa i Folkmana (1984) wiąże się z uruchomieniem form zaradczych w postaci radzenia sobie ze stresem – ze względu na powszechność stresorów – pozostających w stałym repertuarze jednostki (style radzenia sobie) lub uruchamianych w kontekście specyficznej sytuacji (strategie radzenia sobie). Ich funkcją jest zasadniczo poprawa stanu emocjonalnego, ale jednostka może też uruchamiać dezadaptacyjne formy radzenia sobie, prowadzące – paradoksalnie – do jego pogorszenia. Można oczekiwać zatem zarówno związków sposobów radzenia sobie ze stresorami

2 Wydarzenia te zostały zarejestrowane w literaturze, np. w powieści *Dżuma* Alberta Camusa oraz w sztuce, np. na obrazie Albrechta Dürera *Cztery jeźdźcy Apokalipsy*, czyli: Zaraza, Wojna, Głód i Śmierć. Warto też zwrócić uwagę, że wiosną 2020 r. w polskich kościołach znowu zabrzmiała suplikacja, czyli uroczysta modlitwa błagalna, śpiewana od wieków w obliczu zagrożenia klęską żywiołową, zarazą lub wojną, a zawierająca jakże wymowne słowa: „Od powietrza, głodu, ognia i wojny / Wybaw nas Panie!”.

(traktowanymi jako czynniki uruchamiające procesy zmagania się ze stresem), jak też doświadczanymi emocjami (konsekwencjami radzenia sobie), a także efektów moderacji (np. gdy dana forma zaradczą interakcyjnie nasila efekt stresora; Folkman, Lazarus, 1988). Klasyczne koncepcje teoretyczne ujmują te sposoby zaradcze jako szerokie kategorie poznawczo-behawioralne (Heszen, 2013). Współczesne modele – poprzez odwołanie do koncepcji regulacji emocji (Gross, 1998) polegającej na monitorowaniu, ocenianiu oraz modyfikowaniu stanów emocjonalnych, co prowadzi do adekwatnego i elastycznego reagowania – akcentują znaczenie procesów poznawczej regulacji afektu (Gross, Barrett, 2011). Współczesne ujęcia poznawczych sposobów radzenia sobie klasyfikuje strategie na dwie szerokie kategorie (Kamholz, Hayes, Carver, Gulliver, Perlman, 2006): zorientowanych na zbliżanie/aktywne (*approach/active*) oraz zorientowanych na unikanie/pasywne (*avoidance/passive*). Strategie aktywne mają na celu rozwiązanie problemów i przezwyciężenie trudności oraz zrozumienie sensu zdarzenia, zaś strategie pasywne polegają na unikaniu myślenia o stresorze oraz chronieniu siebie przed problemami, które on wywołuje. Adaptacyjna rola, zwłaszcza strategii unikowych, jest jednoznacznie negatywna – wskazuje się, że radzenie sobie przykładowo poprzez katastrofizowanie, popadanie w odrętwienie, ruminowanie czy samoobwinianie jest charakterystyczne dla osób z zaburzeniami psychicznymi (Kamholtz i in., 2006), a dobrostan psychiczny w znacznej mierze jest uwarunkowany stopniem elastyczności, jaką wykazuje jednostka w adekwatnym do kontekstu reagowaniu i regulowaniu emocji (Kashdan, Rottenberg, 2010).

Przyjęliśmy także, że ważnym wyznacznikiem doświadczanych emocji są cechy osobowości. Ujęcie takie jest zgodne z relacyjnym modelem stresu (McGrath, 1970; Strelau, 1996), w którym stres jest pochodną relacji między wymaganiami (postrzeganymi/obiektywnymi) a możliwościami jednostki. W ujęciu tym osobowość (ściślej – temperament; zob. Strelau, 1996) jest wyznacznikiem możliwości sprostania wymaganiom, wpływając na: (a) intensywność stresorów – poziom narażenia na stres oraz postrzeganie intensywności stresorów (możliwe oczekiwanie ich związku ze stresorami), (b) stan doświadczanego stresu i jego następstwa emocjonalne (związki z emocjami pandemicznymi) oraz (c) sposoby radzenia sobie ze stresem (związki ze strategiami regulacji emocji). Podkreśla się też, że cechy osobowości wpływają zarówno bezpośrednio na różne wyznaczniki wielkości reakcji na stres, jak i są moderatorem efektu stresorów. Spośród cech osobowości zwykle głównego wyznacznika podatności/rezyliencji na stres upatruje się w wymiarze neurotyczności–sta-

bilności emocjonalnej (Eysenck, Eysenck, 1985). W odniesieniu do zaburzeń emocjonalnych współcześnie uzyskane dane wskazują na możliwe znaczenie wszystkich cech Pięcioczynnikowego Modelu Osobowości (Kotov, Gamez, Schmidt, Watson, 2010), choć zasadniczo ich głównym wyznacznikiem jest neurotyczność, której efekty wykazano także w badaniach prospektywnych (Jeronimus, Kotov, Riese, Ormel, 2016), wraz z wymaganym efektem interakcji ze stresorami środowiskowymi (Ormel i in., 2013).

Główna hipoteza badawcza dotyczyła zatem oczekiwania, że negatywny stan emocjonalny (nasilenie objawów lęku, depresji i stresu) podczas pandemii zależy od ekspozycji na stresory (wielowymiarowe i zależne od wykonywanego zawodu oraz osobowości), cech osobowości (zwłaszcza stabilności emocjonalnej), strategii radzenia sobie ze stresem zorientowanych na unikanie oraz ich interakcji (przy kontroli zmiennych demograficznych). Oczekiwano także, że te trzy czynniki – obok efektów głównych – będą interakcyjnie wpływały na reakcje emocjonalne, prowadząc do efektu synergistycznego (a nie wyłącznie poprzez efekty addytywne). Jej uzupełnieniem było oczekiwanie, że zmiany stanu emocjonalnego w kolejnych fazach pandemii będą zależały od (a) wzrostu nasilenia stresorów (zwłaszcza dotyczących zagrożenia biologicznego w drugiej fali pandemii), także w interakcji z cechami osobowości, oraz (b) od intensywności stosowania strategii radzenia sobie ze stresem zorientowanych na unikanie. Dodatkowe hipotezy dotyczyły natomiast zróżnicowanego zawodowo i demograficznie poziomu ekspozycji na stresory, ich związku z cechami osobowości (intensywnością postrzeganych stresorów) oraz związku strategii radzenia sobie ze stresem zorientowanymi na unikanie ze stresorami i cechami osobowości (oraz ich interakcji).

METODA

Przebieg badań i zastosowane narzędzia

Badania w projekcie COVID-STRES zrealizowano w trakcie wiosenno–letniej (22 kwietnia – 16 lipca 2020 r.) oraz jesienno–zimowej fali pandemii (14 listopada 2020 – 15 stycznia 2021 r.). Wszystkie badania były prowadzone w wersji online i zapewniały anonimowość oraz możliwość rezygnacji w każdym momencie ich przebiegu (włącznie z możliwością wycofania danych z analizy). Na badania uzyskana została zgoda Komisja ds. Etyki Badań Naukowych Wydziału Psychologii w Warszawie Uniwersytetu SWPS.

Ze względu na oczekiwane zróżnicowanie poziomu stresorów oraz cech osobowości badaniom poddano różne grupy zawodowe oraz zastosowano różne formy rekrutacji: internetową, poprzez media społecznościowe itp. Uwzględniono w nim następujące narzędzia (wszystkie dostępne w opracowaniu własnym, w wolnym dostępie lub z prawami autorskimi w gestii autorów): Ankiety danych demograficznych, Listę stresorów związanych z pandemią *COVID-stresory-2020*, kwestionariusz IPIP-BFM-20 do pomiaru cech ujmowanych przez Pięcioczynnikowy Model Osobowości (Topolewska, Skimina, Strus, Ciecuch, Rowiński, 2017), kwestionariusz ICARUS do badania poznawczych strategii regulacji afektu w wersji skróconej dla celów tego badania (Kamholz i in., 2006; zob. Barańczuk, Zawadzki, Hayes, Kamholtz, Lawrence, 2017) oraz kwestionariusz DASS-21 do badania nasilenia objawów lęku, depresji i stresu (Lovibond, Lovibond, 1995). Ocenę poznawczych strategii regulacji emocji i reakcji emocjonalnych zakotwiczone czasowo do okresu tygodnia, zaś stresorów – do kilku miesięcy poprzedzających badanie. W analizie zmienne demograficzne (wielkość miejsca zamieszkania, poziom wykształcenia) zostały zdychotomizowane, podobnie jak jedna ze skal badających stresory (doświadczenia związane z chorobą COVID-19, ze względu na silną skośność rozkładu wyników). W modelach regresji wszystkie zmienne ciągłe były centrowane, a zmienne dychotomiczne – kodowane jako $-1/1$, aby ułatwić interpretację efektów głównych w modelach uwzględniających efekty interakcyjne.

Osoby badane

Ogółem dane zebrano w grupie ponad 3200 osób badanych, ale w analizie pominięto dane zebrane w grupie policjantów, strażaków i sportowców, którzy nie uczestniczyli w fazie jesienno–zimowej, oraz wyniki 47 osób, które wzięły udział w obu turach badania. Ogółem analizie poddano zatem dane zebrane w grupie $N = 2106$ osób w wieku 18–82 lata ($M = 32,69$; $SD = 10,99$), w tym 1691 kobiet (80,3%) oraz 415 mężczyzn (19,7%) o dominującym wykształceniu wyższym (1308 osób; 62,1%), w stałym związku (1333 osób; 63,3%) oraz zamieszkających w dużych miastach (pow. 100 tys. mieszkańców: 1351 osób; 64,2%). Ze względu na zatrudnienie: pracownicy przemysłu/rolnictwa/innych sfer wytwórczości materialnej (720; 34,2%), handlu/usług (447; 21,2%), oświaty (247; 11,7%), ochrony zdrowia (235; 11,2%), administracji (230; 10,9%), nauki (112; 5,3%), transportu/łączności (58; 2,8%) oraz kultury/sztuki (57; 2,7%).

W fazie wiosenno–letniej pandemii uczestniczyły $n = 1562$ osoby (74,2%) oraz $n = 544$ (25,8%) w fazie jesienno–zimowej.

WYNIKI

Stresory pandemiczne

W pierwszej kolejności analizie poddano nasilenie stresorów związanych z pandemią (23 pozycje treściowo opisujące różne uciążliwości związane z pandemią, a prowadzące do utraty zasobów indywidualnych lub postrzeganego zagrożenia ich utratą). Wyniki poddano eksploracyjnej analizie czynnikowej (metoda Osi Głównych, rotacja Oblimin), uzyskując siedem skorelowanych czynników: (1) stresory „ekonomiczno-materialne”: 3 pozycje ($\alpha = 0,81$), np. pogorszenie sytuacji finansowej; (2) „izolacja/ograniczenia”: 4 pozycje ($\alpha = 0,70$), np. ograniczenie kontaktów społecznych; (3) „zagęszczenie/konflikty”: 2 pozycje ($\alpha = 0,66$), np. zagęszczenie domowników; (4) „pomoc medyczna” ($\alpha = 0,49$): 2 pozycje, np. trudności z uzyskaniem pomocy medycznej; (5) „praca w kontakcie” ($\alpha = 0,64$): 2 pozycje – konieczność wykonywania pracy wymagającej kontaktu z ludźmi lub osobami zakażonymi; (6) „doświadczenia covidowe”: 2 pozycje ($\alpha = 0,84$) – choroba COVID-19 wśród bliskich osób/znajomych oraz (7) „zagrożenie zdrowia”: 2 pozycje ($\alpha = 0,63$) – ryzyko zakażenia, obawy o pogorszenie stanu zdrowia). Ze względu na współwystępowanie stresorów wyznaczono też ich wynik sumaryczny (ogólny: dla siedmiu składowych $\alpha = 0,63$; dla 17 pozycji $\alpha = 0,76$).

Związki stresorów ze stanem emocjonalnym. Dla wszystkich stresorów uzyskano istotne związki z objawami lęku, depresji i stresu (tabela 1), co wskazuje, że różne oceniane aspekty pandemii faktycznie miały stresogenny charakter, rzutując negatywnie na stan emocjonalny. Najsilniejsze związki uzyskano dla postrzeganego zagrożenia zdrowia, izolacji/ograniczeń, zagrożeń ekonomiczno-materialnych i konfliktów/zaęszczenia w domu (oraz wskaźnika ogólnego). Najmniej stresogenny charakter miała natomiast konieczność wykonywania pracy z kontaktem z ludźmi oraz doświadczenia z chorobą COVID-19 (prawdopodobnie ze względu na stosunkowo małą częstość tych doświadczeń).

Tabela 1
Stresory a stany emocjonalne

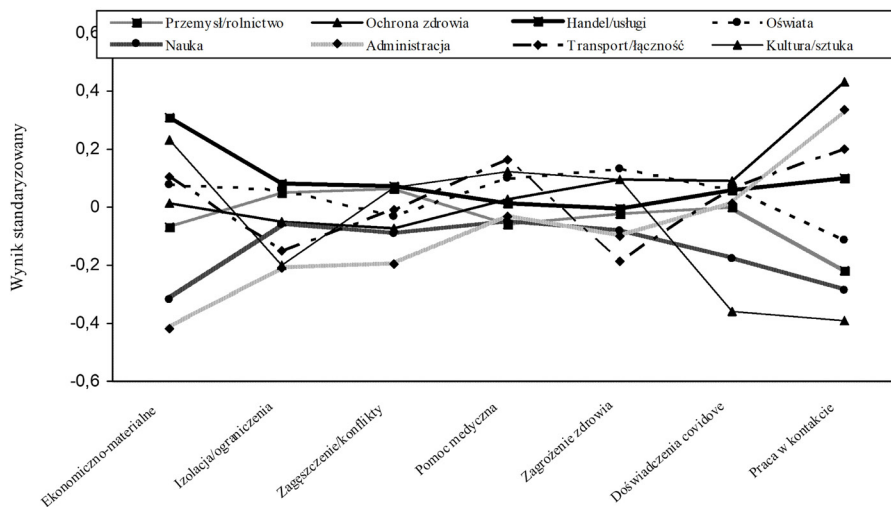
| Stan emocjonalny / stresory | Ekonomiczno-materiałne | Izolacja/ograniczenia | Zagęszczenie/konflikty | Dośw. covidowe ^a | Praca w kontakcie | Pomoc medyczna | Zagrożenie zdrowia | Stresory – ogółem |
|-----------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------------|-------------------|----------------|--------------------|-------------------|
| Lęk | 0,21* | 0,28* | 0,28* | 0,14* | 0,10* | 0,24* | 0,31* | 0,41* |
| Depresja | 0,24* | 0,35* | 0,30* | 0,07* | 0,03 | 0,20* | 0,24* | 0,38* |
| Stres | 0,25* | 0,39* | 0,37* | 0,11* | 0,06* | 0,22* | 0,31* | 0,45* |

Adnotacja. Rzetelność pomiaru stanów emocjonalnych (DASS-21): skala Lęku ($\alpha = 0,88$), skala Stresu ($\alpha = 0,88$) i skala Depresji ($\alpha = 0,91$).

^a – korelacje Eta (znak współczynnika dodano po analizie kierunku związku).

* $p < 0,05$.

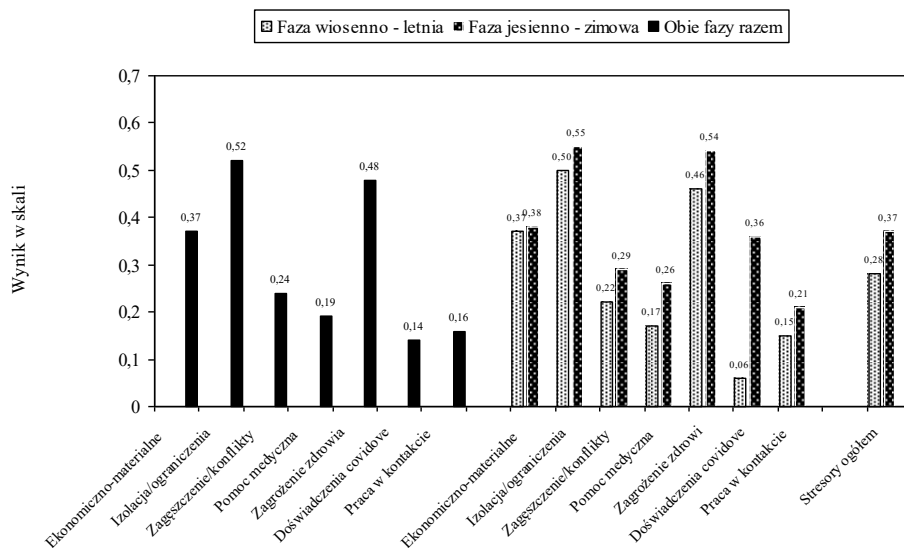
Zróźnicowanie nasilenia stresorów w grupach zawodowych. Kolejna analiza dotyczyła zróźnicowania nasilenia stresorów w poszczególnych grupach zawodowych. Zgodnie z oczekiwaniem uzyskano odmienne nasilenie w zakresie stresorów ekonomiczno-materiałnych między grupami zawodowymi (jednowymiarowa ANOVA: $F[7, 2098] = 15,20$; $\eta^2 = 0,05$), zagęszczeniem/konfliktami ($F = 2,34$; $\eta^2 = 0,01$), izolacją/ograniczeniami ($F = 2,88$; $\eta^2 = 0,01$) oraz pracą w kontakcie ($F = 19,46$; $\eta^2 = 0,06$; wszystkie istotne na poziomie $p < 0,05$). Nieistotne różnice stwierdzono natomiast dla problemów medycznych ($F = 1,14$; $p = 0,33$), ocenianego zagrożenia zdrowia ($F = 1,76$; $p = 0,09$) oraz doświadczeń covidowych ($\chi^2[7] = 9,07$; $p = 0,25$). Profile stresorów w poszczególnych grupach zawodowych zilustrowano na rysunku 1. Nie komentując w szczególności uzyskanego obrazu zagrożeń, należy zauważyć, iż jest on związany w dużym stopniu ze specyfiką wykonywanej pracy (poziomem ekspozycji na zakażenie oraz zabezpieczeniem uzyskiwania dochodów). Poza tym zróźnicowaniem jednak stwierdzono także istotne różnice dla wskaźnika ogólnego ($F = 5,18$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,02$), przy czym najwyższa kumulacja stresogennych czynników wystąpiła wśród pracowników handlu/usług i ochrony zdrowia, zaś najniższa – wśród pracowników nauki i administracji.



Rysunek 1. Nasilenie stresorów w poszczególnych grupach zawodowych.

Stresory a faza pandemii. Przyjmując, że nasilenie ocenianych zagrożeń jest proporcjonalne do wskaźników liczby zakażeń oraz ofiar śmiertelnych (zob. dane epidemiczne w Polsce: <https://covid19.who.int/region/euro/country/pl>), a także związane z uciążliwością i czasem trwania koniecznej kwarantanny, w kolejnym kroku analizie poddano zmiany, które nastąpiły w fazie jesienno-zimowej w stosunku do wiosenno-letniej. Dane uzyskane w całej grupie przedstawiono na rysunku 2 (wraz z podziałem na fazy badania).

Istotne różnice uzyskano dla wszystkich stresorów poza ekonomiczno-materiałnymi, ale przy uwzględnieniu zróżnicowania zawodowego, zmiennych demograficznych oraz cech osobowości (związki dla zmiennych demograficznych oraz cech osobowości – zob. poniżej) istotny wzrost (na poziomie $p < 0,05$) stwierdzono dla zagęszczenia/konfliktów (ANOVA: $F[1, 2087] = 6,88; \eta^2 = 0,01$), doświadczeń covidowych ($\chi^2[1] = 647,73; p < 0,001$), problemów medycznych ($F = 58,59; \eta^2 = 0,03$), zagrożenia zdrowia ($F = 24,07; \eta^2 = 0,01$), pracy w kontakcie ($F = 36,34; \eta^2 = 0,02$) oraz czynnika ogólnego ($F = 129,11; \eta^2 = 0,06$). Różnice między obiema fazami nie były istotne dla zagrożeń ekonomiczno-materiałnych ($F = 0,60; p = 0,44$) oraz izolacji/ograniczeń ($F = 0,77; p = 0,38$).



Rysunek 2. Nasilenie poszczególnych stresorów w całej badanej grupie wraz z podziałem na fazy pandemii (wyniki średnie w stosunku do maksimum w skali).

Warto także podkreślić, że w obrazie zagrożeń dominowały w obu okresach skargi na izolację/ograniczenia, zagrożenie zdrowia oraz problemy ekonomiczno-materialne, ale największy przyrost dotyczył doświadczeń covidowych i trudności w uzyskaniu pomocy medycznej. Można sądzić, że efekty te faktycznie związane są z nasileniem ryzyka zakażenia i koniecznością zachowania izolacji, a także postępującą niewydolnością służby zdrowia. Jednocześnie w badanym okresie nie wystąpiły jeszcze długotrwałe efekty pandemii w postaci znacznego pogorszenia sytuacji ekonomiczno-materialnej (a przynajmniej nie zostały zarejestrowane w badanej grupie).

Zmienne demograficzne i cechy osobowości

Związki zmiennych demograficznych i cech osobowości ze stanem emocjonalnym. Analizy w tej części rozpoczęto od obliczenia korelacji między zmiennymi

demograficznymi i cechami osobowości a stanem emocjonalnym. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2
Zmienne demograficzne i cechy osobowości a stany emocjonalne

| Stan emocjonalny / zmienne demograficzne | Płeć (mężczyźni) ^a | Wiek | Wykształcenie (wyższe) ^a | Stan cywilny (w związku) ^a | Zamieszkanie (duże miasto) ^a |
|--|-------------------------------|-----------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Lęk | -0,12* | -0,18* | -0,18* | -0,10* | 0,04 |
| Depresja | -0,10* | -0,17* | -0,15* | -0,16* | 0,07* |
| Stres | -0,14* | -0,18* | -0,14* | -0,06* | 0,06* |
| Stan emocjonalny / cechy osobowości | Ekstrawersja | Ugodowość | Sumienność | Stabilność emocjonalna | Intelekt |
| Lęk | -0,12* | -0,06* | -0,13* | -0,47* | -0,09* |
| Depresja | -0,26* | -0,10* | -0,19* | -0,55* | -0,13* |
| Stres | -0,16* | -0,07* | -0,15* | -0,58* | -0,08* |

Adnotacja. Rzetelność pomiaru cech osobowości (IPIP-BFM-20): skala Ekstrawersji ($\alpha = 0,86$), skala Ugodowości ($\alpha = 0,66$), skala Sumienności ($\alpha = 0,79$), skala Stabilności emocjonalnej ($\alpha = 0,81$) i skala Intelaktu ($\alpha = 0,67$).

^a – korelacja Eta (znak współczynnika dodano po analizie kierunku związku).

* $p < 0,05$.

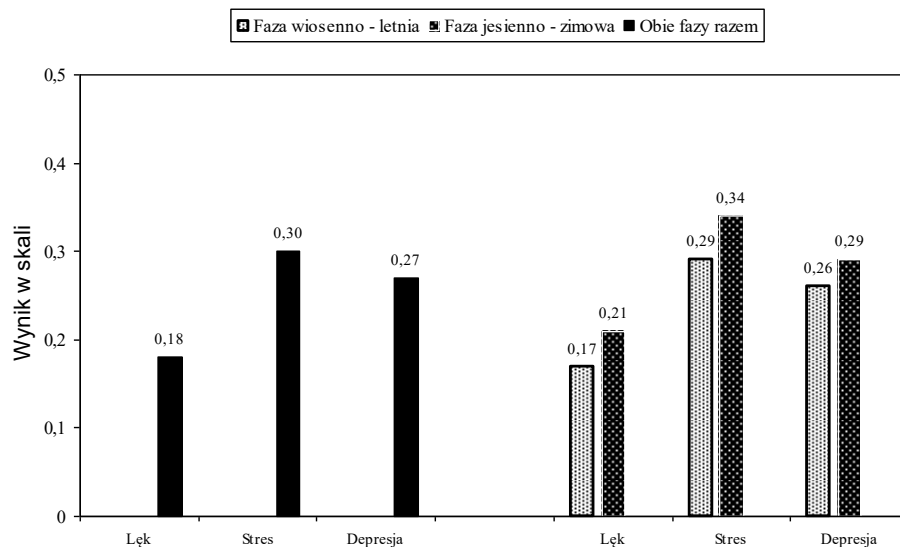
Uzyskane związki wskazują, iż nasilenie negatywnych stanów emocjonalnych w pandemii było wyższe u kobiet, osób młodszych, o wykształceniu niższym, osób niepozostających w stałym związku oraz zamieszkujących duże miasta. W odniesieniu do cech osobowości wyższy poziom lęku, depresji i stresu był relacjonowany przez osoby o niższym nasileniu stabilności emocjonalnej, ekstrawersji, sumienności, ugodowości oraz intelektu. Wyniki te są w dużym stopniu zgodne z danymi literaturowymi dotyczącymi zaburzeń emocjonalnych (Kotow i in., 2010), poza wiekiem, który w przypadku zdarzeń katastroficznych wykazuje w polskich próbach zazwyczaj dodatni związek z poziomem doświadczanego dystresu (Kaniasty, 2003; Zawadzki, 2006).

Związki cech osobowości i zmiennych demograficznych ze stresorami. Dla zmiennych demograficznych i cech osobowości uzyskane związki ze stresorami pandemicznymi były stosunkowo spójne. Niższe nasilenie stresorów było relacjonowane

przez mężczyzn ($-0,17^*$ ze wskaźnikiem sumarycznym), osoby starsze ($-0,11^*$) oraz o wykształceniu niższym ($-0,06^*$). Dla zamieszkania i stanu cywilnego związku te nie były istotne (poza ujemną korelacją $-0,13^*$ dla stanu cywilnego i izolacji/ograniczeń oraz dodatnią: $0,06^*/0,08^*$ dla zamieszkania i czynnika ekonomiczno-materialnego oraz izolacji/ograniczeń).

Dla ekstrawersji i ugodowości związku te były słabe i dodatnie (odpowiednio $0,04$ i $0,13^*$) i najsilniejsze dla izolacji/ograniczeń. Dla sumienności i intelektu także słabe, ale ujemne ($-0,07^*$ i $-0,01$) oraz najsilniejsze dla zagęszczenia/konfliktu oraz pracy w kontakcie. Najwyższe (i ujemne) korelacje – zgodnie z oczekiwaniami – uzyskano dla stabilności emocjonalnej (poza pracą w kontakcie) w zakresie: $-0,26^*$ do $-0,05^*$ ($-0,26^*$ dla wskaźnika sumarycznego). Wyniki te są zgodne z zakładanymi (potwierdzają hipotezy dodatkowe), choć uzyskane związki są raczej słabe, co – na marginesie – wskazuje, że ocena stresorów nie była pochodną wyłącznie cech osobowościowych.

Zmienne demograficzne i cechy osobowości a stan emocjonalny w obu fazach pandemii. Uzyskane wyniki wskazały (rysunek 3) na istotny wzrost poziomu lęku, depresji i poczucia stresu w fazie jesienno–zimowej pandemii w stosunku do fazy wiosenno–letniej. Przy kontroli zmiennych demograficznych oraz cech osobowości istotne różnice dotyczyły jednak wyłącznie lęku i stresu (ANOVA: $F[1, 2087] = 4,18$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,002$ dla lęku, $F = 0,05$; $p = 0,83$ dla depresji oraz $F = 3,92$; $p < 0,05$; $\eta^2 = 0,002$ dla poczucia stresu). Można sądzić, że w drugiej fazie pandemii uzyskano dane wskazujące na pogarszanie się stanu emocjonalnego w zakresie lęku i stresu, a zmiany te nie wynikały z różnic demograficznych i osobowościowych osób badanych w obu momentach. Należy także podkreślić, że różnice te dopiero stawały się nieistotne przy uwzględnieniu w modelu stresorów, cech osobowości, unikowej strategii regulacji emocji oraz ich interakcji (zob. *Dyskusja*).



Rysunek 3. Nasilenie negatywnych reakcji emocjonalnych w całej badanej grupie wraz z podziałem na fazy pandemii (wyniki średnie w stosunku do maksimum w skali).

Poznawcze strategie regulacji emocji zorientowane na unikanie

Opracowanie skróconej skali do badania strategii regulacji nastroju. Oryginalny model Kamholtz i in. (2006) obejmował 15 różnych form poznawczej regulacji emocji, ale dalsze analizy ujawniły ich dwuczynnikową strukturę (Barańczuk i in., 2017) pozwalającą wyróżnić strategie aktywne (*approach-oriented*) oraz unikowe (*avoidance-oriented*). Dla celów tej pracy dokonano skrócenia narzędzia, tak aby umożliwiło pomiar wyłącznie tych dwóch ogólnych wymiarów. Prace obejmowały wybór po jednej pozycji z każdej skali o najwyższych ładunkach czynnikowych, eksploracyjną analizę czynnikową w innych grupach uczestników traumatycznych wydarzeń oraz weryfikację uzyskanego rozwiązania w badanej grupie (Załącznik A). Wersja ta obejmowała 5 pozycji badających aktywne strategie regulacji oraz 4 – unikowe (odpowiednio: $\alpha = 0,77$ i $\alpha = 0,64$ w badanej grupie). Dla celów analizy uwzględniono jedynie wyniki skali unikowych poznawczych strategii regulacji emocji. Obejmują one różnorodne formy radzenia sobie, ale wszystkie z nich są przejawem regulowania emocji zorientowanego na unikanie (Załącznik A).

Związki strategii unikania ze zmiennymi demograficznymi, stresorami oraz cechami osobowości. W tabeli 3 przedstawione zostały korelacje strategii zorientowanej na unikanie ze zmiennymi demograficznymi, stresorami i cechami osobowości oraz stanem emocjonalnym.

Tabela 3

Unikowa strategia regulacji emocji a stan emocjonalny, stresory, zmienne demograficzne i cechy osobowości

| | | | | | | |
|--|--|-----------------------|----------------------------|----------------------------------|------------------------------|--|
| Lęk | Depresja | Stres | Ekonomiczno -materialne | Izolacja / ograniczenia | Zaangażowanie / konflikty | Dośw. covidowe ^a |
| 0,59* | 0,71* | 0,62* | 0,24* | 0,34* | 0,33* | 0,10* |
| Praca w kontakcie | Pomoc medyczna | Zagrożenie zdrowia | Stresory – ogółem | Płeć (mężczyźni) ^a | Wiek | Wykształcenie (wyższe) ^a |
| 0,08* | 0,22* | 0,22* | 0,40* | –0,09* | –0,22* | –0,20* |
| Stan cywilny (w związku) ^a | Zamieszkanie (duże miasto) ^a | Ekstrawersja | Ugodowość | Sumienność | Stabilność emocjonalna | Intelekt |
| –0,13* | 0,03 | –0,17* | –0,10* | –0,19* | –0,50* | –0,15* |

^a – korelacje Eta (znak współczynnika dodano po analizie kierunku związku).

* $p < 0,05$.

Uzyskane wyniki wskazują, że stosowanie poznawczego sposobu regulacji emocji zorientowanego na unikanie było mniej nasilone u mężczyzn, osób starszych, osób o wykształceniu wyższym oraz osób pozostających w związku. Z cech osobowości najsilniejszy związek stwierdzono dla stabilności emocjonalnej (–0,50; słabsze dla pozostałych cech: od –0,10 do –0,19), a dla stresorów były one umiarkowane i dodatnie w przedziale: 0,08–0,34 (0,40 dla wskaźnika ogólnego). Wyniki te wskazują (zgodnie z oczekiwaniami), iż stresory pandemiczne nasilały tendencję do unikowej regulacji emocji oraz że tendencja ta była najsilniejsza u osób o wysokiej neurotyczności (por. Barańczuk, 2019). Jednocześnie silnie wiązała się ona ze stanem emocjonalnym podczas pandemii, co sugeruje silny negatywny efekt tego sposobu regulacji emocji.

Poznawcze strategie regulacji emocji zorientowane na unikanie w obu fazach pandemii.

Dla strategii unikowych regulacji emocji zanotowano także istotny wzrost w fazie jesienno–zimowej w stosunku do fazy wiosenno–letniej pandemii (jednowymiarowa ANOVA: $F[1, 2087] = 11,89$; $\eta^2 = 0,006$). Różnica ta była istotna także przy uwzględnieniu zmiennych demograficznych, stresorów,

cech osobowości oraz interakcji stresorów i stabilności emocjonalnej (istotne efekty interakcyjne uzyskano w dwuzmiennowych analizach dla wskaźnika ogólnego: $F[1, 2089] = 8,91$; $\eta^2 = 0,005$; pomocy medycznej: $F = 7,88$; $\eta^2 = 0,004$; oraz konfliktu: $F = 5,61$; $\eta^2 = 0,002$). Wyniki te wskazują jednocześnie na uwarunkowania stosowania strategii unikowych, na co wskazują efekty nasilenia doświadczanych stresorów, stabilności emocjonalnej oraz efekt interakcyjny: wyższego nasilenia tej strategii u osób neurotycznych, które były skonfrontowane z bardziej stresogennymi okolicznościami pandemii.

Stan emocjonalny w pandemii

Końcowe analizy koncentrowały się na sprawdzeniu uwarunkowań stanu emocjonalnego w pandemii (uwzględniającego także zmianę nasilenia tego stanu w obu jej fazach). Analizy te rozpoczęto od cząstkowych analiz interakcji stresorów, neurotyczności i unikowych strategii regulacji emocji.

Interakcje stabilności emocjonalnej ze stresorami. W pierwszej części analiz weryfikowano hipotezę o roli stabilności emocjonalnej jako moderatora relacji stresorów ze stanem emocjonalnym. W tym przypadku analizowano odrębnie wpływ poszczególnych stresorów, przy kontroli czasu badania i zmiennych demograficznych (ale bez „wpływu” pozostałych cech osobowości; zob. *Załącznik B* – wyniki szczegółowe). Przyglądając się bliżej poszczególnym stanom emocjonalnym, najwięcej istotnych interakcji dwuczynnikowych uzyskano dla lęku (6/8), potem depresji (4/8) oraz objawów stresu (2/8), zaś dla poszczególnych stresorów: najwięcej istotnych interakcji dwuczynnikowych uzyskano dla wskaźnika ogólnego. Dla stresorów ekonomiczno-materialnych i doświadczeń covidowych żaden efekt nie był istotny statystycznie. Wszystkie efekty wskazywały na istotnie wyższe nasilenie negatywnych reakcji emocjonalnych u osób neurotycznych skonfrontowanych z wyższym nasileniem stresorów (co w części potwierdza hipotezę o moderacyjnej roli tej cechy osobowości). Przykładowa interakcja została przedstawiona na rysunku 6A.

Interakcje strategii unikowych regulacji emocji ze stresorami oraz stabilnością emocjonalną. W kolejnym kroku zrealizowano serię dwuczynnikowych analiz interakcji strategii unikowych ze stresorami (*Załącznik C*) oraz stabilnością emocjonalną. Dla objawów poszczególnych reakcji emocjonalnych: istotne

interakcje dwuczynnikowe uzyskano dla lęku (6/8) i stresu (2/8) oraz żadnej dla depresji, zaś – spośród poszczególnych stresorów – dla wskaźnika ogólnego. Dla stresorów ekonomiczno-materialnych żaden efekt nie był istotny statystycznie. Wszystkie efekty wskazywały na istotnie wyższe nasilenie objawów u osób wykazujących tendencję do stosowania strategii unikowych, gdy były skonfrontowane z wyższym nasileniem stresorów (co przynajmniej w części potwierdza hipotezę o moderacyjnej i negatywnej roli unikania jako formy regulacji emocji). Dla interakcji stabilności emocjonalnej i strategii unikowych uzyskano efekty interakcyjne dla lęku ($F[1, 2087] = 3,97; p < 0,05; \eta^2 = 0,002$) oraz depresji ($F = 25,44; \eta^2 = 0,013$), ale nie dla objawów stresu ($F = 0,24; p = 0,63$). Przykładowe interakcje zostały przedstawione na rysunku 6B i 7. Dalsze analizy skupione zostały na interakcjach trzyczynnikowych.

Interakcje stabilności emocjonalnej, unikania oraz stresorów. W analizach tych uwzględniono interakcje trzyczynnikowe (przy wszystkich interakcjach i wyrażeniach niższego rzędu) dla neurotyczności, strategii unikowych oraz poszczególnych stresorów (*Załącznik D*). W tym przypadku dla objawów poszczególnych reakcji emocjonalnych uzyskano zbliżoną liczbę interakcji, ale najbardziej spójny obraz uzyskano dla wskaźnika ogólnego oraz zagęszczenia/konfliktów (istotne wszystkie interakcje). Jak się wydaje, taki wskaźnik uogólniony stresorów (ze względu także na większą rzetelność pomiaru) albo skupienie na wspólnym „kluczowym” czynniku stresogennym dobrze opisuje uogólniony obraz uwarunkowań stanu emocjonalnego w pandemii. Warto jednak zwrócić uwagę, że zarejestrowano także specyfikę poszczególnych reakcji emocjonalnych: najwięcej zmienności objawów depresji wyjaśniała interakcja stresorów ekonomiczno-materialnych, zaś dla lęku – interakcje z zagrożeniem zdrowia (choć trzyczynnikowa nie była istotna). Wyniki te w stosunku do modelu uogólnionego oraz uwzględniającego specyfikę reakcji emocjonalnych zostały zaprezentowane w części końcowej. Przykładowe interakcje zostały przedstawione na rysunkach 4, 6 i 8.

Model uwarunkowań stanu emocjonalnego w pandemii. W analizie tej uwzględnione zostały zmienne demograficzne, wszystkie cechy osobowości, strategie zorientowane na unikanie i stresory oraz efekty interakcyjne stresorów, stabilności emocjonalnej i strategii unikowych. Pierwszy model uwzględniał wskaźnik ogólny stresorów. Model ten – konceptualnie najprostszy (sumaryczny obraz stresorów) – wyjaśniał 0,44 zmienności objawów lęku (R^2 skorygowane = 0,43);

0,60 – objawów depresji (R^2 skorygowane = 0,59) oraz 0,53 objawów stresu (R^2 skorygowane = 0,53), przy czym wszystkie interakcje trzyczynnikowe były istotne statystycznie. Niestety, przeestymowywał predykcję objawów depresji w drugiej fazie pandemii – model przewidywał wzrost, faktycznie zmiany nie wystąpiły, więc estymacja wykazywała spadek nasilenia objawów. Model ten zatem zastąpiono poszukiwaniem specyficznych stresorów, przy czym należy podkreślić, że modele takie prowadziły do wyselekcjonowania jedynie pojedynczych z nich. W efekcie analizie zostały poddane dwa modele – wspólny dla trzech reakcji emocjonalnych – z interakcjami „kluczowego” czynnika zagęszczenia/konfliktów (zob. tabela 4) oraz modelu specyficznych uwarunkowań poszczególnych objawów: zagrożenia zdrowia dla lęku, stresorów ekonomiczno-materialnych dla depresji oraz zagęszczenia/konfliktów dla objawów stresu (zob. tabela 5).

Model wspólnego czynnika stresogennego (zagęszczenia/konfliktów) wyjaśniał 0,44 zmienności objawów lęku (R^2 skorygowane = 0,43); 0,60 – objawów depresji (R^2 skorygowane = 0,59) oraz 0,54 objawów stresu (R^2 skorygowane = 0,53). Zaletą tego modelu jest adekwatna predykcja zmiany nasilenia różnic emocjonalnych w czasie wraz z analizą wspólnej interakcji dla unikowych strategii regulacji emocji. Na rysunkach 4–5 zostały zaś przedstawione interakcje trzyczynnikowe dla lęku i stresu (dla depresji miała ona zbliżony charakter do lęku, więc nie zostanie już zaprezentowana).

Tabela 4

Uwarunkowania lęku, depresji i stresu (model „kluczowego” wspólnego czynnika)

| Zmienna niezależna | Zmienna zależna | <i>F</i> | <i>p</i> | Częstkowe η^2 |
|--------------------|-----------------|----------|----------|--------------------|
| Grupy zawodowe | Lęk | 1,34 | 0,23 | |
| | Depresja | 0,99 | 0,44 | |
| | Stres | 1,25 | 0,27 | |
| Wiek | Lęk | 0,13 | 0,72 | |
| | Depresja | 1,86 | 0,17 | |
| | Stres | 0,40 | 0,53 | |
| Płeć (mężczyźni) | Lęk | 0,29 | 0,59 | |
| | Depresja | 0,25 | 0,62 | |
| | Stres | 0,03 | 0,86 | |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| Zmienna niezależna | Zmienna zależna | <i>F</i> | <i>p</i> | Cząstkowe η^2 |
|------------------------------------|-----------------|----------|----------|--------------------|
| Wykształcenie (wyższe) | Lęk | 3,45 | 0,06 | |
| | Depresja | 1,17 | 0,28 | |
| | Stres | 0,01 | 0,93 | |
| Stan cywilny (w związku) | Lęk | 2,65 | 0,10 | |
| | Depresja | 18,26 | 0,01 | 0,010# |
| | Stres | 2,08 | 0,15 | |
| Miasto (duże) | Lęk | 1,54 | 0,22 | |
| | Depresja | 4,65 | 0,03 | 0,002 |
| | Stres | 2,15 | 0,14 | |
| Faza pandemii (druga) | Lęk | 1,58 | 0,21 | |
| | Depresja | 0,69 | 0,41 | |
| | Stres | 0,05 | 0,82 | |
| Strategie zorientowane na unikanie | Lęk | 266,76 | 0,01 | 0,124 |
| | Depresja | 550,08 | 0,01 | 0,225 |
| | Stres | 280,62 | 0,01 | 0,129 |
| Ekstrawersja | Lęk | 0,01 | 0,94 | |
| | Depresja | 56,34 | 0,01 | 0,029# |
| | Stres | 1,50 | 0,22 | |
| Ugodowość | Lęk | 4,13 | 0,04 | 0,002# |
| | Depresja | 1,88 | 0,17 | |
| | Stres | 10,38 | 0,01 | 0,005# |
| Sumienność | Lęk | 0,01 | 0,97 | |
| | Depresja | 11,62 | 0,01 | 0,006# |
| | Stres | 0,78 | 0,38 | |
| Stabilność emocjonalna | Lęk | 110,03 | 0,01 | 0,055# |
| | Depresja | 175,73 | 0,01 | 0,085# |
| | Stres | 276,94 | 0,01 | 0,128# |
| Intelekt | Lęk | 1,05 | 0,31 | |
| | Depresja | 0,98 | 0,32 | |
| | Stres | 3,60 | 0,06 | |
| Ekonomiczno-materialne | Lęk | 1,48 | 0,22 | |
| | Depresja | 12,70 | 0,01 | 0,007 |
| | Stres | 4,62 | 0,03 | 0,002 |

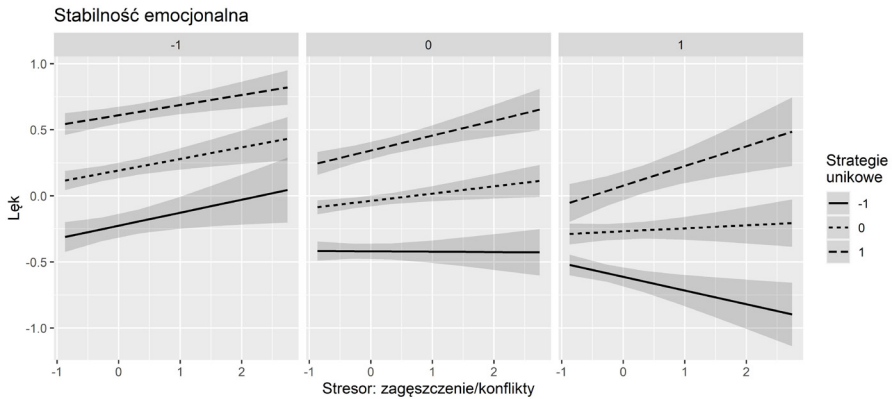
Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| Zmienna niezależna | Zmienna zależna | <i>F</i> | <i>p</i> | Cząstkowe η^2 |
|--|-----------------|----------|----------|--------------------|
| Izolacja/ograniczenia | Lęk | 0,54 | 0,46 | |
| | Depresja | 32,42 | 0,01 | 0,017 |
| | Stres | 39,22 | 0,01 | 0,020 |
| Zagęszczenie/konflikty (Z - K) | Lęk | 6,60 | 0,01 | 0,003 |
| | Depresja | 6,25 | 0,01 | 0,003 |
| | Stres | 41,67 | 0,00 | 0,022 |
| Praca w kontakcie | Lęk | 2,02 | 0,16 | |
| | Depresja | 0,43 | 0,51 | |
| | Stres | 0,01 | 0,94 | |
| Pomoc medyczna | Lęk | 12,97 | 0,01 | 0,007 |
| | Depresja | 2,18 | 0,14 | |
| | Stres | 2,80 | 0,09 | |
| Zagrożenie zdrowia | Lęk | 39,55 | 0,01 | 0,020 |
| | Depresja | 1,48 | 0,22 | |
| | Stres | 20,30 | 0,01 | 0,011 |
| Doświadczenia covidowe | Lęk | 7,40 | 0,01 | 0,004 |
| | Depresja | 0,35 | 0,56 | |
| | Stres | 2,52 | 0,11 | |
| Stabilność emocjonalna x Z - K | Lęk | 2,62 | 0,11 | |
| | Depresja | 0,10 | 0,75 | |
| | Stres | 2,32 | 0,13 | |
| Strategie unikowe x Z - K | Lęk | 8,15 | 0,01 | 0,004 |
| | Depresja | 7,19 | 0,01 | 0,004 |
| | Stres | 0,09 | 0,77 | |
| Stabilność emocjonalna x Unikanie | Lęk | 3,73 | 0,06 | |
| | Depresja | 32,80 | 0,01 | 0,017# |
| | Stres | 0,35 | 0,56 | |
| Stabilność emocjonalna x Unikanie x Z - K | Lęk | 18,48 | 0,01 | 0,010 |
| | Depresja | 13,48 | 0,01 | 0,007 |
| | Stres | 9,43 | 0,01 | 0,005 |

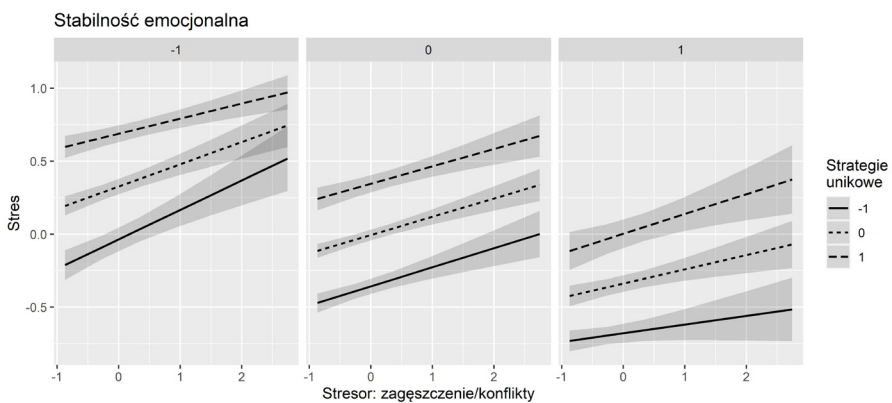
Adnotacja. Wyrażenia stałe zostały pominięte. Dla poszczególnych efektów: $df = 1, 2075$; dla grup zawodowych: $df = 7, 2075$. Wartość η^2 nie została zaprezentowana, gdy efekt nie był istotny statystycznie.

– ujemne efekty (korelacje semicząstkowe) w regresji liniowej.



Rysunek 4. Lęk: interakcje strategii zorientowanej na unikanie ze stresem – zagęszczeniem/konfliktami dla różnych poziomów stabilności emocjonalnej.

W przypadku lęku i depresji u osób neurotycznych zaobserwowano liniowe przyrosty poziomu lęku przy wzroście nasilenia stresora oraz unikania (efekty addytywne). Z kolei u osób stabilnych emocjonalnie wzrost nasilenia zagęszczenia/konfliktów wpływał na poziom lęku zależnie od strategii zorientowanej na unikanie – podwyższał, gdy osoby te przyjęły taką formę regulacji emocji (na marginesie, dane takie uzyskano także dla wskaźnika ogólnego stresorów). Nieco inny charakter miała natomiast interakcja ta dla poziomu stresu (rysunek 5).



Rysunek 5. Stres: interakcje strategii zorientowanej na unikanie ze stresem – zagęszczeniem/konfliktami dla różnych poziomów stabilności emocjonalnej.

W tym przypadku z kolei u osób stabilnych emocjonalnie zaobserwowano efekty zbliżone do lęku i depresji przy wzroście nasilenia stresora oraz unikania. W grupie osób neurotycznych natomiast wzrost nasilenia zagęszczenia/konfliktów zacierał różnice w poziomie stresu, niezależnie od strategii zorientowanej na unikanie. Wszystkie przedstawiane interakcje trzyczynnikowe nie miały zatem oczekiwanego charakteru synergistycznego, ilustrując, że w przypadku doświadczania silnych stresorów wzrost nasilenia negatywnego stanu emocjonalnego w pandemii następuje także u osób stabilnych emocjonalnie stosujących strategie unikowe lub neurotycznych, które ich nie stosują (przy znacznie podwyższonym poziomie emocji u osób neurotycznych i zorientowanych na unikanie).

W ramach modelu czynników specyficznych dla poszczególnych reakcji emocjonalnych zostały zidentyfikowane jako najsilniejsze stresory: ekonomiczno-materialne dla depresji oraz zagrożenia zdrowia dla lęku (model stresu dotyczył, jak przedstawiono powyżej, czynnika zagęszczenia/konfliktów). Modele te (tabela 5) wyjaśniały 0,44 zmienności objawów lęku (R^2 skorygowane = 0,44) i 0,60 objawów depresji (R^2 skorygowane = 0,60).

Tabela 5
Uwarunkowania lęku i depresji (model czynników specyficznych)

| Zmienna niezależna | Zmienna zależna | F | p | Cząstkowe η^2 |
|--------------------------|-----------------|-------|------|--------------------|
| Grupy zawodowe | Lęk | 1,35 | 0,22 | |
| | Depresja | 1,09 | 0,37 | |
| Wiek | Lęk | 0,01 | 0,91 | |
| | Depresja | 1,78 | 0,18 | |
| Płeć (mężczyźni) | Lęk | 0,94 | 0,33 | |
| | Depresja | 0,08 | 0,78 | |
| Wykształcenie (wyższe) | Lęk | 5,45 | 0,02 | 0,003# |
| | Depresja | 0,63 | 0,43 | |
| Stan cywilny (w związku) | Lęk | 2,03 | 0,15 | |
| | Depresja | 18,65 | 0,01 | 0,010# |
| Miasto (duże) | Lęk | 1,25 | 0,26 | |
| | Depresja | 3,79 | 0,06 | |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| Zmienna niezależna | Zmienna zależna | F | p | Cząstkowe η^2 |
|--|-----------------|--------|------|--------------------|
| Faza pandemii (druga) | Lęk | 1,78 | 0,18 | |
| | Depresja | 0,95 | 0,33 | |
| Strategie zorientowane na unikanie | Lęk | 298,53 | 0,01 | 0,136 |
| | Depresja | 501,89 | 0,01 | 0,210 |
| Ekstrawersja | Lęk | 0,17 | 0,68 | |
| | Depresja | 58,92 | 0,01 | 0,030# |
| Ugodowość | Lęk | 3,47 | 0,06 | |
| | Depresja | 1,71 | 0,19 | |
| Sumienność | Lęk | 0,04 | 0,84 | |
| | Depresja | 11,90 | 0,01 | 0,006# |
| Stabilność emocjonalna | Lęk | 98,39 | 0,01 | 0,049# |
| | Depresja | 181,95 | 0,01 | 0,088# |
| Intelekt | Lęk | 1,26 | 0,26 | |
| | Depresja | 0,92 | 0,34 | |
| Ekonomiczno-materialne (E - M) | Lęk | 1,55 | 0,21 | |
| | Depresja | 24,11 | 0,01 | 0,013 |
| Izolacja/ograniczenia | Lęk | 0,51 | 0,48 | |
| | Depresja | 29,14 | 0,01 | 0,015 |
| Zagęszczenie/konflikty | Lęk | 4,21 | 0,04 | 0,002 |
| | Depresja | 4,06 | 0,05 | 0,002 |
| Praca w kontakcie | Lęk | 2,67 | 0,10 | |
| | Depresja | 0,17 | 0,68 | |
| Pomoc medyczna | Lęk | 11,70 | 0,01 | 0,006 |
| | Depresja | 1,95 | 0,16 | |
| Zagrożenie zdrowia (ZD) | Lęk | 31,01 | 0,01 | 0,016 |
| | Depresja | 1,88 | 0,17 | |
| Doświadczenia covidowe | Lęk | 9,35 | 0,01 | 0,005 |
| | Depresja | 0,61 | 0,44 | |
| Stabilność emocjonalna x ZD (lęk) / E - M (depresja) | Lęk | 14,15 | 0,00 | 0,007# |
| | Depresja | 2,54 | 0,11 | |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

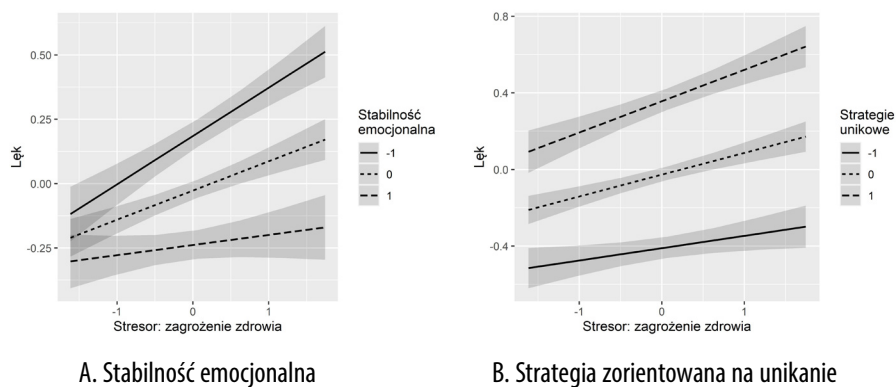
Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| Zmienna niezależna | Zmienna zależna | F | p | Częstkowe η^2 |
|--|-----------------|-------|------|--------------------|
| Strategie unikowe x ZD (lęk) / E - M (depresja) | Lęk | 6,18 | 0,01 | 0,003 |
| | Depresja | 11,26 | 0,01 | 0,006 |
| Stabilność emocjonalna x Unikanie | Depresja | 44,21 | 0,01 | 0,023# |
| Stabilność emocjonalna x Unikanie x E - M | Depresja | 19,76 | 0,01 | 0,010 |

Adnotacja. Wyrażenia stałe zostały pominięte. Dla poszczególnych efektów dla lęku: $df = 1, 2077$; dla grup zawodowych: $df = 7, 2077$; dla depresji: $df = 1, 2075$; dla grup zawodowych: $df = 7, 2075$). Wartość η^2 nie została zaprezentowana, gdy efekt nie był istotny statystycznie.

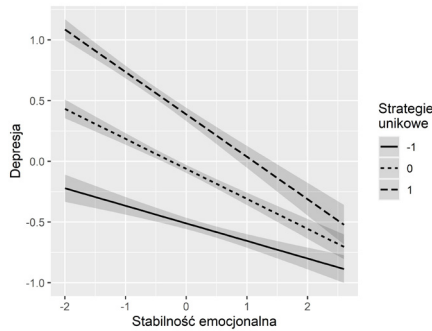
– ujemne efekty (korelacje semicząstkowe) w regresji liniowej.

Dla lęku interakcja trzyczynnikowa nie była istotna, toteż została pominięta w modelu. Na rysunku 6 przedstawiono interakcje stabilności emocjonalnej oraz strategii zorientowanej na unikanie z zagrożeniem zdrowia. Obie są zgodne z oczekiwaniami teoretycznymi i wskazują na wyższy poziom lęku, gdy osoby neurotyczne lub wykazujące tendencję do regulowania emocji poprzez unikanie były skonfrontowane z nasilonym zagrożeniem zdrowia.

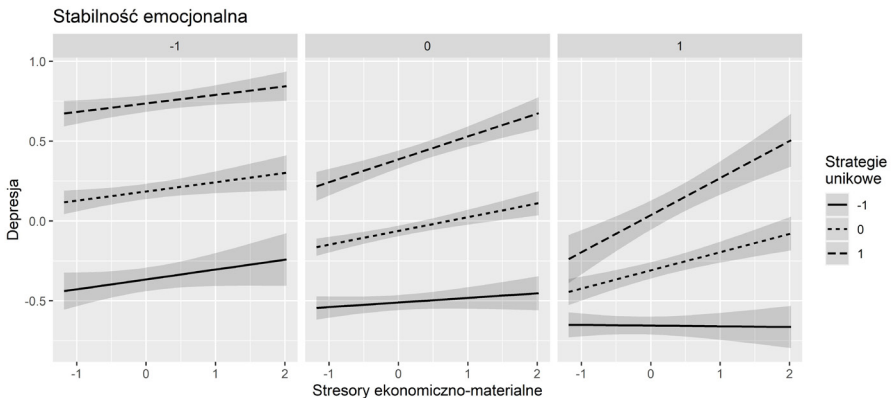


Rysunek 6. Lęk: interakcje stabilności emocjonalnej (A) i strategii zorientowanej na unikanie (B) ze stresorem – zagrożeniem zdrowia.

Z kolei dla objawów depresji uzyskano interakcję dwuczynnikową stabilności emocjonalnej i strategii unikowych (omawianą już wcześniej i zilustrowaną graficznie na rysunku 7) oraz interakcję trzyczynnikową stabilności emocjonalnej, unikania i stresorów ekonomiczno-materialnych (rysunek 8). Interakcja ta była analogiczna do prezentowanej na rysunku 4 dla lęku, ale uzyskana została także dla depresji i zagęszczenia/konfliktów.



Rysunek 7. Depresja: interakcja stabilności emocjonalnej i strategii zorientowanej na unikanie.



Rysunek 8. Depresja: interakcje strategii zorientowanej na unikanie ze stresorami ekonomiczno-materialnymi dla różnych poziomów stabilności emocjonalnej.

Trzeba podkreślić, że we wszystkich modelach efekty główne grupy zawodowej, wieku, płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania oraz stanu cywilnego

(poza objawami depresji) nie były istotne statystycznie. Różnice w tym zakresie zostały zatem wyjaśnione przez zmienne psychologiczne wpływające na reakcje emocjonalne. Podobnie nieistotny efekt fazy pandemii wskazuje, iż przyjęte modele adekwatnie opisują zmiany w nasileniu reakcji emocjonalnych (w tym zwłaszcza model specyficznych stresorów (ekonomiczno-materialnych dla depresji, zagrożenia zdrowia dla lęku i zagęszczenia/konfliktów dla objawów stresu). W odniesieniu do poszczególnych reakcji emocjonalnych: najsilniejsze efekty główne uzyskano dla zagrożeń biologicznych (zagrożenie zdrowia, pomoc medyczna, doświadczenia covidowe) i zagęszczenia/konfliktów dla lęku, zagrożeń związanych ze stratą zasobów (ekonomiczno-materialnych oraz izolacji/ograniczeń) i zagęszczenia/konfliktów dla depresji oraz kombinacji obu kategorii stresorów dla objawów stresu (ekonomiczno-materialne, izolacja/ograniczenia, zagęszczenie/konflikty, zagrożenie zdrowia). Rzecz interesująca, konieczność wykonywania pracy wymagającej kontaktu z ludźmi (w tym osobami zakażonymi) nie była czynnikiem obciążającym emocjonalnie. W ramach modelu czynnika wspólnego zidentyfikowano najsilniejszy predyktor negatywnych reakcji emocjonalnych w pandemii, którym była sytuacja domowa (zagęszczenie/konflikty), zaś w modelu czynników specyficznych – zagrożenie zdrowia dla lęku, problemy ekonomiczno-materialne dla depresji oraz zagęszczenie/konflikty dla objawów stresu.

W odniesieniu do cech osobowości najsilniejsze efekty (oczekiwane) uzyskano dla stabilności emocjonalnej, przy słabszym wpływie pozostałych cech (efekty ujemne i wyłącznie dla objawów depresji; por. Cyniak-Cieciura, Zawadzki, 2022). Uzyskano także silny efekt główny strategii zorientowanych na unikanie (dla wszystkich emocji, wykraczający poza wpływ pozostałych czynników), które generowały także oczekiwane interakcje zarówno ze stabilnością emocjonalną oraz stresorami. Zaskakujące były jedynie interakcje trzyczynnikowe, które wyraźnie nie wskazywały na efekty synergistyczne. Hipotezy badawcze dotyczące efektu interakcji stresorów, cech osobowości oraz unikowej strategii regulacji emocji sugerowały oczekiwanie silniejszego wzrostu dystresu w drugiej fazie pandemii (w efekcie wzrostu obiektywnego zagrożenia biologicznego oraz przedłużającej się koniecznej izolacji oraz utraty zasobów finansowych). Faktyczny wzrost nasilenia negatywnego stanu emocjonalnego może być wyjaśniony poprzez wzrost nasilenia stresorów (zwłaszcza biologicznych oraz pogarszającej się sytuacji domowej), ich interakcyjny efekt ze stabilnością emocjonalną oraz zwiększone nasilenie tendencji do unikania (tylko częściowo mediujące te efekty). Wzrost ten jednak nie był na

tyle silny, żeby można go było wyjaśnić efektem kumulowania się stresorów, a jednocześnie mógł być ograniczony przez efekty zacierające sumowanie się niekorzystnego wpływu neurotyczności i unikowej regulacji emocji – wyraźne podwyższanie się poziomu negatywnych reakcji emocjonalnych pod wpływem wysokiego poziomu stresorów u osób o dużej stabilności emocjonalnej i/lub nie wykazujących tendencji do poznawczego unikania.

DYSKUSJA

Uzyskane wyniki badania w większości były zgodne z oczekiwaniami teoretycznymi, wynikami dotychczasowych analiz uwarunkowań reakcji emocjonalnych na stres, a więc także z predykcjami wynikającymi z modeli stresu. Analizy wykazały, że nasilenie negatywnych reakcji emocjonalnych (objawów depresji, lęku i stresu) było związane ze stresorami pandemicznymi (zasadniczo z zagęszczeniem w domu/konfliktami jako wspólnym czynnikiem stresogennym dla różnych objawów i specyficznym dla odczuwanego stresu oraz problemami ekonomiczno-materialnymi specyficznymi dla objawów depresji i zagrożeniami zdrowotnymi charakterystycznymi dla objawów lęku), cechami osobowości (stabilnością emocjonalną–neurotycznością), poznawczymi strategiami regulacji emocji zorientowanymi na unikanie oraz interakcjami między nimi. Badania te wpisują się zatem w ciąg analiz dokumentujących znaczenie stresorów, cech osobowości oraz unikowych strategii regulacji emocji. Można zatem powiedzieć, że „*nihil novi sub sole*”. Czy mogło być inaczej? Po pierwsze, taki był cel badań – przypomnienie, że osobowość jest nadal jednym z głównych wyznaczników reakcji na stres (zob. Strelau, 1996). Po drugie, zważywszy na częstość katastrof oraz traumatycznych wydarzeń (w historii i obecnie) w sensie jednostkowym, ale także zbiorowym, trudno mówić, że opisaliśmy nowe zjawisko – raczej wykazaliśmy znaną już typowość ludzkich zachowań w obliczu stresu, wskazując, iż pandemia jest egzemplifikacją katastroficznego zdarzenia, o tyle jednak specyficzną, że bardziej wielowymiarową niż te dotychczas doświadczane. Trudno jednak byłoby założyć, że modele stresu oparte na poprzednich doświadczeniach i innych sytuacjach stresowych zupełnie uniemożliwiają dokonanie opisu i wyjaśnienia reakcji emocjonalnych na stres pandemii (zob. Hobfoll, 2006). Oczywiście nie znaczy to, że nie ma nowych specyficznych aspektów pandemii jako stresora oraz specyficznych uwarunkowań reakcji emocjonalnych, jak

też że nie stoją przed nami nowe i odmienne od wcześniejszych wyzwania. Uzyskane dane w odniesieniu do stresorów wykazały przykładowo, że stosunkowo mało obciążającym emocjonalnie czynnikiem były niektóre aspekty zagrożenia biologicznego, np. konieczność wykonywania pracy wymagającej kontaktu z ludźmi, w tym osobami zakażonymi. Problematycznym czynnikiem okazały się także doświadczenia covidowe, co po części może wynikać z małej początkowo liczby tych doświadczeń w społeczności, a po części jest związane z ograniczeniami badania: nie zdołaliśmy dotrzeć do grupy osób ciężko chorujących na COVID-19 oraz osób, które utraciły bliskich. W tym sensie trudno ocenić, na ile ten oczekiwany przez nas jako kluczowy czynnik traumatogenny był nim faktycznie (zob. Popiel, Zawadzki, Bielecki, Mroziński, Pragłowska, 2021). Obciążającym, lecz mało specyficznym stresorem była konieczność zachowania izolacji i związane z tym ograniczenia, np. w postaci niezbędnej rezygnacji z preferowanych form aktywności. Zaskakujący był także wynik wskazujący, że sytuacja domowa – zagęszczenie i możliwe konflikty – była kluczowym czynnikiem stresogennym. Znaczenie innych czynników było jednak już w pełni przewidywalne, np. problemów ekonomiczno-materialnych dla objawów depresji (jako utraty zasobów) czy zagrożeń zdrowotnych dla objawów lęku (jako groźby utraty zasobów – zdrowia czy życia; Heszen, 2013). Rola cech osobowości, w tym stabilności emocjonalnej oraz poznawczej regulacji emocji zorientowanej na unikanie, ma obszerną dokumentację literaturową (Barańczuk, 2019; Barańczuk i in., 2017; Kamholz i in., 2006; Strelau, 1996), choć brak efektu synergistycznego dla interakcji trzech głównych czynników (przy zgodnych z oczekiwaniami interakcjach dwuczynnikowych) nie jest łatwy do wyjaśnienia. Prawdopodobnie nie wiąże się on ze specyfiką pandemii, ale raczej wynika z efektów znacznie podwyższonego dystresu u osób neurotycznych oraz możliwego włączania się działających ochronnie innych wyznaczników reakcji emocjonalnych, takich jak (niebędące przedmiotem tego badania) wsparcie społeczne (Heszen, 2013) czy aktywne strategie regulacji emocji (nieuwzględnione w tej analizie), które są także uruchamiane przez jednostkę w obliczu stresu i wykazują korzystny wpływ na doświadczane negatywne stany emocjonalne (por. Poprawa, Lewandowska, Rokosz, Tabiś, Barański, 2021; Skalski, Uram, Dobrakowski, Kwiatkowska, 2021), choć jednak słabszy niż strategie unikowe.

Zaskakujący był natomiast ogólnie niezbyt wysoki poziom objawów depresji, lęku i stresu (Zawadzki, Popiel, Bielecki, Mroziński, Pragłowska, 2020), który we wczesnej fazie po kataklizmach naturalnych czy katastrofach technologicznych

osiąga zazwyczaj szczególnie duże nasilenie (Kaniasty, 2003). Trzeba oczywiście wskazać na duże zróżnicowanie społeczno-demograficzne negatywnych reakcji emocjonalnych, pochodne od odmiennej sytuacji zawodowej i materialnej oraz doświadczania specyficznych stresorów. Podobnie niektóre związki dla zmiennych demograficznych były trudne do przewidzenia, np. stosunkowo dobra tolerancja pandemii przez osoby w starszym wieku (Kaniasty, 2003; Zawadzki, 2006), inne wpisały się w oczywisty wzorzec związków, np. dla płci. Ogólnie wyniki wskazują jednak, że pandemia była silnym stresorem raczej na poziomie jednostkowym, ze względu na zróżnicowaną ekspozycję na poszczególne stresory. Efekt taki był widoczny także na poziomie niektórych grup społeczno-zawodowych, ale jako społeczność na razie wykazaliśmy stosunkowo dobrą tolerancję na pandemię, chociaż należy zaznaczyć, że może to być przejaw nieracjonalnego optymizmu i niedoszacowywania zagrożenia, a to z kolei może stanowić czynnik ryzyka wystąpienia kolejnej fali zakażeń. Ostateczna ocena jest utrudniona ze względu na brak w pełni adekwatnych danych umożliwiających dokonanie miarodajnej analizy porównawczej, ale wstępne analizy szacunkowe – z odniesieniem do danych międzynarodowych lub wcześniejszych badań rodzimych grup (por. Scholten, Velten, Bieda, Zhang, Margraf, 2016) – nie sugerują bardzo nasilonego negatywnego stanu emocjonalnego całej społeczności (Zawadzki i in., 2020). O ile nie nastąpi pogorszenie w szerszej skali, to raczej na poziomie jednostkowym najprawdopodobniej będzie się rozgrywał dalszy główny ciąg dramatu – konsekwencje emocjonalne stresu, w tym traumy utraty zdrowia czy utraty bliskich (Heitzman, 2020), a także utraty ważnych zasobów, np. materialnych (Hobfoll, 2006; Norris i in., 2002), przy możliwie względnie dobrym radzeniu sobie innych osób czy nawet grup społecznych³. Wiele aspektów medycznych COVID-19, w tym odległych konsekwencji neurologicznych i psychiatrycznych, wymaga poznania i opisanie. Część z nich, ze względu na niespecyficzność objawów (zmęczenie, zmiany poznawcze, trudności z koncentracją uwagi) będzie utrudniać funkcjonowanie jednych, nie budząc zrozumienia u innych, którzy mieli szczęście nie zachorować lub w pełni wrócić do zdrowia (Malinowska i in., 2022). To też nie jest zjawiskiem wyróżniającym pandemię COVID-19. Rozpowszechnienie

³ Jak w słynnej frazie Williama Szekspira (*Hamlet*, akt 3, scena 2): „Why, let the stricken deer go weep, The hart ungalled play. For some must watch, while some must sleep; So runs the world away”. Ze względu na odmienne interpretacyjnie tłumaczenia (np. Paszkowskiego, Barańczaka, Kydryńskiego czy Tretiaka) zamieszczamy w wersji oryginalnej.

występowania wszelkich zaburzeń traumatycznych w życiu (także w badanej grupie – Popiel i in., 2021) rzędu 90% tylko u mniejszości osób jest przyczyną zaburzeń. Normą jest więc rezyliencja, ale solidarność społeczna nakazywałaby zachowanie zwrócenie uwagi na osoby, u których mechanizmy odporności (zarówno biologicznej, jak i psychologicznej) zawodzą.

Pandemia jest zatem stresorem jednocześnie znanym i nowym, reakcje na pandemię zaś zarazem typowe, jak też nie do końca przewidywalne. To, co w niej nowe i nieprzewidywalne, wymaga dalszych dociekań i konceptualizacji. To, co w niej typowe, wymaga wyciągnięcia wniosków z historii poprzednich wydarzeń, opisanych w literaturze naukowej (zob. Kaniasty, 2003), by następstwa stresu, katastrof i traumy nie pojawiały się po raz kolejny i kolejny... Pytanie na dziś brzmi zatem, na ile potrafimy przeciwdziałać zagrożeniom, aby nie tylko nie nastąpiło wyniszczenie biologiczne społeczeństwa, ale także doświadczenie pandemii nie przerodziło się – jak w przypadkach poprzednich kataklizmów – w katastrofę społeczną?

BIBLIOGRAFIA

- Adamczyk, D., Jaworska, D., Affeltowicz, D., Maison, D. (2022). Wzorce reakcji emocjonalnych na pandemię COVID-19 w różnych okresach jej trwania – badanie jakościowe. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 29–65). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial01>
- Barańczuk, U. (2019). The five factor model of personality and emotion regulation: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 139, 217–227. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.025>
- Barańczuk, U., Zawadzki, B., Hayes, A., Kamholtz, B., Lawrence, A. (2017). Psychometric properties of the Polish version of the Inventory of Cognitive Affect Regulation Strategies (ICARUS). *Psychological Assessment*, 29(3), e1–e12. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000430>
- Bebel, A. (2020). *Raport: Sytuacja dużych rodzin podczas pandemii COVID-19*. Pobrane z: https://www.3plus.pl/assets/file/1826,RaportZDR_sytuacja_duzych_rodzin_w_pandemii.pdf
- Cyniak-Cieciura, M., Zawadzki, B. (2022). Osobowościowe predyktory dobrostanu psychicznego w czasie pandemii COVID-19: analiza profili latentnych. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 127–155).

- Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial04>
- Dolinski, D., Dolinska, B., Zmaczynska-Witek, B., Banach, M., Kulesza, W. (2020). Unrealistic optimism in the time of coronavirus pandemic: May it help to kill, if so – whom: disease or the person? *Journal of Clinical Medicine*, 9(5), 1464. <https://doi.org/10.3390/jcm9051464>
- Eysenck, H. J., Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. Nowy Jork: Plenum Press.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466–475.
- Green, B. L. (1998). Psychological responses to disaster: Conceptualization and identification of high-risk survivors. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(S1), S25–S31. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.1998.0520s5S67.x>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J., Barrett, L. F. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3(1), 8–16. <https://doi.org/10.1177/1754073910380974>
- Heitzman, J. (2020). Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne. *Psychiatria Polska*, 54(2), 187–198. <https://doi.org/10.12740/PP/120373>
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hobfoll, S. E. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jak zmieniła się sytuacja finansowa Polaków w ciągu roku pandemii*. (2021, 6 czerwca). Pobrane z: <https://businessinsider.com.pl/finanse/sondaz-koronawirus-jak-zmieniła-się-sytuacja-finansowa-polaków-w-roku-pandemii/xqntl60>
- Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., Ormel, J. (2016). Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time: A meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants. *Psychological Medicine*, 46(14), 2883–2906. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001653>
- Kamholz, B. W., Hayes, A. M., Carver, C. S., Gulliver, S. B., Perlman, C. A. (2006). Identification and evaluation of cognitive affect-regulation strategies: Development of a self-report measure. *Cognitive Therapy and Research*, 30(2), 227–262. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9013-1>
- Kaniasty, K. (2003). *Kłęska żywiołowa czy katastrofa społeczna. Psychospołeczne konsekwencje polskiej powodzi 1997 roku*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Kashdan, T. B., Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., Watson, D. (2010). Linking „big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768–821. <https://doi.org/10.1037/a0020327>
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nowy Jork: Springer.
- Lovibond, P. F., Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Malinowska, E., Żarnecka, D., Wyszomirska, J., Hyniewska, S., Filon, M., Łojek, E., Zespół Badawczy NeuroCovid Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. (2022). Nowe wyzwania dla neuropsychologii klinicznej: studia przypadku osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 205–232). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial07>
- McGrath, J. E. (red.). (1970). *Social and psychological factors in stress*. Nowy Jork: Holt, Rinehart and Winston.
- Norris, F., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E., Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry*, 65(3), 207–239. <https://doi.org/10.1521/psyc.65.3.207.20173>
- Ormel, J., Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., Bos, E. H., Hankin, B., ... Oldehinkel, A. J. (2013). Neuroticism and common mental disorders: Meaning and utility of a complex relationship. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 686–697. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.003>
- Pogorzelski, K. (2020). *Sytuacja mieszkaniowa Polaków 2020. Dom jako miejsce nauki, pracy i wypoczynku – wyniki finansowego Barometru ING*. Pobrane z: https://www.ing.pl/_files/ver/item/1xyqgai
- Popiel, A., Zawadzki, B., Bielecki, M., Mroziński, B., Pragłowska, E. (2021). Czy doświadczenie pandemii może prowadzić do pourazowego zaburzenia stresowego (PTSD)? Wyniki badania COVID-STRES. W: W. J. Paluchowski, L. Bakiera (red.), *Psychospołeczny obraz pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce* (s. 45–58). Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Poprawa, R., Lewandowska, B., Rokosz, M., Tabiś, K., Barański, M. (2021). Podstawowe potrzeby psychologiczne, stres i radzenie sobie – analiza porównawcza doświadczeń okresu przedepidemicznego i epidemicznego. W: W. J. Paluchowski,

- L. Bakiera (red.), *Psychospołeczny obraz pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce* (s. 59–70). Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Rahe, R. H. (1975). Epidemiological studies of life change and illness. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 6(1–2), 133–146. <https://doi.org/10.2190/JGRJ-KUMG-GKKA-HBGE>
- Rosolak, M. (2016). *Tsunami historii. Jak żywioły przyrody wpływały na dzieje świata*. Warszawa: Fronda.
- Scholten, S., Velten, J., Bieda, A., Zhang, X. C., Margraf, J. (2017). Testing measurement invariance of the Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21) across four countries. *Psychological Assessment*, 29(11), 1376–1390. <https://doi.org/10.1037/pas0000440>
- Skalski, S., Uram, P., Dobrakowski, P., Kwiatkowska, A. (2021). Lęk w koronie. Strategie radzenia sobie jako predyktory nasilenia lęku przed SARS-CoV-2. W: W. J. Paluchowski, L. Bakiera (red.), *Psychospołeczny obraz pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce* (s. 85–93). Poznań: Wydawnictwo UAM.
- Strelau, J. (1996). Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 88–132). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Terelak, J. F. (2021). *Effects of extremely social isolation: Perspective of space psychology*. Berlin: Peter Lang GmbH.
- Topolewska, E., Skimina, E., Strus, W., Ciecuch, J., Rowiński, T. (2017). Krótki kwestionariusz do pomiaru Wielkiej Piątki IPIP-BFM-20. *Roczniki Psychologiczne*, 17(2), 367–384.
- Wachs, T. D. (1992). *The nature of nurture*. Newbury Park: Sage.
- Zawadzki, B. (2006). Wiek a nasilenie objawów chronicznego PTSD w grupie ofiar powodzi: rola cech temperamentu. *Psychologia Rozwojowa*, 11, 131–143.
- Zawadzki, B., Strelau, J. (2008). Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu. *Nauka*, 5(2), 47–55.
- Zawadzki, B., Popiel, A., Bielecki, M., Mroziński, B., Pragłowska, E. (2020, wrzesień). *Konsekwencje emocjonalne stresu pandemii: rola postrzeganych zagrożeń oraz cech osobowości*. Referat na e-Konferencji naukowej „Doświadczenie pandemii COVID-19 w Polsce”. Poznań.

ZAŁĄCZNIK A

Tabela A1

Wersja skrócona inwentarza ICARUS

| Poznawcze strategie regulacji emocji | Przykłady pozycji | Ładunki czynnikowe 15 skal (EFA): poprzednie badania | Ładunki czynnikowe (EFA) 9 pozycji: poprzednie badania oraz obecne (w nawiasie) | Korelacje z czynnikami: poprzednie badania |
|---|--|--|---|--|
| Modyfikacja doświadczeń i rozwój osobisty | | 0,82 | | 0,68*; 0,27* |
| Myślenie pozytywne | Myślałem(am): „sprawy w końcu ułożą się lepiej”. | 0,76 | 0,80 (0,66) | 0,71*; 0,33* |
| Akceptacja sytuacji | Myślałem(am) sobie, że po prostu muszę zaakceptować tę sytuację. | 0,67 | 0,85 (0,74) | 0,70*; 0,19* |
| Akceptacja uczuć | Myślałem(am): „to jest normalne, że tak się czuję”. | 0,58 | 0,76 (0,72) | 0,66*; 0,41* |
| Uważna obserwacja | Myślałem(am) o konsekwencjach sytuacji bez oceniania ich jako dobre lub złe. | 0,62 | 0,69 (0,56) | 0,70*; 0,40* |
| Analizowanie uczuć i sytuacji | Analizowałem(am) sytuację, żeby móc ją lepiej zrozumieć. | 0,70 | 0,66 (0,51) | 0,74*; 0,39* |
| Minimalizowanie znaczenia | | 0,57 | | 0,58*; 0,28* |
| Porównywanie i testowanie rzeczywistości | | 0,58 | | 0,59*; 0,45* |
| Dystansowanie | Popadałem(am) w odrętwienie. | 0,76 | 0,78 (0,68) | 0,30*; 0,68* |
| Autokrytycyzm/obwinianie siebie | Myślałem(am): „dlaczego nie potrafię sobie lepiej radzić?” | 0,59 | 0,55 (0,63) | 0,57*; 0,74* |
| Myśli samobójcze | Myślałem(am): „jeśli sprawy potoczą się bardzo źle, to zawsze mogę się zabić”. | 0,59 | 0,61 (0,52) | 0,14*; 0,60* |
| Obwinianie innych | W głębi duszy winiłem(am) innych za tę sytuację. | 0,30 | 0,42 (0,40) | 0,38*; 0,65* |
| Bezczelowe planowanie | | 0,51 | | 0,55*; 0,45* |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| Poznawcze strategie regulacji emocji | Przykłady pozycji | Ładunki czynnikowe 15 skal (EFA): poprzednie badania | Ładunki czynnikowe (EFA) 9 pozycji: poprzednie badania oraz obecne (w nawiasie) | Korelacje z czynnikami: poprzednie badania |
|--------------------------------------|-------------------|--|---|--|
| Myslenie o religii | | 0,30 | | 0,33*; 0,28* |
| Supresja myśli/odwracanie uwagi | | 0,56 | | 0,65*; 0,44* |

Adnotacja. Badania poprzednie (Barańczuk i in., 2017) – korelacje z wynikami czynnikowymi (na poziomie skal): 0,88* i 0,85* oraz (na poziomie pozycji): 0,89* i 0,89*; α Cronbacha w poprzednich badaniach: 0,87 i 0,69. Korelacja wyników obu skal w badanej grupie = 0,13* (wyniki skali pozytywnej nisko dodatnio – do wartości 0,20 – korelowały ze stresorami i nie wykazywały wzrostu w drugiej fazie pandemii).

ZAŁĄCZNIK B

Tabela B1

Interakcje stabilności emocjonalnej ze stresorami dla objawów lęku, depresji i stresu (przy kontroli zmiennych demograficznych oraz fazy pandemii)

| Stresory | Lęk (F ; η^2) | Depresja (F ; η^2) | Stres (F ; η^2) |
|------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Ekonomiczno-materialne | 0,03 | 0,12 | 0,47 |
| Izolacja/ograniczenia | 15,42*; 0,008 | 8,83*; 0,005 | 3,38 |
| Zagęszczenie/konflikty | 7,00*; 0,004 | 7,94*; 0,004 | 0,79 |
| Doświadczenia covidowe | 1,75 | 0,03 | 0,23 |
| Praca w kontakcie | 5,94*; 0,003 | 1,44 | 1,21 |
| Pomoc medyczna | 7,79*; 0,004 | 4,53*; 0,002 | 2,22 |
| Zagrożenie zdrowia | 29,32*; 0,015 | 2,81 | 9,13*; 0,005 |
| Stresory – ogółem | 34,10*; 0,017 | 11,85*; 0,006 | 6,72*; 0,003 |

Adnotacja. Wartość η^2 nie została zaprezentowana, gdy efekt interakcyjny był nieistotny statystycznie.

* $p < 0,05$ ($df = 1, 2087$).

ZAŁĄCZNIK C

Tabela C1

Interakcje strategii unikowych ze stresorami dla objawów lęku, depresji i stresu (przy kontroli zmiennych demograficznych oraz fazy pandemii)

| Stresory | Lęk (F ; η^2) | Depresja (F ; η^2) | Stres (F ; η^2) |
|------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Ekonomiczno-materialne | 0,08 | 0,05 | 3,40 |
| Izolacja/ograniczenia | 7,77*; 0,004 | 0,46 | 2,26 |
| Zagęszczenie/konflikty | 2,79 | 1,43 | 7,63*; 0,004 |
| Doświadczenia covidowe | 9,23*; 0,05 | 0,13 | 2,75 |
| Praca w kontakcie | 9,96*; 0,005 | 0,00 | 0,98 |
| Pomoc medyczna | 4,27*; 0,002 | 0,70 | 2,00 |
| Zagrożenie zdrowia | 19,08*; 0,010 | 0,07 | 1,16 |
| Stresory – ogółem | 14,87*; 0,008 | 0,13 | 8,75*; 0,005 |

Adnotacja. Wartość η^2 nie została zaprezentowana, gdy efekt interakcyjny był nieistotny statystycznie.

* $p < 0,05$ ($df = 1, 2087$).

ZAŁĄCZNIK D

Tabela D1

Interakcje stabilności emocjonalnej, unikania ze stresorami dla objawów lęku, depresji i stresu (przy kontroli zmiennych demograficznych oraz fazy pandemii)

| Stresory | Lęk (F ; η^2) | Depresja (F ; η^2) | Stres (F ; η^2) |
|------------------------|------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Ekonomiczno-materialne | 6,66*; 0,003 | 20,20*; 0,010 | 2,88 |
| Izolacja/ograniczenia | 0,75 | 7,19*; 0,004 | 6,08*; 0,003 |
| Zagęszczenie/konflikty | 20,74*; 0,011 | 12,36*; 0,006 | 9,07*; 0,005 |
| Doświadczenia covidowe | 2,16 | 0,96 | 2,96 |
| Praca w kontakcie | 0,47 | 2,85 | 3,80*; 0,002 |
| Pomoc medyczna | 5,36*; 0,003 | 0,53 | 0,77 |
| Zagrożenie zdrowia | 2,70 | 3,92*; 0,002 | 1,37 |
| Stresory – ogółem | 17,29*; 0,009 | 19,94*; 0,010 | 14,03*; 0,007 |

Adnotacja. Wartość η^2 nie została zaprezentowana, gdy efekt interakcyjny był nieistotny statystycznie.

* $p < 0,05$ ($df = 1, 2085$).

MARIA CYNIAK-CIECIURA  <https://orcid.org/0000-0002-6293-8729>
Centrum Badań Klinicznych i Doskonalenia Psychoterapii,
Instytut Psychologii, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

BOGDAN ZAWADZKI  <https://orcid.org/0000-0002-6578-8412>
Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

Osobowościowe predyktory dobrostanu psychicznego w czasie pandemii COVID-19: analiza profili latentnych

Personality predictors of well-being during the COVID-19 pandemic: analysis of latent profiles

Autor korespondencyjny: Maria Cyniak-Cieciura
e-mail: mcyniak-cieciura@swps.edu.pl

Streszczenie

Pandemia COVID-19 wywarła znaczący wpływ na samopoczucie i funkcjonowanie mieszkańców Polski. Przeprowadzone badanie miało na celu zweryfikowanie, w jakim stopniu osoby o różnym poziomie dobrostanu psychicznego różnią się pod kątem cech osobowości, pozytywnego zdrowia psychicznego, stresorów związanych z pandemią, sytuacji zdrowotnej, przekonań na temat wirusa SARS-CoV-2 oraz zmiennych demograficznych. Badanie przeprowadzono w okresie tzw. II i III fali zachorowań na COVID-19 (październik 2020 – luty 2021) w grupie 830 (729 kobiet i 101 mężczyzn) studentów dwóch uczelni warszawskich. Osoby o niskim poziomie dobrostanu psychicznego charakteryzowały się najwyższą neurotycznością, najniższą ekstrawersją i sumiennością oraz najniższym poziomem pozytywnego zdrowia psychicznego w porównaniu do osób o umiarkowanym i wysokim poziomie dobrostanu psychicznego. Były to też osoby o młodszym wieku niż pozostałe grupy, oraz doświadczające największej liczby stresorów powiązanych z COVID-19. Osoby o wysokim dobrostanie cechowały się najniższą neurotycznością oraz najwyższą ekstrawersją, sumiennością i poziomem pozytywnego zdrowia psychicznego. Wskazywały również, że stresory związane z pandemią dotyczyły ich w mniejszym stopniu niż osoby o niskim i umiarkowanym poziomie dobrostanu. Efekty neurotyczności były silniejsze niż te dotyczące różnic w poziomie odczuwanych stresorów, tj. izolacji społecznej, ograniczenia kontaktów społecznych i aktywności, negatywnych zmian ekonomicznych, wystąpienia choroby COVID-19 w bliższym lub dalszym otoczeniu, zmiany w sposobie nauki i pracy oraz lęku o zdrowie. Rola osobowości w kształtowaniu poziomu dobrostanu psychicznego wydaje się być bardziej istotna od stresorów związanych z pandemią.

Słowa kluczowe: dobrostan psychiczny, osobowość, neurotyczność, Wielka Piątka, COVID-19, stres

Abstract

The COVID-19 pandemic had a significant impact on the well-being and functioning of the inhabitants of Poland. The aim of the study was to verify to what extent people with different levels of mental well-being differ in terms of personality traits, positive mental health, pandemic stressors, health situation, beliefs about the SARS-CoV-2 virus and demographic variables. The study was conducted in the period of the so-called II and III waves of COVID-19 (October 2020 – February 2021) in a group of 830 (729 women and 101 men) students of two Warsaw universities. People with a low level of well-being were characterized by the highest neuroticism, and the lowest extraversion and conscientiousness, as well as the lowest level of positive mental health, compared to subjects with moderate and high levels of well-being. They were also younger than the other groups, and experienced the most COVID-19-related stressors. People with high well-being were characterized by the lowest neuroticism and the highest extraversion, conscientiousness and the level of positive mental health. They also indicated that pandemic-related stressors affected them less than people with low and moderate levels of well-being. The effects of neuroticism were stronger than differences in the level of perceived stress, i.e. social isolation, reduced social contacts and activity, negative economic changes, the occurrence of COVID-19 disease in the closer or more distant environment, changes in the way of studying and working, and fear about health. The role of personality in shaping the level of well-being during a pandemic seems to be more important than the pandemic stressors.

Keywords: well-being, personality, neuroticism, The Big Five, COVID-19, stress

Od wiosny 2020 roku aż po czas powstawania tego rozdziału mieszkańcy Polski mierzą się z wyzwaniem dostosowania się do zasad zachowania bezpieczeństwa w związku z ogólnoświatowym zagrożeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i rozwinięcia choroby COVID-19. Jest to choroba o bardzo

indywidualnym przebiegu (Weiss, Murdoch, 2020), którą można przejść bezobjawowo, albo która może nawet zakończyć się śmiercią. Ogłoszony stan pandemii wraz z czasowymi restrykcjami w zakresie korzystania z usług publicznych, udziału w wydarzeniach sportowych i kulturalnych oraz zmianami w zakresie sposobu nauki i pracy (stacjonarnie, przez Internet lub w postaci łączonej) stanowią znaczące źródło stresu (Cooke, Eirich, Racine, Madigan, 2020; Qiu i in., 2020; Wang i in., 2020).

W różnych kulturach stwierdzono związek pandemii i jej konsekwencji z dobrostanem psychicznym i trudnościami natury psychicznej. Dane zregulowane w ramach metaanaliz pozwalają stwierdzić, że znaczący odsetek osób badanych (ponad 20%) odczuwa w związku z pandemią objawy stresu, depresji, lęku, zespołu stresu pourazowego oraz bezsenność (Arora i in., 2020; Bareeqa i in., 2021; Cénat i in., 2021; Jahrami i in., 2021; Krishnamoorthy, Nagarajan, Saya, Menon, 2020; Ren i in., 2020). Co jednak istotne, prezentowane dane metaanalityczne uwzględniają w większości wskaźniki częstości występowania poszczególnych problemów bez odniesienia ich do danych sprzed pandemii oraz opierają się na danych zbieranych w ramach badań poprzecznych. Podsumowanie rezultatów 25 badań podłużnych nad wpływem ograniczeń związanych z pandemią na zdrowie psychiczne doprowadziło autorów metaanalizy do konkluzji, że większość osób wykazuje się odpornością na negatywne skutki pandemii, aczkolwiek istotne efekty dotyczą objawów depresyjnych i lękowych (Prati, Mancini, 2021). Choć autorzy poszczególnych badań uzyskiwali istotne różnice w poziomie dobrostanu i zdrowia psychicznego w zależności od wielu czynników, m.in. płci, poziomu dochodów, bycia osobą samotną lub w związku, statusu zawodowego czy poziomu obiektywnie lub subiektywnie doświadczanego stresu, to synteza wyników z wielu badań nie dostarcza konkluzyjnych wniosków dotyczących potencjalnych moderatorów częstotliwości występowania objawów lękowych, depresyjnych, bezsenności czy dystresu, pomimo wysokich wskaźników zróżnicowania wyników między badaniami (por. Krishnamoorthy i in., 2020; por. Arora i in., 2020; Cénat i in., 2021). Stąd istotnym wydaje się dalsze pogłębianie naszej wiedzy na temat funkcjonowania ludzi w obliczu poczucia stałego zagrożenia, w którym się znaleźli w sytuacji pandemii, uwzględniając potencjalne czynniki warunkujące. Niniejsze badanie realizuje ten cel poprzez porównanie osób o różnym poziomie dobrostanu psychicznego pod kątem ich cech osobowościowych, czynników specyficznie związanych z aktualną epidemią – nasilenia odczuwanego stresu, przejścia choroby, przekonań na temat wirusa oraz czynników demograficznych. Ele-

mentem nowatorskim badania jest zdefiniowanie dobrostanu psychicznego za pomocą dwóch rodzajów zmiennych: poziomu objawów stresu, depresji i lęku oraz poziomu satysfakcji z życia, odzwierciedlających razem negatywny i pozytywny wymiar dobrostanu psychicznego.

Badanie przeprowadzono w dużej grupie studentów dwóch warszawskich uczelni. Grupa ta wydaje się jedną z bardziej narażonych na wpływ zmian, pomimo tego, że choroba COVID-19 sama w sobie pozostaje mniej groźna w skutkach dla osób młodszych. Wprowadzone zmiany w zakresie nauczania, funkcjonowania gospodarczego oraz ograniczenia kontaktów społecznych wywarły znaczący wpływ na codzienne funkcjonowanie studentów prawdopodobnie ze względu na specyfikę tego funkcjonowania w niepandemicznych okolicznościach – dużą liczbę interakcji z ludźmi, dorywczą pracę w obszarach dotkniętych ograniczeniami, stacjonarną formę nauczania. Dowodów na negatywny wpływ zmian związanych z pandemią na dobrostan studentów dostarcza m.in. porównanie stanu psychicznego studentów w latach 2019 i 2020, którego dokonali Charles, Strong, Burns, Bullerjahn i Serafine (2021), stwierdzając u tych drugich większe nasilenie objawów zaburzeń nastroju, wyższy poziom postrzeganego stresu i większe ilości spożywanego alkoholu. Negatywny wpływ pandemii na dobrostan psychiczny i poziom objawów depresyjnych osób studiujących na pierwszym roku stwierdzili także Copeland i in. (2021). Pandemia COVID-19 negatywnie wpłynęła również na jakość snu, wzrost objawów lękowych i depresyjnych u studentów Bangladeszu (Ahammed i in., 2021).

Analiza czynników psychologicznych sprzyjających bardziej adaptacyjnemu funkcjonowaniu w sytuacji pandemii może pozwolić na wyodrębnienie grup osób potrzebujących specyficznego wsparcia oraz opracowanie dostosowanych interwencji psychologicznych. Jednocześnie stanowi ona weryfikację dotychczasowej wiedzy na temat czynników psychologicznych sprzyjających adaptacyjnemu funkcjonowaniu w niecodziennym stresie.

Osobowościowe predyktory dobrostanu psychicznego w czasie pandemii COVID-19

Badania w obszarze różnic indywidualnych w zakresie psychicznej reakcji na stres związane ze stanem pandemii wielokrotnie uwzględniały związki z cechami osobowości wyodrębnionymi w ramach modelu Wielkiej Piątki. Anglim i Harwood (2021; Anglim, Horwood, Smillie, Marrero, Wood, 2020)

na podstawie wyników własnego badania oraz przeprowadzonej metaanalizy stwierdzili, że nastrój w nadzwyczajnej sytuacji pandemii COVID-19 w większym stopniu zależy od osobowości niż od zewnętrznych okoliczności, a efekt cech osobowości jest w większości addytywny: osoby o wysokiej neurotyczności, niskiej ekstrawersji i sumienności mają ogólnie niższy dobrostan, i jest tak również w trakcie pandemii, która generalnie wpływa na obniżenie dobrostanu. Wyniki badań odnoszące się do roli neurotyczności nie wykazują specyfiki w przypadku aktualnie oddziaływującego stresora – jest to cecha najsilniej i pozytywnie powiązana z obniżeniem dobrostanu psychicznego w okresie aktualnej pandemii (Ahmed, Hossain, Siddique, Jobe, 2021; Kocjan, Kavčič, Avsec, 2021; Liu, Lithopoulos, Zhang, Garcia-Barrera, Rhodes, 2021; Nikčević, Marino, Kolubinski, Leach, Spada, 2021; por. Zawadzki, Popiel, Bielecki, Mroziński, Pragłowska, 2022). Ekonomiczne koszty neurotyczności były uznawane za bardzo duże, a jej rola dla efektywności funkcjonowania w stresie znacząca spójnie w wielu badaniach przeprowadzonych przed pandemią COVID-19 (Cuijpers i in., 2010). Rola pozostałych cech osobowości okazała się przewidywalna i podobna do innych stresujących sytuacji – okazały się one chronić przed obniżeniem dobrostanu. Ahmed i in. (2021) w grupie ponad 500 mieszkańców Bangladeszu wyodrębnili trzy profile osób: mało, umiarkowanie i wysoce adaptacyjny. W badaniu tym profil najmniej adaptacyjny (niecałe 6% całej próby) rozwinęły osoby o niskiej ekstrawersji, ugodowości, sumienności i otwartości oraz o wysokiej neurotyczności; profil umiarkowanie adaptacyjny (ok. 63% osób) rozwinęły osoby o umiarkowanym nasileniu wszystkich pięciu cech osobowości, zaś profil wysoce adaptacyjny (ok. 32% osób) – osoby o wysokiej ekstrawersji, ugodowości, sumienności i otwartości oraz niskiej neurotyczności. Podobnie w badaniu Nikčević i in. (2021) ekstrawersja, ugodowość, sumienność i otwartość były powiązane negatywnie, a neurotyczność pozytywnie, z objawami lękowymi oraz depresyjnymi.

Pewna specyfika uwidoczniła się jednak w odniesieniu do ekstrawersji oraz sumienności. Konieczność izolacji społecznej okazała się być szczególnie trudna dla osób mocno ekstrawertywnych, stąd korelacje pomiędzy dobrostanem psychicznym a ekstrawersją są dodatnie lecz ogólnie słabe, gdyż adaptacyjny okazuje się nie najwyższy poziom ekstrawersji (Brindal i in., 2021; Gubler, Makowski, Troche, Schlegel, 2021; Sui, Gong, Zhuang, 2021; Zacher, Rudolph, 2021; Zhao i in., 2021). Kontakty zapośredniczone przez telefon i Internet oraz zmniejszenie liczby kontaktów bezpośrednich i udziału w różnych wydarzeniach (towarzyskich, kulturowych, sportowych) prawdopodobnie nie pozwalają na

spełnienie potrzeb osób o wysokim poziomie ekstrawersji. Również w grupie studentów istotne obniżenie nastroju w wyniku pandemii wystąpiło u osób cechujących się wyższą ekstrawersją, a lekkie podniesienie nastroju – u osób introwertywnych (Rettew i in., 2021). Z kolei otwartość na doświadczenie okazała się istotnie powiązana z przystosowaniem się do nauczania online i z odczuwaniem zadowolenia z takiej formy nauki (Audet i in., 2021).

Rola sumiennosci wydaje się być znacząca ze względu na konieczność dostosowania się do zasad bezpieczeństwa i tzw. reżimu sanitarnego, co z kolei pozwala na zmniejszenie poczucia stresu związanego z zagrożeniem zakażenia i zachorowania (Nudelman i in., 2021; Zanini, Peixoto, Andrade, Tramonte, 2021).

Warto wspomnieć, że nie wszystkie wyniki badań wykazały istotne powiązania cech osobowości z dobrostanem psychicznym w okresie pandemii. Yeoul, Jihee, Eunsil i Kee-Hong (2021) w badaniu przeprowadzonym w grupie 1000 mieszkańców Korei Południowej stwierdzili słabe bądź nieistotne korelacje pomiędzy cechami osobowości według modelu Wielkiej Piątki a objawami depresyjnymi i lękowymi. Także w polskim badaniu przeprowadzonym przez Długosza (2021), choć wykazano istotny negatywny wpływ pandemii na stan zdrowia psychicznego Polaków, to związki z neurotycznością okazały się nieistotne statystycznie.

Podsumowując badania nad dobrostanem psychicznym w okresie pandemii COVID-19, jego związki z cechami osobowości wydają się dość spójnie wskazywać na chroniącą rolę niskiej neurotyczności, wysokiej ekstrawersji i wysokiej sumiennosci, a specyficznie w grupie studentów – także wysokiej otwartości. Prezentowane poniżej badanie ma na celu zweryfikowanie związku dobrostanu psychicznego z cechami osobowości w grupie polskich studentów. W badaniu zaplanowano wyodrębnienie grup osób o zróżnicowanym poziomie dobrostanu psychicznego na podstawie dwóch zmiennych – poziomu negatywnego stanu emocjonalnego oraz satysfakcji z życia i porównanie ich pod kątem cech osobowości, poziomu pozytywnego zdrowia psychicznego, poziomu stresu związanego z COVID-19, przejścia choroby, przekonań na temat wirusa oraz zmiennych demograficznych. Założono, że na podstawie analizy profili latentnych wyodrębnione zostaną przynajmniej trzy profile osób (o niskim, umiarkowanym i wysokim poziomie dobrostanu psychicznego). Podstawowe hipotezy odnośnie różnic pomiędzy tymi profilami w zakresie cech osobowości dotyczyły przede wszystkim osób o niskim i wysokim poziomie dobrostanu oraz bazowały na wynikach dotychczas przeprowadzonych

badania. Oczekiwano, że osoby o niskim dobrostanie, w porównaniu z tymi o dobrostanie wysokim, cechować się będą niższą stabilnością emocjonalną, ekstrawersją oraz niższym poziomem pozytywnego zdrowia psychicznego. Spodziewano się także, że poziom stresorów związanych z COVID-19 będzie w tej grupie najwyższy. Nie sformułowano hipotez odnośnie różnic w zakresie zmiennych demograficznych, przebiega choroby COVID-19 (ze względu na bardzo różny indywidualny przebieg choroby) oraz przekonań dotyczących wirusa. Te ostatnie porównania postanowiono przeprowadzić bez formułowania hipotez kierunkowych.

METODA

Osoby badane i procedura

W badaniu uczestniczyły 844 osoby, jednak po przeanalizowaniu przypadków skrajnych zdecydowano o usunięciu 7 osób w wieku powyżej 50 lat (obserwacje, które mieściły się powyżej 3 *SD*) oraz 7 osób, które nie podały informacji na temat swojej płci – była to zbyt mała grupa, aby uwzględnić ją w porównaniach. Ostatecznie do analiz włączono dane od $N = 830$ osób, w tym 729 kobiet (87,8%) oraz 101 mężczyzn (12,2%) w wieku od 18 do 50 lat ($M = 25,81$; $SD = 7,77$). Prawie połowa badanych – 401 osób (48,3%) zamieszkiwało w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców, 136 osób (16,4%) – w mieście między 100 a 500 tysięcy mieszkańców, 122 osoby (14,7%) – w mieście pomiędzy 20 a 100 tysięcy mieszkańców, 105 osób (12,7%) – na wsi, a najmniej – 66 osób (8,0%) – w mieście do 20 tysięcy mieszkańców. W związku małżeńskim lub innym stałym związku było w momencie badania 501 osób (60,4%), 316 osób (38,1%) było samotnych, a 13 (1,6%) – rozwiedzionych lub owdowiałych. Uczestników badania rekrutowano spośród studentów studiów stacjonarnych, niestacjonarnych oraz podyplomowych dwóch uniwersytetów – Uniwersytetu Warszawskiego (studenci Wydziału Psychologii) oraz Uniwersytetu Humanistycznospołecznego SWPS (studenci wszystkich kierunków) za pomocą uczelnianego panelu badawczego lub bezpośredniego mailingu. Badanie przeprowadzone zostało za pomocą narzędzi samoopisowych wypełnianych na platformie internetowej. Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Etyki ds. Badań Naukowych Wydziału Psychologii Uniwersytetu SWPS. Przeprowadzono je w okresie 12 października 2020 –

28 lutego 2021, w czasie tzw. drugiej i trzeciej fali (wzrostów zachorowań) COVID-19 w Polsce.

Pomiar zmiennych

Pomiaru satysfakcji z życia dokonano za pomocą *Skali satysfakcji z życia* (*Satisfaction With Life Scale*, SWLS; Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985) w polskiej adaptacji Jankowskiego (2015), na którą składa się 5 pozycji z 7-stopniową skalą odpowiedzi: od 1 – *zdecydowanie się nie zgadzam*, do 7 – *zdecydowanie się zgadzam*. W badaniu uwzględniono wynik ogólny, obliczany na podstawie wszystkich pozycji skali.

Pomiaru negatywnego stanu emocjonalnego dokonano za pomocą kwestionariusza DASS-21 (Lovibond, Lovibond, 1995), który składa się z 21 pozycji i służy do pomiaru objawów depresyjnych, lękowych oraz odczuwanego stresu (3 skale, każda po 7 pozycji). W badaniu wykorzystano polską wersję narzędzia opracowaną przez Makarę-Studzińską, Petkovicz, Urbańską i Petkovicza (2022) oraz wynik ogólny obliczany na podstawie wszystkich pozycji kwestionariusza (zob. Yeung, Yuliawati, Cheung, 2020).

Pomiaru pozytywnego zdrowia psychicznego dokonano za pomocą skali *Pozytywnego zdrowia psychicznego* PMH (Lukat, Margraf, Lutz, van der Veld, Becker, 2016), w polskim tłumaczeniu Popiel i Zawadzkiego. W skład narzędzia wchodzi 9 pozycji ocenianych na 4-stopniowej skali odpowiedzi: od 0 – *nie zgadzam się*, do 3 – *zgadzam się*. W badaniu uwzględniono wynik ogólny, obliczany na podstawie wszystkich pozycji skali.

Badanie cech osobowości przeprowadzono za pomocą kwestionariusza IPIP-BFM-20 (Donellan, Oswald, Baird, Lucas, 2006) w polskiej adaptacji Topolewskiej, Skiminy, Strusa, Ciecucha i Rowińskiego (2014). Kwestionariusz zawiera 20 pozycji i służy do pomiaru 5 skal (po 4 pozycje na skalę) – cech osobowości wyodrębnionych zgodnie z modelem Wielkiej Piątki: neurotyczności, ekstrawersji, intelektu, ugodowości i sumienności. Odpowiedzi udziela się na 5-stopniowej skali odpowiedzi: od 1 – *całkowicie nietrafnie mnie opisuje*, do 5 – *całkowicie trafnie mnie opisuje*. W badaniu uwzględniono wszystkie pięć skal.

Pomiaru stresorów związanych z pandemią COVID-19 dokonano za pomocą opracowanego na potrzeby tego badania kwestionariusza, w skład którego weszło 17 pytań o konieczność przebywania w przymusowej kwarantannie, nadmierne zagęszczenie domowników związane z izolacją lub kwarantanną,

zmianę rytmu dnia oraz sposobu pracy, konieczność rezygnacji z ulubionych aktywności (sportowych, kulturalnych itp.), poczucie izolacji i ograniczenie kontaktów z ludźmi, samotność, pogorszenie sytuacji finansowej, obawę o pogorszenie sytuacji materialnej lub utratę pracy, obawę o możliwość zakażenia się wirusem i rozwinięcie choroby, zwiększenie obciążenia nauką i/lub pracą, stres związany ze zmianą sposobu nauki i/lub pracy, konieczność bezpośredniego kontaktu z ludźmi z zewnątrz, bezpośredni kontakt z ludźmi zakażonymi, utratę możliwości kontynuowania nauki i/lub wykonywania pracy zarobkowej, chorobę COVID-19 w gronie bliskich i dalszych znajomych oraz rodziny. Badani ustosunkowywali się do poszczególnych stwierdzeń na czterostopniowej skali odpowiedzi: od 1 – *zupełnie mnie nie dotyczyło*, do 4 – *dotyczyło i stanowiło duży problem*. Pozycje z tej ankiety posłużyły do wyłonienia, na podstawie eksploracyjnej analizy czynnikowej, pięciu skal: izolacji/ograniczenia, doświadczeń covidowych, zagrożenia ekonomiczno-materialnego, zagrożenia zdrowia oraz zmian dotyczących nauki/pracy. Opis procedury wyłonienia skal przedstawiono w części *Wyniki*.

Dane demograficzne oraz inne podstawowe informacje dotyczące COVID-19 uzyskano za pomocą ankiety opracowanej specjalnie na potrzeby tego badania. Uwzględniała ona pytania o płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, aktualną sytuację zdrowotną oraz o przekonania dotyczące wirusa SARS-CoV-2.

Procedura analizy danych

Procedura analizy danych obejmowała przeprowadzenie analizy profili latentnych na podstawie dwóch zmiennych: poziomu negatywnego stanu emocjonalnego oraz dobrostanu, a także wykonanie testów różnic pomiędzy wyłoniętymi profilami latentnymi w zakresie cech osobowości, poziomu pozytywnego zdrowia psychicznego, poziomu odczuwanych zagrożeń związanych z COVID-19, sytuacji zdrowotnej, przekonań dotyczących wirusa SARS-CoV-2 oraz zmiennych demograficznych tj. płci, wieku oraz stanu cywilnego. W przypadku zmiennych ilościowych (poza wiekiem) w analizach uwzględniono wyniki średnie. Wszystkie analizy przeprowadzono za pomocą pakietu IBM SPSS Statistics v. 23 oraz pakietu mclust w programie R.

WYNIKI

Statystyki opisowe badanych zmiennych wraz ze wskaźnikami rzetelności ich pomiaru (współczynniki α Cronbacha) przedstawiono w tabeli 1. W przypadku wszystkich zmiennych oprócz wieku i stresorów związanych ze zmianą sposobu nauki i pracy w pandemii wartości skośności i kurtozy mieściły się w granicach +/- 1.

Tabela 1

Statystyki opisowe oraz współczynniki rzetelności pomiaru badanych zmiennych

| Zmienne | <i>M (SE)</i> | <i>SD</i> | Skośność (<i>SE</i>) | Kurtoza (<i>SE</i>) | α |
|------------------------------|---------------|-----------|------------------------|-----------------------|----------|
| DASS | 1,89 (0,02) | 0,68 | 0,73 (0,09) | -0,14 (0,17) | 0,95 |
| SWLS | 4,45 (0,04) | 1,21 | -0,24 (0,09) | -0,48 (0,17) | 0,85 |
| NEU | 3,42 (0,03) | 0,83 | -0,14 (0,09) | -0,46 (0,17) | 0,76 |
| EKS | 3,16 (0,03) | 0,97 | -0,06 (0,09) | -0,67 (0,17) | 0,85 |
| SUM | 3,23 (0,03) | 0,90 | -0,22 (0,09) | -0,50 (0,17) | 0,76 |
| UGD | 3,98 (0,02) | 0,68 | -0,68 (0,09) | 0,39 (0,17) | 0,68 |
| INT | 3,81 (0,02) | 0,69 | -0,36 (0,09) | -0,27 (0,17) | 0,65 |
| PMH | 2,78 (0,02) | 0,60 | -0,28 (0,09) | -0,02 (0,17) | 0,90 |
| Wiek | 25,81 (0,27) | 7,77 | 1,25 (0,09) | 0,52 (0,17) | ND |
| Stresory związane z COVID-19 | | | | | |
| Izolacja/ograniczenia | 2,83 (0,03) | 0,77 | -0,35 (0,09) | -0,60 (0,17) | 0,71 |
| Ekonomiczno-materialne | 2,08 (0,03) | 0,89 | 0,48 (0,09) | -0,84 (0,17) | 0,80 |
| Doświadczenia covidowe | 1,57 (0,02) | 0,55 | 0,99 (0,09) | 0,65 (0,17) | 0,61 |
| Zmiany w nauce/pracy | 2,51 (0,03) | 0,96 | -0,04 (0,09) | -1,06 (0,17) | 0,69 |
| Zagrożenie zdrowia | 2,47 (0,03) | 0,76 | 0,02 (0,09) | -0,50 (0,17) | 0,57 |

Adnotacja. *M* – średnia, *SE* – błąd standardowy, *SD* – odchylenie standardowe, α – współczynnik α Cronbacha, DASS – poziom negatywnego stanu emocjonalnego, NEU – neurotyczność, EKS – ekstrawersja, SUM – sumiennosc, UGD – ugodowosc, INT – intelekt, SWLS – poziom satysfakcji z życia, PMH – poziom pozytywnego zdrowia psychicznego.

Współczynniki korelacji

W tabeli 2 przedstawiono współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi.

Tabela 2
Współczynniki korelacji pomiędzy zmiennymi

| Zmienne/ narzędzia | DASS | SWLS | NEU | EKS | SUM | UGD | INT | PMH | Izolacja/ ograniczenia | Ekono- miczno- mate- rialne | Dośw. covidowe | Zmiany w nauce/ pracy | Zagroże- nie zdrowia | Wiek | Sytuacja zdro- wotna |
|----------------------------------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|---------|---------------------------|--------------------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|
| SWLS | -0,41* | | | | | | | | | | | | | | |
| NEU | 0,60** | -0,45** | | | | | | | | | | | | | |
| EKS | -0,18** | 0,25** | -0,25** | | | | | | | | | | | | |
| SUM | -0,16** | 0,15** | -0,13** | 0,00 | | | | | | | | | | | |
| UGD | 0,00 | 0,08* | 0,07* | 0,24** | 0,08* | | | | | | | | | | |
| INT | -0,06 | 0,17** | -0,12** | 0,28** | 0,00 | 0,15** | | | | | | | | | |
| PMH | -0,53** | 0,69** | -0,65** | 0,40** | 0,20** | 0,09** | 0,26** | | | | | | | | |
| Izolacja/ ograniczenia | 0,25** | -0,15** | 0,20** | 0,13** | -0,05 | 0,20** | 0,04 | -0,10** | | | | | | | |
| Ekonomicz- no-mate- rialne | 0,13** | -0,16** | 0,07* | 0,04 | 0,00 | 0,04 | 0,03 | -0,06 | 0,23** | | | | | | |
| Dośw. covidowe | 0,14** | 0,05 | 0,10** | 0,06 | -0,03 | 0,04 | 0,02 | -0,03 | 0,10** | 0,09* | | | | | |
| Zmiany w nauce/ pracy | 0,25** | -0,12** | 0,13** | 0,01 | 0,02 | 0,07 | -0,04 | -0,13** | 0,31** | 0,14** | 0,12** | | | | |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| Zmienne/ narzędzia | DASS | SWLS | NEU | EKS | SUM | UGD | INT | PMH | Izolacja/ ogranicze- nia | Ekono- miczno- mate- rialne | Dośw. covidowe | Zmiany w nauce/ pracy | Zagroże- nie zdrowia | Wiek | Sytuacja zdro- wotna |
|----------------------------|---------|--------|---------|---------|-------|---------|-------|--------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------------------|------|----------------------------|
| Zagrożenie zdrowia | 0,14** | 0,02 | 0,15** | -0,09** | 0,01 | 0,10** | -0,03 | -0,07* | 0,18** | 0,18** | 0,19** | 0,31** | | | |
| Wiek | -0,15** | 0,11** | -0,23** | -0,04 | 0,05 | -0,12** | 0,04 | 0,10** | -0,18** | -0,05 | 0,00 | 0,01 | 0,01 | | |
| Sytuacja zdrowotna | 0,08* | 0,02 | 0,04 | 0,05 | -0,05 | 0,02 | 0,03 | -0,01 | 0,05 | 0,10** | 0,35** | 0,04 | 0,03 | 0,04 | |
| Przekonania dot. wirusa | 0,09* | 0,07* | 0,02 | -0,04 | 0,05 | 0,01 | 0,05 | -0,01 | -0,06 | -0,04 | 0,10** | 0,05 | 0,31** | 0,03 | 0,04 |

Adnotacja. Wyjaśnienia skrótów analogiczne jak w tabeli 1.

* $p < 0,01$, ** $p < 0,05$.

Wyłonienie skal stresorów związanych z pandemią COVID-19

Pięć skal stresorów związanych z pandemią COVID-19 wyodrębniono na podstawie eksploracyjnej analizy czynnikowej (metoda Osi Głównych z rotacją Oblimin), której poddano 17 pozycji. Uzyskano pięć czynników, w skład których weszły następujące pozycje (współczynniki rzetelności skal zamieszczono w tabeli 1; wartości ładunków czynnikowych zamieszczono w *Załączniku A*):

1. Stresory związane z izolacją i ograniczeniami – trzy pozycje dotyczące izolacji od ludzi i ograniczenia kontaktów z ludźmi, rezygnacji z aktywności (sportowych i/lub kulturalnych) oraz poczucia samotności.
2. Stresory ekonomiczno-materialne – trzy pozycje dotyczące pogorszenia sytuacji finansowej, obaw o pogorszenie sytuacji materialnej oraz utratę możliwości pracy.
3. Stresory związane z doświadczeniami covidowymi – trzy pozycje dotyczące wystąpienia choroby COVID-19 wśród bliższej rodziny lub znajomych, dalszej rodziny lub znajomych oraz bezpośredniego kontaktu z osobami zakażonymi.
4. Stresory związane ze zmianami w sposobie nauki lub pracy – dwie pozycje dotyczące stresu związanego ze zmianą stylu nauki lub pracy oraz zwiększenia obciążenia pracą.
5. Stresory związane z zagrożeniem zdrowia – dwie pozycje dotyczące obaw o zakażenie oraz konieczności kontaktu z ludźmi na zewnątrz.

Analiza profili latentnych

W celu zidentyfikowania grup osób o podobnym poziomie dobrostanu psychicznego zastosowano analizę profili latentnych, w której uwzględniono dwie zmienne: poziom negatywnego stanu emocjonalnego oraz satysfakcji z życia. Optymalny model oraz liczbę profili określono za pomocą Bayesowskiego kryterium informacyjnego (*Bayesian Information Criterion* – BIC), dla uzyskanego rozwiązania policzono także współczynniki kryterium informacyjnego Akaike (*Akaike Information Criterion* – AIC) oraz test ilorazu wiarygodności z użyciem metody bootstrap (*Bootstrapped Likelihood Ratio Test* – BLRT; Berlin, Parra, Williams, 2014; Nylund, Asparouhov, Muthen, 2007). AIC i BIC informują o dopasowaniu modelu, przy czym niższe wartości wskazują na poprawę jego dopasowania, zaś istotny statystycznie wynik testu BLRT ($p < 0,05$) wskazuje

na to, że dany model jest preferowany w stosunku do modelu o mniejszej o jeden liczbie profili. Analizie poddano modele o liczbie profili od 1 do 5.

Uzyskane wartości BIC preferowały model pozwalający na estymację wariancji pomiędzy profilami i brak estymacji kowariancji. Wartości AIC, BIC oraz istotność testu BLRT wskazały na to, że model z trzema profilami jest najlepiej dopasowany do danych, jednocześnie pozwalając na wyodrębnienie rozwiązania spójnego teoretycznie. Wartość entropii wydaje się być poniżej oczekiwań, jednak jest to miara wrażliwa na wielkość próby, najbardziej wiarygodna przy $N = 50-100$ (Wang, Deng, Bi, Ye, Yang, 2017), a wartości prawdopodobieństwa są wysokie w przypadku przynależności do przypisanego profilu i niskie w przypadku pozostałych dwóch profili (tabela 3).

Tabela 3

Poziom prawdopodobieństwa przynależności do profilu

| Prawdopodobieństwo przynależności do profilu | Profil 1 | Profil 2 | Profil 3 |
|--|----------|----------|----------|
| Profil 1 | 0,78 | 0,17 | 0,05 |
| Profil 2 | 0,12 | 0,88 | 0,00 |
| Profil 3 | 0,19 | 0,02 | 0,78 |

Adnotacja. Średni poziom niepewności wnioskowania $M = 0,19$.

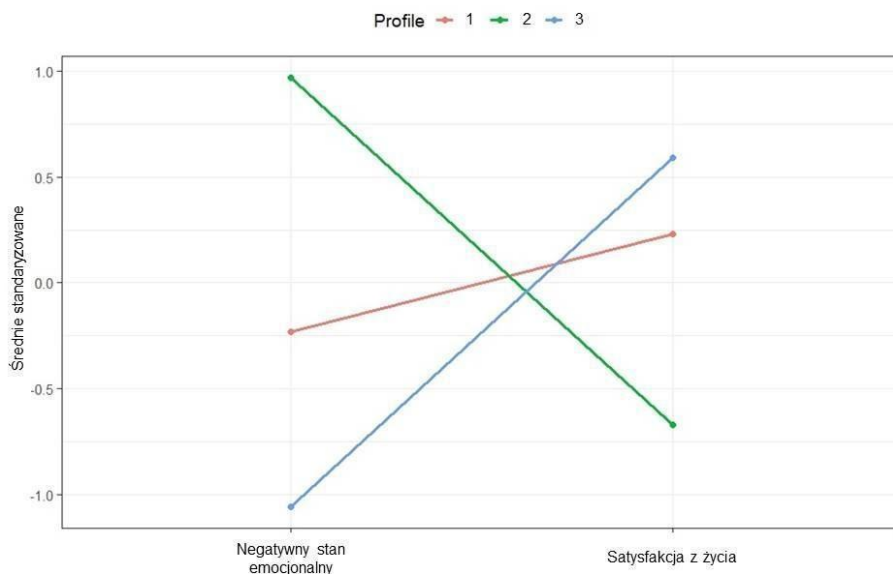
Wskaźniki dopasowania modeli przedstawiono w tabeli 4, zaś poziom negatywnego stanu emocjonalnego oraz satysfakcji z życia w postaci standaryzowanych średnich dla poszczególnych profili zaprezentowano na rysunku 1.

Tabela 4

Dopasowanie modeli wyodrębnionych na podstawie analizy profili latentnych

| Model | AIC | BIC | Entropia | BLRT | |
|-----------|---------|---------|----------|---------|-------|
| | | | | Wartość | p |
| 1 profil | 4716,87 | 4735,76 | - | - | |
| 2 profile | 4428,16 | 4470,65 | 0,65 | 298,72 | 0,001 |
| 3 profile | 4356,30 | 4422,40 | 0,60 | 81,85 | 0,001 |
| 4 profile | 4358,10 | 4447,81 | 0,58 | 8,20 | 0,126 |
| 5 profili | 4359,96 | 4473,28 | 0,57 | 8,14 | 0,184 |

Adnotacja. AIC – kryterium informacyjne Akaike, BIC – Bayesowskie kryterium informacyjne, BLRT – test ilorazu wiarygodności z użyciem metody bootstrap, p – poziom istotności.



Rysunek 1. Wyniki analizy profili latentnych: trzy profile bazujące na wskaźniku negatywnego stanu emocjonalnego oraz poziomie satysfakcji z życia.

Profil pierwszy ($n = 346$, 42% całej próby) uwzględnia osoby o średnim nasileniu negatywnego stanu emocjonalnego oraz o średnim poziomie satysfakcji z życia. Określono go jako profil o „umiarkowanym poziomie dobrostanu psychicznego”. Profil drugi ($n = 258$, 31% próby) uwzględnia osoby o wysokim nasileniu negatywnego stanu emocjonalnego oraz niskim poziomie satysfakcji z życia. Profil ten określono jako profil o „niskim poziomie dobrostanu psychicznego”. Profil trzeci ($n = 226$, 27% próby) uwzględnia osoby o wysokim poziomie satysfakcji z życia oraz niskim poziomie negatywnego stanu emocjonalnego. Określono go jako profil o „wysokim poziomie dobrostanu psychicznego”. Różnica w liczebności pomiędzy wyodrębnionymi profilami jest istotna statystycznie ($\chi^2[2] = 46,63$; $p < 0,001$), zatem najwięcej osób zaklasyfikowano do profilu pierwszego o umiarkowanym poziomie dobrostanu psychicznego, zaś najmniej – do profilu trzeciego o wysokim poziomie dobrostanu.

Wszystkie trzy profile różniły się między sobą istotnie statystycznie pod względem zarówno negatywnego poziomu emocjonalnego ($F[2, 827] = 1280,23$; $p < 0,001$), jak i poziomu satysfakcji z życia ($F[2, 827] = 180,10$; $p < 0,001$). Osoby o wysokim poziomie dobrostanu psychicznego cechują się niższym poziomem

negatywnego stanu emocjonalnego i wyższym poziomem satysfakcji z życia niż osoby o umiarkowanym i niskim poziomie dobrostanu psychicznego. Te ostatnie zaś wykazują wyższy poziom negatywnego stanu emocjonalnego i niższy satysfakcji z życia niż osoby o umiarkowanym dobrostanie. Wyniki te weryfikują trafność uzyskanego rozwiązania (zob. tabela 4).

Porównania pomiędzy profilami

Przynależność do profili zapisano na podstawie poziomu prawdopodobieństwa przynależności do profilu (*higher posterior probabilities*). W odniesieniu do pięciu wielkich cech osobowości odnotowano istotne różnice pomiędzy profilami w przypadku trzech skal: neurotyczności, ekstrawersji i sumienności ($F[2, 827] = 250,56; p < 0,001$ dla neurotyczności, $F[2, 827] = 21,40; p < 0,001$ dla ekstrawersji i $F[2, 827] = 13,18; p < 0,001$ dla sumienności); różnice w średnich ugodowości i intelektu okazały się nieistotne statystycznie. Osoby o niskim poziomie dobrostanu psychicznego, w porównaniu do osób o umiarkowanym oraz wysokim poziomie dobrostanu, charakteryzują się najwyższym poziomem neurotyczności i najniższym poziomem ekstrawersji oraz sumienności. Z kolei osoby o wysokim poziomie dobrostanu psychicznego wykazują najniższy poziom neurotyczności, a najwyższy – ekstrawersji i sumienności. Poziom cech osobowości osób o umiarkowanym poziomie dobrostanu lokuje się pomiędzy profilami o niskim i wysokim dobrostanie i różnice te również są istotne statystycznie.

Najwyższy poziom pozytywnego zdrowia psychicznego wykazują osoby o wysokim poziomie dobrostanu psychicznego, najniższy – osoby o niskim poziomie dobrostanu, zaś umiarkowany – te o umiarkowanym dobrostanie, a różnice pomiędzy wszystkimi profilami okazały się istotne statystycznie ($F[2, 827] = 227,53; p < 0,001$).

Kolejna grupa porównań dotyczyła poziomu poszczególnych stresorów związanych z pandemią COVID-19. Istotne różnice odnotowano dla wszystkich pięciu skal ($F[2, 827] = 20,76; p < 0,001$ dla skali izolacji/ograniczeń; $F[2, 827] = 7,17; p = 0,001$ dla skali stresorów ekonomiczno-materialnych; $F[2, 827] = 6,41; p = 0,002$ dla skali doświadczeń covidowych; $F[2, 827] = 20,59; p < 0,001$ dla skali zmian w nauce i/lub pracy oraz $F[2, 827] = 7,31; p = 0,001$ dla skali zagrożenia zdrowia). Osoby o najniższym poziomie dobrostanu wskazywały na odczuwanie silniejszych stresorów związanych z ograniczeniem

i izolacją, zmianami w sposobie nauki i/lub pracy oraz ekonomiczno-materialnych w porównaniu do osób z pozostałych dwóch profili oraz na częstsze doświadczenia covidowe i wyższe poczucie zagrożenia zdrowia niż osoby o wysokim poziomie dobrostanu. Osoby o umiarkowanym poziomie dobrostanu psychicznego wskazywały na wyższe nasilenie stresorów związanych z izolacją i ograniczeniem, doświadczeniami covidowymi oraz poczuciem zagrożenia zdrowia w porównaniu do osób o wysokim dobrostanie.

Istotne różnice uzyskano także dla wieku ($F[2, 827] = 9,17; p < 0,001$): osoby o niskim poziomie dobrostanu psychicznego okazały się być istotnie młodsze od osób o umiarkowanym i wysokim dobrostanie (różnica pomiędzy pozostałymi dwoma profilami była nieistotna).

Porównania średnich pomiędzy profilami zamieszczono w tabeli 5.

Tabela 5

Wartości średnich i odchyłeń standardowych dla poszczególnych profili wraz ze wskaźnikiem siły efektu

| Zmienne | Pierwszy profil (umiarkowany poziom dobrostanu) <i>M (SD)</i> | Drugi profil (niski poziom dobrostanu) <i>M (SD)</i> | Trzeci profil (wysoki poziom dobrostanu) <i>M (SD)</i> | <i>d</i> Cohena | | |
|-----------------------------|---|---|---|-----------------|---------|---------|
| | | | | 1 vs. 2 | 2 vs. 3 | 1 vs. 3 |
| DASS | 1,77 (0,27) | 2,68 (0,50) | 1,15 (0,12) | 2,36** | 4,09** | 2,78** |
| SWLS | 4,73 (0,94) | 3,48 (1,11) | 5,11 (1,00) | 1,23** | 1,55** | 0,40** |
| NEU | 3,38 (0,67) | 4,06 (0,59) | 2,74 (0,69) | 1,07** | 2,07** | 0,94** |
| EKS | 3,19 (0,94) | 2,88 (0,99) | 3,44 (0,90) | 0,32** | 0,58** | 0,27** |
| SUM | 3,23 (0,90) | 3,03 (0,90) | 3,45 (0,85) | 0,22* | 0,48** | 0,25** |
| UGD | 3,99 (0,67) | 3,95 (0,73) | 3,99 (0,65) | 0,06 | 0,06 | 0,00 |
| INT | 3,81 (0,68) | 3,74 (0,74) | 3,88 (0,66) | 0,10 | 0,20 | 0,10 |
| PMH | 2,88 (0,45) | 2,29 (0,53) | 3,19 (0,48) | 1,22** | 1,77** | 0,67** |
| Izolacja/ ograniczenia | 2,85 (0,73) | 3,02 (0,79) | 2,58 (0,75) | 0,24* | 0,58** | 0,37** |
| Ekonomiczno- -materialne | 2,07 (0,86) | 2,24 (0,95) | 1,94 (0,84) | 0,19* | 0,34** | 0,16** |
| Dośw. covidowe | 1,60 (0,56) | 1,64 (0,62) | 1,47 (0,44) | 0,07 | 0,31** | 0,25* |
| Zmiany w nauce/ pracy | 2,45 (0,92) | 2,80 (0,98) | 2,27 (0,92) | 0,37** | 0,55** | 0,20 |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| Zmienne | Pierwszy profil (umiarkowany poziom dobrostanu) <i>M (SD)</i> | Drugi profil (niski poziom dobrostanu) <i>M (SD)</i> | Trzeci profil (wysoki poziom dobrostanu) <i>M (SD)</i> | <i>d</i> Cohena | | |
|-----------------------|---|---|---|-----------------|---------|---------|
| | | | | 1 vs. 2 | 2 vs. 3 | 1 vs. 3 |
| Zagrożenie zdrowia | 2,48 (0,73) | 2,59 (0,79) | 2,32 (0,76) | 0,13 | 0,32** | 0,21* |
| Wiek | 26,24 (8,04) | 24,17 (6,59) | 27,01 (8,29) | 0,28** | 0,38** | 0,67 |

Adnotacja. *M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe. Porównania średnich dokonano za pomocą jednoczynnikowej analizy wariancji z testami post-hoc Bonferroniego lub Gamesa–Howella, w zależności od spełnienia założenia o homogeniczności wariancji zmiennych. Siłę różnic średnich pomiędzy profilami policzono za pomocą współczynnika *d* Cohena. Wyjaśnienia skrótów analogiczne do tych w tabeli 1.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Kolejne porównania dotyczyły przejścia choroby COVID-19 oraz przekonań na temat wirusa (tylko te ostatnie okazały się istotne statystycznie: $\chi^2[12] = 18,24$; $p = 0,006$). Osoby o różnym poziomie dobrostanu nie różniły się istotnie pod względem przechorowania COVID-19 w momencie przeprowadzania badania. Zdecydowana większość osób wskazała, że wierzy w wirusa (tylko 2 osoby w grupie o niskim oraz 3 w grupie o wysokim poziomie dobrostanu stwierdziło, że nie wierzy w występowanie wirusa SARS-CoV-2). Osoby o umiarkowanym poziomie dobrostanu najczęściej wskazywały, że informacje przekazywane w mediach są przesadzone ($n = 177$; 51,2%), wiarygodne ($n = 81$; 23,4%) lub niedoszacowane ($n = 88$; 25,4%). W niedoszacowanie oraz wyolbrzymianie prezentowanych przez media informacji najrzadziej wierzyły osoby o wysokim dobrostanie (kolejno: $n = 45$; 21,0% i $n = 109$; 50,9%). Osoby o niskim poziomie dobrostanu najrzadziej uznawały prezentowane dane za wiarygodne ($n = 60$; 28,0%).

Profile nie różniły się istotnie pod względem liczby kobiet i mężczyzn ($\chi^2[2] = 4,21$; $p = 0,122$) oraz miejsca zamieszkania ($\chi^2[8] = 4,93$; $p = 0,765$). Istotne różnice odnotowano w stosunku do stanu cywilnego ($\chi^2[1] = 1,02$; $p = 0,025$): najwięcej osób w stałym związku było w grupie o umiarkowanym ($n = 224$; 45,0%), a najmniej ($n = 136$; 27,0%) – w grupie o niskim poziomie dobrostanu psychicznego. W tej ostatniej grupie było najwięcej osób samotnych ($n = 119$; 38,0%), najmniej zaś w grupie o wysokim dobrostanie ($n = 80$; 25,0%). Osoby rozwiedzione lub owdowiałe zasilały w podobnym stopniu każdy z profili. Było ich po 5 w grupach o umiarkowanym i wysokim dobrostanie oraz 3 w grupie o niskim poziomie dobrostanu psychicznego.

DYSKUSJA

Przeprowadzone badanie miało na celu porównanie osób o różnym poziomie dobrostanu psychicznego pod kątem ich cech osobowości, poziomu pozytywnego zdrowia psychicznego, poczucia stresu związanego z pandemią COVID-19, zachorowania na COVID-19, przekonań na temat wirusa oraz zmiennych demograficznych. Badanie przeprowadzono w okresie pandemii COVID-19. W tym czasie najwięcej osób z przebadanej próby cechowało się umiarkowanym poziomem dobrostanu psychicznego, zaś najmniej – wysokim dobrostanem. Znaczący odsetek osób wykazywał niski dobrostan. Wydaje się zatem, że pandemia wywarła istotny i negatywny wpływ na samopoczucie i funkcjonowanie większości studiujących osób, które wzięły udział w badaniu, choć należy mieć na uwadze to, że poziom dobrostanu sprzed okresu pandemii nie był w tym badaniu kontrolowany. Wcześniej negatywny wpływ pandemii na dobrostan i samopoczucie studentów odnotowali m.in. Ahammed i in. (2021), Charles i in. (2021) oraz Copeland i in. (2021).

W odniesieniu do cech osobowości różnice pomiędzy profilami osób o różnym poziomie dobrostanu odnotowano tylko w przypadku neurotyczności, ekstrawersji i sumienności. Jest to wynik spójny z rezultatami uzyskanymi przez innych badaczy (m.in. Ahmed i in., 2021; Kocjan i in., 2021; Nikčević i in., 2021; Zawadzki i in., 2022). Cechy te stanowią czynnik chroniący w sytuacji pandemii COVID-19 w grupie studentów.

Jak wspomniano we *Wstępie*, neurotyczność wykazywała dodatnie związki z odczuwanym stresem w wielu poprzednich badaniach (por. m.in. Lahey, 2009; Lehto, Maestu, Kiive, Veidebaum, Harro, 2016; Schneider, 2004) i analogiczne wyniki uzyskano w przypadku stresorów powiązanych z pandemią. Osoby neurotyczne cechują się wyższą depresyjnością i lękowością (Chu i in., 2020; Li i in., 2020; Paulus, Vanwoerden, Norton, Sharp, 2016; Wardenaar, van Veen, Giltay, Zitman, Penninx, 2014), nie dziwią zatem dodatnie korelacje między neurotycznością a poziomem odczuwanych w pandemii stresorów.

Ekstrawersja również okazała się czynnikiem chroniącym – jej wyższy poziom związany był z mniejszym poczuciem zagrożenia zdrowia i z wyższym poziomem pozytywnego zdrowia psychicznego. Jednocześnie była też dodatnio powiązana z silniejszym odczuwaniem izolacji społecznej, ograniczenia kontaktów i aktywności w okresie pandemii. Wydaje się, że aspekt poszukiwania doznań w postaci kontaktów społecznych i aktywności nie był istotniejszy od innej cechy osób ekstrawertywnych – pozytywnej emocjonalności, choć

ta konkluzja wymagałaby dalszej weryfikacji z wykorzystaniem pomiaru ekstrawersji w rozbiciu na podwymiary.

Również sumienność okazała się czynnikiem chroniącym, będąc jednocześnie dodatnio powiązana z pozytywnym zdrowiem psychicznym i niezwiązana z odczuwaniem stresorów charakterystycznych dla pandemii COVID-19. Wydaje się zatem, że podobnie jak ekstrawersja – wyższa sumienność w mniejszym stopniu chroniła przed odczuwaniem stresu, zaś bardziej sprzyjała odczuwaniu pozytywnych emocji.

Co istotne, poziom dobrostanu nie zależał od choroby COVID-19 – porównywalna liczba osób w każdej grupie wskazywała na możliwość przejścia COVID-19. Istotne i ciekawe różnice odnotowano natomiast w odniesieniu do przekonań na temat wirusa SARS-CoV-2. Praktycznie wszystkie przebadane osoby wierzyły w występowanie wirusa, różniły się jednak wiarą w przekazywane medialnie informacje. Osoby o najniższym dobrostanie najrzadziej uznawały przekazywane informacje za wiarygodne. Osoby o wysokim dobrostanie najrzadziej uważały, że te informacje są przesadzone lub niedoszacowane. Osoby o umiarkowanym poziomie dobrostanu wierzyły porównywalnie w każdą opcję – przeszacowane, niedoszacowane i wiarygodne przekazywanie informacji. Wiara w wiarygodność przekazywanych informacji cechowała zatem osoby o wysokim dobrostanie, stanowiąc być może kolejny czynnik chroniący. Niewykluczone, że założenie o manipulowaniu przekazywanymi informacjami lub braku odgórnej kontroli nad rozprzestrzenianiem się wirusa (z czego mogłyby wynikać nieprawdziwe oszacowania dotyczące zachorowań), stanowiły źródło dodatkowego stresu, obniżającego poziom dobrostanu psychicznego.

Podsumowując, osoby o niskim dobrostanie psychicznym charakteryzowały się wysoką neurotycznością, niską ekstrawersją i sumiennością, niskim poziomem pozytywnego zdrowia psychicznego, były to też osoby trochę młodsze niż w pozostałych grupach, oraz te, które doświadczyły najwięcej stresorów powiązanych z COVID-19. W znaczącym stopniu dotknęła ich izolacja społeczna, ograniczenie kontaktów i aktywności, doświadczenia COVID-19 w bliższym i dalszym otoczeniu, negatywne zmiany ekonomiczne, zmiany w zakresie nauki i pracy oraz obawy o zdrowie. Były to osoby, które najrzadziej uznawały medialne doniesienia o wirusie za wiarygodne.

Osoby o wysokim dobrostanie cechowały się niską neurotycznością, wysoką ekstrawersją i sumiennością oraz wysokim poziomem pozytywnego zdrowia psychicznego. Wskazywały one na to, że stresory związane z pandemią dotyczyły ich w mniejszym stopniu, najrzadziej uznawały one przekazywane medialnie za niedoszacowane lub przeszacowane.

Osoby o umiarkowanym poziomie dobrostanu psychicznego charakteryzowały się umiarkowaną neurotycznością, ekstrawersją i sumiennością oraz umiarkowanym poziomem pozytywnego zdrowia psychicznego. W umiarkowanym stopniu dotyczyły ich stresory związane z pandemią. Były to osoby, które najczęściej uznawały, że informacje o wirusie są wiarygodne, przeszacowane i niedoszacowane.

Warto zwrócić uwagę na to, że różnice pomiędzy profilami, choć istotne statystycznie, były silne tylko w przypadku poziomu dobrostanu, pozytywnego zdrowia psychicznego i neurotyczności, zaś umiarkowane i słabe w przypadku ekstrawersji, sumienności, wieku oraz stresorów związanych z COVID-19.

Uzyskane rezultaty sugerują, że rola czynników osobowościowych, a w szczególności neurotyczności jest bardzo istotna dla poziomu dobrostanu psychicznego w stanie aktualnej pandemii. Neurotyczność i poziom pozytywnego zdrowia psychicznego są silniej powiązane z dobrostanem psychicznym niż pozostałe cechy osobowości oraz poziom odczuwanego stresu. Do podobnych wniosków doszli wcześniej Anglim i Horwood (2021). W kolejnych badaniach warto zweryfikować wpływ poziomu neurotyczności na odbiór odczuwanych sytuacji stresujących oraz potencjalne interakcje. Jest bowiem możliwe, że osoby o wyższym poziomie neurotyczności były obiektywnie bardziej narażone na odczuwanie negatywnego wpływu pandemii poprzez m.in. wykonywanie pracy, która została w znaczącym stopniu lub całkowicie ograniczona w wyniku pandemii.

Istotna rola cech osobowości dla poziomu dobrostanu to dobra wiadomość dla osób o mniej sprzyjającej konfiguracji cech osobowościowych. Gdyby poziom dobrostanu całkowicie zależał od poziomu doświadczanych stresorów, wtedy jedyną strategią (z góry skazaną na niepowodzenie) byłoby ich maksymalne unikanie. Aktualna wiedza pozwala nam stwierdzić nie tylko to, że odbiór stresorów jest bardzo istotny, ale że zarówno poziom dobrostanu, jak i cechy osobowościowe podlegają korzystnym zmianom w wyniku skutecznych interwencji psychologicznych (Armstrong, Rimes, 2016; Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis, Ellard, 2014; Weiss, Westerhof, Bohlmeijer, 2016).

Ograniczenia dla wniosków wyciąganych na podstawie wyników tego badania dotyczą tego, iż dokonano pomiaru poprzecznego, a zbadana próba ograniczona była do studentów dwóch uniwersytetów z jednego miasta. Ponadto w ankiecie nie uwzględniono pytań o kierunek studiów. Wystąpiła też znaczna przewaga kobiet. Choć wartość entropii jest poniżej oczekiwań ($> 0,80$) i wskazuje na to, że profile nie są do końca rozłączne, to wciąż prawdopodobieństwo

przynależności do profilu jest wysokie. Natomiast zaletą przeprowadzonego badania jest ocena poziomu dobrostanu psychicznego na podstawie dwóch rodzajów zmiennych, uwzględniających zarówno pozytywny, jak i negatywny aspekt funkcjonowania (satisfakcję z życia i negatywny stan emocjonalny).

BIBLIOGRAFIA

- Ahammed, B., Jahan, N., Seddeque, A., Hossain, T., Shovo, T., Khan, B., ... Islam, N. (2021). Exploring the association between mental health and subjective sleep quality during the COVID-19 pandemic among Bangladeshi university students. *Heliyon*, 7(5), e07082. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07082>
- Ahmed, O., Hossain, K. N., Siddique, R. F., Jobe, M. C. (2021). COVID-19 fear, stress, sleep quality and coping activities during lockdown, and personality traits: A person-centered approach analysis. *Personality and Individual Differences*, 178, 110873. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110873>
- Anglim, J., Horwood, S. (2021). Effect of the COVID-19 pandemic and Big Five personality on subjective and psychological well-being. *Social Psychological and Personality Science*, 12(8), 1527–1537. <https://doi.org/10.1177/1948550620983047>
- Anglim, J., Horwood, S., Smillie, L. D., Marrero, R. J., Wood, J. K. (2020). Predicting psychological and subjective well-being from personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 146(4), 279–323. <https://doi.org/10.1037/bul0000226>
- Armstrong, L., Rimes, K. A. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for neuroticism (stress vulnerability): A pilot randomized study. *Behavior Therapy*, 47(3), 287–298. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.12.005>
- Arora, T., Grey, I., Östlundh, L., Lam, K., Omar, O. M., Arnone, D. (2020). The prevalence of psychological consequences of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Health Psychology*, 27(4), 805–824. <https://doi.org/10.1177/1359105320966639>
- Audet, É. C., Levine, S. L., Metin, E., Koestner, S., Barcan, S. (2021). Zooming their way through university: Which big 5 traits facilitated students' adjustment to online courses during the COVID-19 pandemic. *Personality and Individual Differences*, 180, 110969. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110969>
- Bareeqa, S. B., Ahmed, S. I., Samar, S. S., Yasin, W., Zehra, S., Monese, G. M., Gouthro, R. V. (2021). Prevalence of depression, anxiety and stress in China during COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 56(4), 210–227. <https://doi.org/10.1177/0091217420978005>

- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., Ellard, K. K. (2014). The nature diagnosis, and treatment of neuroticism back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344–365. <https://doi.org/10.1177/2167702613505532>
- Berlin, K. S., Parra, G. R., Williams, N. A. (2014). An introduction to latent variable mixture modeling (part 1): Overview and cross-sectional latent class and latent profile analyses. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(2), 174–187. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst084>
- Brindal, E., Ryan, J. C., Kakoschke, N., Golley, S., Zajac, I. T., Wiggins, B. (2021). Individual differences and changes in lifestyle behaviours predict decreased subjective well-being during COVID-19 restrictions in an Australian sample. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, fdab040. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab040>
- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., ... Labelle, P. R. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295, 113599. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- Charles, N. E., Strong, S. J., Burns, L. C., Bullerjahn, M. B., Serafine, K. M. (2021). Increased mood disorder symptoms, perceived stress, and alcohol use among college students during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 296, 113706. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113706>
- Chu, X., Liu, L., Wen, Y., Li, P., Cheng, B., Cheng, S., ... Zhang, F. (2020). A genome-wide multiphenotypic association analysis identified common candidate genes for subjective well-being, depressive symptoms and neuroticism. *Journal of Psychiatric Research*, 124, 22–28. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.02.012>
- Cooke, J. E., Eirich, R., Racine, N., Madigan, S. (2020). Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 292, 113347. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113347>
- Copeland, W. E., McGinnis, E., Bai, Y., Adams, Z., Nardone, H., Devadanam, V., ... Hudziak, J. J. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on college student mental health and wellness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 60(1), 134–141.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.08.466>
- Cuijpers, P., Smit, F., Penninx, B. W. J. H., de Graaf, R., ten Have, M., Beekman, A. T. F. (2010). Economic costs of neuroticism: A population-based study. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1086–1093. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.130>

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Długosz, P. (2021). Predictors of mental health after the first wave of the COVID-19 pandemic in Poland. *Brain Sciences*, 11(5), 544. <https://doi.org/10.3390/brainsci11050544>
- Donnellan, M. B., Oswald, F. L., Baird, B. M., Lucas, R. E. (2006). The Mini-IPIP scales: Tiny-yet-effective measures of the Big Five Factors of personality. *Psychological Assessment*, 18(2), 192–203. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.18.2.192>
- Gubler, D. A., Makowski, L. M., Troche, S. J., Schlegel, K. (2021). Loneliness and well-being during the covid-19 pandemic: Associations with personality and emotion regulation. *Journal of Happiness Studies*, 22(5), 2323–2342. <https://doi.org/10.1007/s10902-020-00326-5>
- Jahrami, H., BaHammam, A. S., Bragazzi, N. L., Saif, Z., Faris, M., Vitiello, M. V. (2021). Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM: Official Publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 17(2), 299–313. <https://doi.org/10.5664/jcsm.8930>
- Jankowski, K. S. (2015). Is the shift in chronotype associated with an alteration in well-being? *Biological Rhythm Research*, 46(2), 237–248. <https://doi.org/10.1080/09291016.2014.985000>
- Kocjan, G. Z., Kavčič, T., Avsec, A. (2021). Resilience matters: Explaining the association between personality and psychological functioning during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 100198. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.08.002>
- Krishnamoorthy, Y., Nagarajan, R., Saya, G. K., Menon, V. (2020). Prevalence of psychological morbidities among general population, healthcare workers and COVID-19 patients amidst the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 293, 113382. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113382>
- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64(4), 241–256. <https://doi.org/10.1037/a0015309>
- Lehto, K., Maestu, J., Kiive, E., Veidebaum, T., Harro, J. (2016). BDNF Val66Met genotype and neuroticism predict life stress: A longitudinal study from childhood to adulthood. *European Neuropsychopharmacology*, 26(3), 562–569. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.12.029>
- Li, Y., He, L., Zhuang, K., Wu, X., Sun, J., Wei, D., Qiu, J. (2020). Linking personality types to depressive symptoms: A prospective typology based on neuroticism,

- extraversion and conscientiousness. *Neuropsychologia*, 136, 107289. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2019.107289>
- Liu, S., Lithopoulos, A., Zhang, C., Garcia-Barrera, M. A., Rhodes, R. E. (2021). Personality and perceived stress during COVID-19 pandemic: Testing the mediating role of perceived threat and efficacy. *Personality and Individual Differences*, 168, 110351. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110351>
- Lovibond, P. F., Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lukat, J., Margraf, J., Lutz, R., van der Veld, W., Becker, E. S. (2016). Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *BMC Psychology*, 4, 8. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0111-x>
- Makara-Studzińska, M., Petkowicz, B., Urbańska, A., Petkowicz, J. (2022). *Polska wersja kwestionariusza DASS-21*. Niepublikowany maszynopis.
- Nikčević, A. V., Marino, C., Kolubinski, D. C., Leach, D., Spada, M. M. (2021). Modelling the contribution of the Big Five personality traits, health anxiety, and COVID-19 psychological distress to generalised anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 279, 578–584. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.053>
- Nudelman, G., Kamble, S. V., Otto, K. (2021). Can personality traits predict depression during the COVID-19 pandemic? *Social Justice Research*, 34(2), 218–234. <https://doi.org/10.1007/s11211-021-00369-w>
- Nylund, K. L., Asparouhov, T., Muthen, B. O. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling*, 14(4), 535–569. <https://doi.org/10.1080/10705510701575396>
- Paulus, D. J., Vanwoerden, S., Norton, P. J., Sharp, C. (2016). From neuroticism to anxiety: Examining unique contributions of three transdiagnostic vulnerability factors. *Personality and Individual Differences*, 94, 38–43. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.012>
- Prati, G., Mancini, A. D. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: A review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychological Medicine*, 51(2), 201–211. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000015>
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Impli-

- cations and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), e100213. <http://dx.doi.org/10.1136/gpsych-2020-100213>
- Ren, X., Huang, W., Pan, H., Huang, T., Wang, X., Ma, Y. (2020). Mental health during the Covid-19 outbreak in China: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 91(4), 1033–1045. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09796-5>
- Rettew, D. C., McGinnis, E. W., Copeland, W., Nardone, H. Y., Bai, Y., Rettew, J., ... Hudziak, J. J. (2021). Personality trait predictors of adjustment during the COVID pandemic among college students. *PLoS ONE*, 16(3), e0248895. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248895>
- Schneider, T. (2004). The role of neuroticism on psychological and physiological stress responses. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(6), 795–804. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2004.04.005>
- Sui, W., Gong, X., Zhuang, Y. (2021). The mediating role of regulatory emotional self-efficacy on negative emotions during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(3), 759–771. <https://doi.org/10.1111/inm.12830>
- Topolewska, E., Skimina, E., Strus, W., Ciecuch, J., Rowiński, T. (2014). Krótki kwestionariusz do pomiaru Wielkiej Piątki IPIP-BFM-20. *Roczniki Psychologiczne*, 17(2), 367–384.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, M.-C., Deng, Q., Bi, X., Ye, H., Yang, W. (2017). Performance of the entropy as an index of classification accuracy in latent profile analysis: A Monte Carlo simulation study. *Acta Psychologica Sinica*, 49(11), 1473–1482. <https://doi.org/10.3724/SP.J.1041.2017.01473>
- Wardenaar, K. J., van Veen, T., Giltay, E. J., Zitman, F. G., Penninx, B. W. J. H. (2014). The use of symptom dimensions to investigate the longitudinal effects of life events on depressive and anxiety symptomatology. *Journal of Affective Disorders*, 156, 126–133. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.004>
- Weiss, P., Murdoch, D. R. (2020). Clinical course and mortality risk of severe COVID-19. *The Lancet Psychiatry*, 395(10229), 1014–1015. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30633-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30633-4)
- Weiss, L. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T. (2016). Can we increase psychological well-being? The effects of interventions on psychological well-being: A meta-

- analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE*, 11(6), e0158092. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158092>
- Yeoul, H., Jihee, J., Eunsil, C., Kee-Hong, C. (2021). Investigating how individual differences influence responses to the COVID-19 crisis: The role of maladaptive and five-factor personality traits. *Personality and Individual Differences*, 176, 110786. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110786>
- Yeung, A. Y., Yuliawati, L., Cheung, S.-H. (2020). A systematic review and meta-analytic factor analysis of the Depression Anxiety Stress Scales. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 27(4), e12362. <https://doi.org/10.1037/h0101782>
- Zacher, H., Rudolph, C. W. (2021). Big five traits as predictors of perceived stressfulness of the COVID-19 pandemic. *Personality and Individual Differences*, 175, 110694. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110694>
- Zanini, D. S., Peixoto, E. M., Andrade, J. M. D., Tramonte, L. (2021). Practicing social isolation during a pandemic in Brazil: A description of psychosocial characteristics and traits of personality during COVID-19 lockout. *Frontiers in Sociology*, 6, 615232. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.615232>
- Zawadzki, B., Popiel, A., Bielecki, M., Mroziński, B., Pragłowska, E. (2022). Negatywne reakcje emocjonalne na stres pandemii wirusa SARS-CoV-2: rola stresorów, cech osobowości i poznawczych strategii regulacji emocji zorientowanych na unikanie. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 89–125). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial03>
- Zhao, Y., Guo, J., Liu, S., Aizezi, M., Zeng, Q., Sidike, A., ... Zhang, B. (2021). Prevalence and related factors of depression, anxiety, acute stress, and insomnia symptoms among medical staffs experiencing the second wave of COVID-19 pandemic in Xinjiang, China. *Frontiers in Public Health*, 9, 671400. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.671400>

ZAŁĄCZNIK A

Tabela A1

Wartości ładunków czynnikowych dla pozycji kwestionariusza dotyczącego stresorów związanych z pandemią COVID-19

| Pozycje | Czynniki | | | | |
|--|----------|--------|-------|--------|-------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Konieczność rezygnacji z ulubionych aktywności (np. zajęć sportowych, wydarzeń kulturalnych) | 0,725 | | | | |
| Poczucie izolacji i/lub ograniczenie kontaktów z przyjaciółmi, znajomymi | 0,876 | | | | |
| Samotność/brak bliskich osób | 0,786 | | | | |
| Pogorszenie sytuacji finansowej | | -0,905 | | | |
| Obawa o pogorszenie sytuacji materialnej lub utratę pracy własnej czy przez bliskie osoby | | -0,773 | | -0,305 | |
| Obawa o możliwość zakażenia lub rozwoju choroby u siebie czy kogoś bliskiego | | | | -0,843 | |
| Zwiększenie obciążenia nauką lub pracą (zwiększenie obowiązków, duże tempo nauki/pracy) | | | | | 0,879 |
| Stres związany ze zmianą sposobu nauki lub pracy (problem z dostępnością i jakością łącza internetowego, problem z dostępnością środków zabezpieczających, tj. rękawiczki, maseczki, płyn dezynfekcyjny) | 0,309 | | | | 0,851 |
| Konieczność bezpośredniego kontaktu z ludźmi na zewnątrz, którego nie dało się uniknąć | | | | -0,811 | |
| Bezpośredni kontakt z ludźmi zakażonymi | | | 0,656 | | |
| Utrata możliwości wykonywania pracy/możliwości zarobkowania | | -0,863 | | | |
| Choroba COVID-19 wśród najbliższych – rodzina/przyjaciele | | | 0,824 | | |
| Choroba COVID-19 w dalszej rodzinie/wśród znajomych | | | 0,766 | | |

Adnotacja. Metoda Osi Głównych, rotacja Oblimin z normalizacją Kaisera (67,77% wyjaśnionej wariancji). Zaprezentowano macierz ładunków czynnikowych (*pattern matrix*, z pominięciem macierzy korelacji czynnikowych oraz interkorelacji czynników).

NATALIA WOJTKOWIAK  <https://orcid.org/0000-0002-2096-8743>

KAROLINA HANSEN  <https://orcid.org/0000-0002-1556-4058>

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

Sprawczość i wspólnotowość a lęk i samopoczucie w trakcie pandemii COVID-19

Agency, communion, general anxiety and well-being during COVID-19 pandemic

Autor korespondencyjny: Natalia Wojtkowiak
e-mail: n.wojtkowiak3@student.uw.edu.pl

Sposób cytowania: Wojtkowiak, N., Hansen, K. (2022). Sprawczość i wspólnotowość a lęk i samopoczucie w trakcie pandemii COVID-19. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 157–181). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial05>

Streszczenie

Wraz z ogłoszeniem pandemii koronawirusa wiosną 2020 r. życie wielu ludzi uległo diametralnym zmianom, zanotowano także tendencję do pogarszania się ich funkcjonowania psychicznego. Płaszczyzny życia, które ucierpiały szczególnie, to bliskie relacje oraz realizacja indywidualnych planów. Odpowiadają one zakresem wymiarom wspólnotowości i sprawczości opisywanym w psychologii. Zarówno sprawczość, jak i wspólnotowość są rozumiane jako cechy osobowości i mogą osiągać bardzo wysoki poziom – określane są wówczas jako niepoahamowane. Celem naszych badań było zbadanie związku między sprawczością, wspólnotowością, niepoahamowanymi komponentami tych wymiarów oraz lękiem uogólnionym i samopoczuciem w trakcie pandemii, z uwzględnieniem spostrzeganego wpływu pandemii na bliskie relacje i cele osobiste. Badanie internetowe ($N = 176$) zostało przeprowadzone w lutym 2021 r. Jedynie wysoka sprawczość wiązała się ze znacząco lepszym samopoczuciem oraz mniejszym nasileniem objawów lęku uogólnionego. Niepoahamowana sprawczość, niepoahamowana wspólnotowość, a także wysoki spostrzegany wpływ pandemii na cele osobiste i bliskie relacje były z kolei charakterystyczne dla osób doświadczających silnych objawów lęku uogólnionego i niskiego samopoczucia. Im większy był spostrzegany wpływ pandemii na cele osobiste, tym silniejszy był związek niepoahamowanej sprawczości z niskim samopoczuciem. Wyniki naszego badania pokazują, że grupą szczególnie narażoną na doświadczanie trudności psychologicznych w trakcie pandemii są osoby niepoahamowanie wspólnotowe oraz niepoahamowanie sprawcze, co może być istotne z perspektywy planowania działań profilaktycznych oraz interwencji psychologicznych.

Słowa kluczowe: sprawczość, wspólnotowość, konsekwencje psychologiczne, pandemia, bliskie relacje, cele osobiste, COVID-19

Abstract

With the announcement of the coronavirus pandemic in spring 2020 life of many people have changed fundamentally. A tendency to decline in their mental functioning has been reported soon after. The areas of life that have suffered the most are: individual goals and close relationships, which correspond to the dimensions of agency and communion described in psychology. Both agency and communion are understood as personality traits and can reach a very high level – in such cases they are defined as unmitigated. In our research we investigated the relationship between agency, communion, the unmitigated components of these dimensions, generalized anxiety and well-being during the pandemic. We have also taken into account the perceived impact of the pandemic on close relationships and personal goals. An internet survey ($N = 176$) was conducted in February 2021. Only high agency was associated with significantly better well-being and lower intensity of symptoms of generalized anxiety disorder. Unmitigated agency, unmitigated communion, as well as high perceived impact of the pandemic on personal goals and close relationships were, in turn, characteristic to people who were experiencing strong symptoms of generalized anxiety and low well-being. High perceived impact of the pandemic on personal goals moderated a strong relationship between unrestrained agency and low well-being. The results of the study revealed that the groups particularly vulnerable to experiencing psychological difficulties during the pandemic are people who are unmitigated in communion and agency, which may be important while planning preventive measures and psychological interventions.

Keywords: agency, communion, psychological consequences, pandemic, close relationships, individual goals, COVID-19

Pod koniec 2019 r. w kilku krajach azjatyckich zaczęto odnotowywać zachorowania na ostre zapalenie płuc spowodowane zakażeniem nowym koronawirusem. Ze względu na szybkie rozprzestrzenianie się wirusa na pozostałe rejony świata oraz gwałtowny przyrost odnotowywanych zakażeń, 11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię SARS-CoV-2. W reakcji na zmieniającą się sytuację wiele państw, w tym Polska, zdecydowało się wprowadzić obostrzenia w poruszaniu się i kontaktach, mające na celu ograniczyć liczbę zakażeń.

Obowiązujące restrykcje przyczyniły się do znacznych zmian w funkcjonowaniu ludzi, przenosząc codzienne aktywności do domu oraz do świata wirtualnego, w efekcie ograniczając kontakty społeczne oraz zawieszając działalność licznych branż, m.in. fitness, turystyki, gastronomii, kultury. Można się domyślać, że takie zmiany mogły prowadzić do deprivacji potrzeb związanych z wymiarem sprawczości, czyli realizacji potrzeb indywidualnych, a także wspólnotowości, czyli podtrzymywania i uczestniczenia w relacjach z innymi ludźmi (Helgeson, 1994). Jak pokazały polskie badania z pierwszej fali pandemii, sytuacja obowiązywania różnych restrykcji wraz ze świadomością istniejącego zagrożenia zdrowia i życia mogła stanowić obciążenie dla doświadczających jej ludzi i przyczynić się do pogorszenia samopoczucia, a nawet wystąpienia objawów depresji i lęku uogólnionego (Babicki, Mastalerz-Migas, 2020; Gambin i in., 2021). Niniejsze badanie miało na celu sprawdzenie, czy i w jaki sposób sprawczość i wspólnotowość wiążą się z doświadczaniem objawów lęku uogólnionego oraz obniżonego samopoczucia w trakcie pandemii.

Konsekwencje psychologiczne

Jak donoszą badania przeprowadzone w polskiej populacji w trakcie pierwszej fali epidemii, około 44% osób badanych zaobserwowało u siebie objawy lęku uogólnionego (Babicki, Mastalerz-Migas, 2020). Metaanalizy z różnych stron świata potwierdzają istnienie tendencji do pogarszania się funkcjonowania psychicznego w trakcie pandemii, w tym do doświadczania objawów depresji, lęku, zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) i innych zaburzeń (np. Cénat i in., 2021; Salari i in., 2020; Wu i in., 2021). Grupami szczególnie narażonymi na doświadczenie objawów depresji i lęku uogólnionego w trakcie pandemii były osoby: młode, niebędące w związku romantycznym lub będące w związku nieformalnym, niemieszkające ze swoim partnerem/

partnerką, a także te osoby, które przebywały na kwarantannie lub zostały zakażone SARS-CoV-2 (Gambin i in., 2020). Podwyższone ryzyko wystąpienia negatywnych konsekwencji psychicznych dotyczyło również osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym (SES) oraz osób, które utraciły źródło lub ciągłość zarobków (Gambin i in., 2020).

Jak pokazały polskie badania w próbie reprezentatywnej, trudności w bliskich relacjach oraz w środowisku domowym stanowią jeden z najsilniejszych predyktorów wystąpienia objawów depresji oraz lęku w trakcie pandemii zarówno u osób młodych, jak i starszych (Gambin i in., 2021). Ponad połowa z nich odczuwała przynajmniej umiarkowane obciążenie z powodu ograniczenia codziennych aktywności, spędzania czasu wolnego, aktywności fizycznej oraz podróży prywatnych, wraz z koniecznością pozostania w domu oraz dostosowania trybu życia do warunków pandemii (Dragan, Skrodzka, Grajewski, 2020). W przypadku osób młodych, aż 60% respondentów i respondentek przyznało, że doświadcza trudności z powodu ograniczeń w przemieszczaniu się i podróży, braku spotkań towarzyskich – zarówno z bliskimi osobami, jak i z ludźmi w ogóle, nudy, monotonii i ograniczenia możliwości decydowania o sobie (Gambin i in., 2020).

Sprawczość i wspólnotowość

Stresory ujawnione w toku przytoczonych powyżej badań można uporządkować za pomocą dwóch kategorii: zagrażające celom indywidualnym jednostki (np. realizacja pasji, rozwój kariery) oraz zagrażające kontaktom społecznym jednostki. Taki podział odpowiada rozróżnieniu na orientację sprawczą i wspólnotową, zaproponowanemu po raz pierwszy przez Bakana (1966), a następnie rozwiniętemu przez Helgeson (1994). Według Helgeson wymiary te mają charakter cech osobowości: orientacja wspólnotowa to nastawienie na przynależność do grupy, współpracę, budowanie oraz podtrzymywanie relacji z innymi, z kolei orientacja sprawcza odzwierciedla podejście indywidualistyczne, nakierowane na realizację celów własnych oraz ochronę, kontrolę i ekspansję Self (Helgeson, 1994). Oznacza to, że osoby wspólnotowe prawdopodobnie będą cenić sobie utrzymywanie bliskich relacji i pozostawanie w kontakcie z innymi ludźmi, natomiast osoby sprawcze będą się koncentrować np. na rozwijaniu kariery, pasji, zwiększaniu własnych kompetencji, osiągnięciach sportowych i innych. Sprawczość i wspólnotowość są powiązane

odpowiednio z tradycyjnie definiowaną męskością i kobiecością (Helgeson, 1994), choć, jak podkreślają Wojciszke i Cieślak (2014), pojęcia te nie są ze sobą tożsame i stosowanie ich zamiennie może prowadzić do niejasności.

Wiadomo, że zarówno orientacja wspólnotowa, jak i sprawcza mogą korzystnie wpływać na samopoczucie i zdrowie psychiczne, jeśli zostanie zachowana między nimi równowaga – sprawczość jest związana z niższym poziomem lęku, mniejszą skłonnością do depresji, zwiększoną samooceną oraz zadaniowym reagowaniem na stres. Z drugiej strony, może także sprzyjać wystąpieniu zachowań charakterystycznych dla osobowości typu A (Wojciszke, Cieślak, 2014). Wzór zachowania typu A łączy w sobie m.in. tendencję do konkutowania z innymi, skłonność do agresji, pragnienie osiągnięć i niecierpliwość. Udowodniono także jego negatywny wpływ na zdrowie – stanowi jeden z czynników ryzyka wystąpienia choroby niedokrwiennej serca (np. Rose, 1987). Warto wspomnieć, że choć sprawczość nie jest powiązana z podtrzymywaniem relacji społecznych, to ich nie zaburza (Wojciszke, Cieślak, 2014).

Wspólnotowość wiąże się z satysfakcją z kontaktów społecznych i zahamowaniem zachowań typu A. Może także sprzyjać złagodzeniu objawów depresji (Wojciszke, Cieślak, 2014). Inicjowanie i podtrzymywanie więzi z innymi, charakterystyczne dla osób o wysokiej wspólnotowości, może natomiast ułatwiać uzyskanie wsparcia społecznego i przyczyniać się do obniżenia dystresu (Helgeson, 1994). Obie orientacje związane są ponadto z wyższym poczuciem szczęścia (Wojciszke, Cieślak, 2014).

W przeciwieństwie do umiarkowanych wariantów tych orientacji, niepohamowana (czyli ekstremalnie nasilona) wspólnotowość i niepohamowana sprawczość mogą negatywnie wpływać na zdrowie psychiczne (Helgeson, 1994; Wojciszke, Cieślak, 2014). Według Helgeson (1994) ta zależność wynika z nasilenia jednej z cech, przy jednoczesnym znacznym obniżeniu drugiej – innymi słowy, osoby niepohamowanie sprawcze mają bardzo wysoki poziom sprawczości przy jednocześnie bardzo niskim poziomie wspólnotowości, natomiast osoby niepohamowanie wspólnotowe charakteryzuje bardzo wysoki poziom wspólnotowości i bardzo niski poziom sprawczości.

Niepohamowana sprawczość zakłada zatem koncentrację na sobie przy równoległym odrzuceniu znaczenia relacji z innymi, natomiast niepohamowana wspólnotowość – koncentrację na relacjach z innymi (oraz możliwość kontrolowania działań tychże osób) przy jednoczesnym wykluczeniu potrzeb indywidualnych, np. rozwoju zawodowego (Helgeson, 1994). Wysoki poziom jednego z czynników nie jest zatem łagodzony wpływem drugiego. Zgodnie

z obecną wiedzą, niepoohamowana wspólnotowość wiąże się z tendencją do doświadczania lęku, objawów depresji oraz obniżonej samooceny, natomiast niepoohamowana sprawczość sprzyja wystąpieniu zachowań charakterystycznych dla osobowości typu A (Wojciszke, Cieślak, 2014).

BADANIE WŁASNE

Cele i hipotezy badawcze

Celem naszego badania było sprawdzenie, czy wspólnotowość, sprawczość oraz niepoohamowana wspólnotowość i niepoohamowana sprawczość mają związek z poziomem lęku uogólnionego i samopoczuciem w trakcie pandemii, a w przypadku występowania zależności – ich interpretacja. Połączenie zmiennych wyrastających w sposób jednoznaczny z tradycji psychologii społecznej (Wielka Dwójka) ze zmiennymi tradycyjnie usytuowanymi w obszarze psychologii zdrowia i psychologii klinicznej (stres, lęk, dobrostan) jest stosunkowo rzadkie – sądzimy, że ze względu na swoją nieoczywistość może być także szczególnie interesujące.

Jak wskazują wyniki opisane w rozdziale trzecim (Zawadzki, Popiel, Bielecki, Mroziński, Pragłowska, 2022) i czwartym (Cyniak-Cieciura, Zawadzki, 2022) niniejszego opracowania, niektóre cechy osobowości opisywane w ramach koncepcji Wielkiej Piątki (tj. neurotyczność, sumienność, ekstrawersja) mogą wiązać się z dobrostanem i nasileniem negatywnych reakcji emocjonalnych w trakcie pandemii. Co więcej, rola czynników osobowościowych może być nawet większa niż znaczenie stresorów związanych z pandemią.

W poprzednich badaniach dowiedziono ponadto, że zarówno wspólnotowość, jak i sprawczość w warunkach niepandemicznych mają pozytywny wpływ na zdrowie psychiczne – wspólnotowość sprzyja budowaniu siatki wsparcia społecznego, natomiast sprawczość ułatwia realizację własnych celów, co prowadzi m.in. do obniżenia poziomu lęku, wzmocnienia samooceny i większej stabilności emocjonalnej (Wojciszke, Cieślak, 2014). Chociaż ze względu na obostrzenia prozdrowotny wpływ tych cech mógł zostać ograniczony, to w przeciwieństwie do niepoohamowanych wariantów tych orientacji, zarówno umiarkowana sprawczość, jak i wspólnotowość nie wiążą się z dodatkowym obciążeniem psychicznym. Na tej podstawie sformułowaliśmy hipotezę, że:

1. wysoka wspólnotowość oraz wysoka sprawczość będą sprzyjać dobremu samopoczuciu oraz niskiemu poziomowi lęku uogólnionego (H1).

Ponieważ niepoohamowana wspólnotowość związana jest z rezygnacją z osobistych celów oraz tendencją do kontrolowania działań innych osób, cechujące się nią osoby mogły w czasie fali pandemii wiosną 2021 r. doświadczać trudności ze względu na zmniejszenie możliwości kontrolowania i wywierania wpływu na bliskie osoby w efekcie ograniczenia kontaktów społecznych – mogło to skutkować podwyższonym poziomem lęku i obniżonym samopoczuciem. Istnieje także prawdopodobieństwo, że osoby te nie doświadczały wówczas wystarczającego wsparcia ze strony bliskich, ponieważ wiadomo, że nawet w warunkach niepandemicznych samodzielnie go nie poszukują (Helgeson, Fritz, 1999).

Niepoohamowana sprawczość również wiąże się ze słabym wsparciem społecznym lub jego brakiem ze względu na niską potrzebę utrzymywania bliskich relacji, które – jak wiadomo – stanowią podstawowe źródło wsparcia (Helgeson, Fritz, 1999). Dla osób niepoohamowanie sprawczych dodatkowo charakterystyczna jest negatywna postawa wobec innych ludzi i w efekcie częstsze doświadczanie stresujących interakcji społecznych (Wojciszke, Cieślak, 2014). Z drugiej strony, niepoohamowana sprawczość łączy się z całkowitą koncentracją na sobie i własnych celach, których pełna realizacja w trakcie pandemii może być utrudniona. Oznacza to, że osoby o niepoohamowanej sprawczości/wspólnotowości nie tylko nie czerpią zdrowotnych korzyści w związku z posiadanymi cechami, ale także mogą doświadczać dodatkowych trudności, z którymi prawdopodobnie nie mierzą się tak silnie osoby o niskiej niepoohamowanej sprawczości/wspólnotowości.

Dodatkowo istnieje możliwość, że obostrzenia w zakresie kontaktów społecznych wpływają szczególnie silnie na funkcjonowanie osób wysoce wspólnotowych i niepoohamowanie wspólnotowych, natomiast obostrzenia dotyczące indywidualnej działalności – na osoby wysoce i niepoohamowanie sprawcze. Zakładałyśmy, że ta tendencja może znaleźć odzwierciedlenie w deklarowanym (spozstrzeganym) wpływie pandemii na różne obszary życia.

Ze względu na powyższe spodziewałyśmy się, że:

2. wysoka niepoohamowana wspólnotowość/sprawczość ma związek z niskim samopoczuciem oraz wysokim poziomem lęku (H2);
3. wysoka wspólnotowość i niepoohamowana wspólnotowość sprzyjają dostrzeganiu większego wpływu pandemii na kontakty społeczne (H3);
4. wysoki poziom sprawczości i niepoohamowanej sprawczości sprzyja dostrzeganiu wpływu pandemii na codzienne aktywności (H4);

5. spostrzegany wpływ pandemii na kontakty społeczne oraz codzienne aktywności jest związany z wyższym poziomem lęku uogólnionego oraz gorszym samopoczuciem (H5).

Spodziewaliśmy się ponadto, że im większy będzie spostrzegany wpływ pandemii na poszczególne obszary życia, tym silniej niepoohamowana sprawczość/wspólnotowość będzie sprzyjać doświadczeniu lęku uogólnionego i obniżonego samopoczucia wśród badanych.

Na tej podstawie sformułowaliśmy hipotezę H6:

6. zależność między niepoohamowaną sprawczością/wspólnotowością a lękiem uogólnionym i samopoczuciem jest moderowana przez spostrzegany wpływ pandemii na kontakty społeczne/codzienne aktywności (H6).

Warto podkreślić, że zgodnie z naszymi założeniami zmienna dotycząca spostrzeganego wpływu pandemii nie tłumaczy związku między pozostałymi zmiennymi, tylko modyfikuje siłę tego związku. Niepoohamowana sprawczość oraz niepoohamowana wspólnotowość mogą być rozumiane jako potencjalne osobowościowe czynniki ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych, natomiast zmiany w funkcjonowaniu spowodowane pandemią można traktować jako wysoce stresujące lub traumatyczne doświadczenie. Spodziewaliśmy się, że w przypadku współwystępowania osobowościowych oraz sytuacyjnych czynników ryzyka zajdzie między nimi interakcja – z tego powodu zdecydowaliśmy się na zastosowanie analizy moderacji, nie mediacji.

Zbadanie tych zależności może pomóc w lepszym zrozumieniu przyczyn i różnic w zakresie odporności psychicznej i jej roli w sytuacjach kryzysowych, a także wspomóc planowanie i dopasowywanie interwencji psychologicznych przeznaczonych dla osób doświadczających trudności. Wyjątkowe warunki pandemii sprzyjają także poszerzeniu wiedzy dotyczącej samej sprawczości, wspólnotowości oraz ich niepoohamowanych wariantów i pozwalają na obserwację zależności z wyżej wymienionymi zmiennymi w warunkach naturalnych.

Okoliczności przeprowadzenia badania

Badanie przeprowadziliśmy między 7 a 26 lutego 2021 r., czyli pod koniec tzw. drugiej fali pandemii a, jak się później okazało, na początku trzeciej fali. Po okresie ostrych ograniczeń następowało powolne znoszenie restrykcji. W trakcie tego okresu polski rząd wprowadził pojedyncze i warunkowe poluzowanie obostrzeń, obowiązujące od 12 do 26 lutego 2021 r. dotyczące

działalności hoteli, kin, teatrów, oper oraz filharmonii, w których dopuszczalne obłożenie wynosiło 50% dostępnych miejsc. Nieczynne pozostawały siłownie, a w obiektach gastronomicznych dopuszczalna była jedynie sprzedaż posiłków na wynos.

W czasie, w którym zbierałyśmy dane, trwały także pierwsze szczepienia przeciwko COVID-19, początkowo tylko dla osób powyżej 80. r.ż. W mediach pojawiały się pierwsze komunikaty na temat wzrostu wykrywanych zakażeń oraz wzrostu udziału brytyjskiego wariantu wirusa (wariant alfa B.1.1.7) w wykrywanych zakażeniach. Średnia zakażeń z 7 dni wahała się od ok. 6 tys. na początku badania do ok. 9 tys. w chwili zakończenia pomiarów. Zapowiadano nadejście III fali pandemii – jej początek prognozowano na okolice marca i kwietnia 2021 r.

METODA

Osoby badane

Osoby badane zrekrutowałyśmy za pomocą mediów społecznościowych poprzez udostępnianie z prywatnego konta linku do badania internetowego w grupach o tematyce bezpośrednio związanej z pandemią (grupy wsparcia, grupy informacyjne) oraz niezwiązanej z pandemią (grupy poświęcone muzyce, filozofii, skierowane do osób na etapie dojrzałej dorosłości, grupy o tematyce prozdrowotnej i inne). Osoby badane nie otrzymywały wynagrodzenia materialnego za udział w badaniu.

Ponieważ dane miały zostać przeanalizowane głównie korelacyjnie, zdecydowałyśmy, że nasza próba badawcza powinna liczyć minimum 100 obserwacji. Aby wykryć mały efekt od $r = 0,20$ do $r = 0,30$, próba powinna liczyć około 100–200 obserwacji przy $\alpha = 0,05$; $\beta = 0,20$ (<http://sample-size.net/>). Ankieta została wyświetlona przez 277 osoby, spośród których 176 udzieliło odpowiedzi na wszystkie pytania. Odpowiedzi 11 osób nie spełniły kryterium pełnoletniości mimo wymaganej deklaracji na początku formularza, zdecydowałyśmy się jednak uwzględnić te obserwacje w dalszych analizach. Odpowiedzi te zawierały kompletne dane, a włączenie ich do zbioru nie było sprzeczne z założeniami teoretycznymi badania. Osoby badane miały co najmniej 15 lat i samo badanie nie zawierało treści niestosownych dla nastolatków z punktu widzenia etycznego.

Wśród 176 osób badanych, które ukończyły ankietę, 111 osób zadeklarowało płeć męską (63%), 64 osoby zadeklarowały płeć żeńską (36,4%), jedna osoba zadeklarowała płeć inną (0,6%). Wiek badanych mieścił się w przedziale od 15 do 74 lat ($M = 27,08$; $SD = 12,49$). Jedna osoba podała wiek 1, co zostało uznane za brak danych. W zakresie wykształcenia 26 osób podało wykształcenie podstawowe lub gimnazjalne (14,8%), 92 osoby wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe (52,3%), natomiast 58 osób zadeklarowało wykształcenie wyższe (33,0%). Zapytane o miejsce zamieszkania, 46 osób podało wieś (26,1%), 46 osób miasto do 150 tys. mieszkańców (26,1%), 23 osoby miasto do 500 tys. mieszkańców (13,1%), a 61 osób miasto powyżej 500 tys. mieszkańców (34,7%). Jak zatem widać, udało nam się zebrać próbę, która jest wprawdzie młodsza niż próba ogólna z populacji i ma nadreprezentację jednej płci – mężczyzn, ale pod względem miejsca zamieszkania i wykształcenia jest bardzo zrównoważona.

Narzędzia badawcze i procedura

Badanie przeprowadziłyśmy za pomocą ankiety internetowej, która składała się z części powitalnej, pięciu części pomiarowych oraz planszy z podziękowaniem. Osoby badane były informowane o celu i warunkach badania, takich jak: anonimowość, dobrowolność udziału, możliwość rezygnacji w dowolnym momencie bez podania przyczyn, oraz możliwości otrzymania informacji zwrotnych pod postacią raportu zbiorczego. Nikt jednak nie zadeklarował takiej chęci.

Pierwsza z części pomiarowych odnosiła się do danych demograficznych – pytania dotyczyły płci, wieku, wielkości miejsca zamieszkania oraz poziomu wykształcenia osób badanych. Po wypełnieniu metryczki osoby badane miały za zadanie ustosunkować się w formie samoopisu do szeregu cech (np.: „wspierający/a innych”; „pewny/a siebie”) i stwierdzeń (np.: „Zawsze stawiam potrzeby innych przed własnymi”; „Złoszczę się, gdy ktoś swoimi problemami przeszkadza mi w realizacji moich celów”). Cechy i stwierdzenia pochodziły ze *Skali sprawczości i wspólnotowości* (Wojciszke, Szlendak, 2010) oraz *Skali niepohamowanej sprawczości i niepohamowanej wspólnotowości* (Wojciszke, Szlendak, 2010). Do pomiaru każdej ze zmiennych wykorzystaliśmy po sześć pozycji odnoszących się do poszczególnych wymiarów, które w badaniach walidacyjnych autorów najsilniej łądowały poszczególne czynniki. Odpowiedzi

na pytania udzielane były na 7-stopniowej skali (od 1 – *zdecydowanie nie*, do 7 – *zdecydowanie tak*), a wynik ogólny dla każdego z wymiarów obliczaliśmy jako średnią z udzielonych odpowiedzi na poszczególne pytania. Współczynniki rzetelności α Cronbacha w naszym badaniu wynosiły dla wspólnotowości $\alpha = 0,83$, dla sprawczości $\alpha = 0,75$, dla niepoohamowanej wspólnotowości $\alpha = 0,78$, dla niepoohamowanej sprawczości $\alpha = 0,73$.

Kolejna część ankiety składała się z pytań dotyczących wpływu pandemii na różne obszary życia, opracowanych w ramach polskiego badania Gambin i in. (2020) z pierwszej fali pandemii w Polsce wiosną 2020 r. Analiza czynnikowa na podstawie danych z badania źródłowego pozwoliła nam na wyodrębnienie sześciu pytań łądujących łącznie dwa wymiary (po trzy pytania dla jednego wymiaru) – pierwszy związany był z bliskimi relacjami ($\alpha = 0,90$; przykładowe pytanie: „Czy w wyniku epidemii ogranicza Pani/Pan częstość kontaktów ze znajomymi i przyjaciółmi?”), drugi z realizacją celów indywidualnych ($\alpha = 0,78$; przykładowe pytanie: „Czy udaje się teraz Pani/Panu realizować swoje ważne osobiste cele i wartości sprzed zagrożenia epidemią?”). Odpowiedzi na pytania udzielane były na 7-stopniowej skali (od 1 – *zdecydowanie nie*, do 7 – *zdecydowanie tak*). Współczynniki rzetelności α Cronbacha w naszym badaniu wynosiły $\alpha = 0,70$ dla wymiaru związanego z celami indywidualnymi oraz też $\alpha = 0,70$ dla wymiaru związanego z bliskimi relacjami.

Po wypełnieniu powyższych pytań osoby badane przechodziły do *Kwestionariusza zespołu lęku uogólnionego* GAD-7 (Spitzer, Kroenke, Williams, Löwe, 2006) w polskiej wersji opracowanej przez MAPI Research Institute (www.phqscreeners.com), składającego się z siedmiu pytań dotyczących objawów lęku uogólnionego (np.: „Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Panu/Pani następujące problemy: Czuł/a się Pan/i podenerwowany/a, niespokojny/a, mocno spięty/a; Nie mógł/a Pan/i przestać się martwić albo zapanować nad tym”). Odpowiedzi udzielane były na 4-stopniowej skali w odniesieniu do dwóch tygodni poprzedzających dzień badania (od 0 – *objawy wcale nie dokuczały*, do 3 – *objawy występowały niemal codziennie*), pozwalając na uzyskanie zsumowanego wyniku od 0 do 21 punktów. Zgodnie z oficjalną interpretacją kwestionariusza GAD-7, wyniki od 10 punktów wzwyż mogą wskazywać na występowanie lęku uogólnionego wśród badanych. Wykorzystany kwestionariusz jest narzędziem przesiewowym, jednak może być stosowany również do pomiaru nasilenia lęku w populacji (Löwe i in., 2008). Współczynnik rzetelności w naszym badaniu wyniósł $\alpha = 0,92$.

Ostatnią część badania stanowiły *Wskaźniki dobrego samopoczucia* WHO-5 (World Health Organization [WHO], 1998; Topp, Østergaard, Søndergaard,

Bech, 2015) zgodnie z polskim opracowaniem udostępnionym przez Psychiatric Research Unit (www.psykiatri-regionh.dk). Kwestionariusz składał się z pięciu stwierdzeń dotyczących samopoczucia w trakcie ostatnich dwóch tygodni z możliwością udzielenia odpowiedzi na 6-stopniowej skali (0 – *nigdy*, 5 – *cały czas*; przykładowe pytania: „Czułem/am się wesoły/a i w dobrym nastroju”; „Czułem/am się spokojny/a i odprężony/a”). Wynik surowy stanowił sumę punktów z wszystkich pytań i zawierał się w przedziale od 0 do 25. W przypadku otrzymania zsumowanego wyniku poniżej 13 punktów lub uzyskania 0 albo 1 punktu przy którymkolwiek pytaniu rekomenduje się przeprowadzenie badania w kierunku depresji. Współczynnik rzetelności w naszym badaniu wyniósł $\alpha = 0,89$.

Ostatnia plansza ankiety zawierała podziękowanie za udział w badaniu, dane kontaktowe jednej z autorek badania oraz pole do pozostawienia komentarza.

Strategia analityczna

W celu zweryfikowania hipotez badawczych H1, H2, H3, H4 i H5 zastosowałyśmy analizę korelacji oraz analizę korelacji semicząstkowej. Ze względu na skorelowanie wspólnotowości z niepohamowaną wspólnotowością oraz sprawczości z niepohamowaną sprawczością (Helgeson, 1994) zdecydowałyśmy się na wzajemne kontrolowanie tych zmiennych w poszczególnych analizach, w tym w korelacji semicząstkowej. Do przetestowania hipotezy H6 wykorzystaliśmy analizę moderacji z pakietem rozszerzeń PROCESS v3.5 do SPSS (Hayes, 2017).

Wyniki uzyskane w teście Shapiro-Wilka sugerowały wprawdzie niespełnienie założenia o normalności rozkładu przez niektóre zmienne, ale po wizualnej analizie histogramów i uwzględnieniu konstrukcji skal pomiarowych, a także sposobu tworzenia wskaźników zdecydowałyśmy o pozostaniu przy parametrycznej korelacji r Pearsona. Za taką decyzją przemawiały dodatkowo nieznaczne różnice w wynikach w przypadku zastosowania korelacji parametrycznej i nieparametrycznej ρ Spearmana. Również ze względu na bardzo niewielkie rozbieżności w przypadku korelacji parametrycznej i nieparametrycznej, analizy korelacji semicząstkowej przeprowadziłyśmy wyłącznie metodą parametryczną. W *Załączniku A* zaraportowane są wyniki uzyskane obiema metodami (tabela A1 i tabela A2). Poniżej znajdują się statystyki opisowe testowanych zmiennych (tabela 1).

Tabela 1
Statystyki opisowe testowanych zmiennych

| Zmienna | <i>N</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>K</i> | <i>SKE</i> |
|--|----------|----------|-----------|----------|------------|
| Wspólnotowość | 228 | 5,43 | 0,82 | 1,35 | -0,77 |
| Sprawczość | 228 | 4,59 | 0,92 | 0,00 | -0,12 |
| Niepohamowana wspólnotowość | 191 | 4,19 | 1,01 | 0,12 | -0,34 |
| Niepohamowana sprawczość | 191 | 3,60 | 1,00 | 0,66 | 0,49 |
| Spostrzegany wpływ pandemii na bliskie relacje | 182 | 11,03 | 4,56 | -0,83 | -0,28 |
| Spostrzegany wpływ pandemii na realizację celów osobistych | 182 | 13,79 | 3,98 | -0,58 | -0,01 |
| Lęk uogólniony | 179 | 8,58 | 5,83 | -0,79 | 0,47 |
| Samopoczucie | 176 | 10,16 | 5,08 | -0,23 | 0,46 |

Adnotacja. *K* – kurtoza, *SKE* – skośność.

WYNIKI

W celu przetestowania H1, która mówiła o związku sprawczości i wspólnotowości z wysokim samopoczuciem i niskim poziomem lęku uogólnionego, przeprowadziliśmy analizę korelacji oraz korelacji semicząstkowych (tabela 2). Wyniki wykazały, że wysoka wspólnotowość wiązała się z lękiem uogólnionym ($r = 0,17$; $p = 0,02$), związek ten jednak przestawał być istotny przy kontroli niepohamowanej wspólnotowości. W przypadku samopoczucia związek ze wspólnotowością był słaby i ujawniał się na poziomie tendencji statystycznej dopiero przy kontroli niepohamowanej wspólnotowości (przed kontrolą niepohamowanej wspólnotowości $p > 0,10$). Zaobserwowałyśmy natomiast istotną relację sprawczości z lękiem uogólnionym ($r = -0,26$; $p = 0,001$) i z samopoczuciem ($r = 0,42$; $p < 0,001$), które pozostawały na podobnym poziomie przy kontroli niepohamowanej sprawczości. Oznacza to, że zarówno wysoka sprawczość, jak i wysoka wspólnotowość sprzyjały wyższemu samopoczuciu wśród badanych. Warto jednak dodać, że w przypadku sprawczości związek ten był silniejszy, a ponadto osoby wysoce sprawcze rzadziej doświadczały objawów lęku uogólnionego.

W celu zweryfikowania hipotezy H2, przewidującej relację niepohamowanej wspólnotowości/sprawczości z lękiem uogólnionym i samopoczuciem, przepro-

wadziłyśmy kolejne analizy korelacji oraz korelacji semicząstkowej (tabela 2). Okazało się, że niepohamowana wspólnotowość wiązała się z objawami lęku uogólnionego ($r = 0,31$; $p < 0,001$), a z samopoczuciem wiązała się na poziomie tendencji statystycznej ($r = -0,13$; $p = 0,09$). Przy kontroli wspólnotowości oba związki były istotne. W przypadku niepohamowanej sprawczości zaobserwowaliśmy analogiczny związek z lękiem uogólnionym zarówno w przypadku zwykłej korelacji r Pearsona ($r = 0,24$; $p = 0,001$), jak i przy kontroli sprawczości. Choć niepohamowana sprawczość nie wiązała się z samopoczuciem w przypadku zwykłej korelacji ($p > 0,05$), to przy jednoczesnej kontroli sprawczości związek tych zmiennych osiągał poziom tendencji statystycznej. Oznacza to, że wśród osób niepohamowanie sprawczych i niepohamowanie wspólnotowych występowało niższe samopoczucie oraz większe natężenie objawów lęku uogólnionego.

Tabela 2

Korelacje semicząstkowe – lęk uogólniony i samopoczucie a wspólnotowość, sprawczość, niepohamowana wspólnotowość i niepohamowana sprawczość

| Zmienne | Lęk uogólniony | Samopoczucie |
|-----------------------------|----------------|--------------|
| Wspólnotowość | -0,03 | 0,13 |
| Sprawczość | -0,26*** | 0,43*** |
| Niepohamowana wspólnotowość | 0,26*** | -0,18* |
| Niepohamowana sprawczość | 0,25** | -0,12 |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

W trakcie weryfikacji hipotezy H3, dotyczącej związku wspólnotowości i niepohamowanej wspólnotowości ze spostrzeganym wpływem pandemii na kontakty społeczne, zaobserwowaliśmy, że im większy poziom niepohamowanej wspólnotowości prezentowała osoba badana, tym silniej spostrzegała ona wpływ pandemii na kontakty społeczne. Korelacja ta wystąpiła zarówno przy kontroli wspólnotowości ($r = 0,20$; $p = 0,006$), jak i w przypadku zwykłej korelacji ($r = 0,23$; $p = 0,002$). Wśród osób wspólnotowych nie wykryliśmy analogicznej tendencji w żadnej z analiz ($p > 0,05$).

Kolejna analiza miała na celu zweryfikować hipotezę H4 – zakładała ona istnienie korelacji między sprawczością i niepohamowaną sprawczością a spostrzeganym wpływem pandemii na cele osobiste. Zgodnie z założeniami, związek sprawczości ze spostrzeganym wpływem pandemii na realizację

celów osobistych zaistniał, był on jednak przeciwny do oczekiwanego – im bardziej sprawcza była osoba badana, tym mniejszy był wpływ pandemii na jej plany prywatne ($r = -0,25$; $p = 0,001$). Wyniki były jednakowe przy kontroli niepoohamowanej sprawczości. Dla niepoohamowanej sprawczości nie zaobserwowaliśmy podobnej korelacji ze spostrzeganym wpływem pandemii na cele osobiste – było to niezależne od kontroli sprawczości ($p > 0,05$).

Dodatkowo okazało się, że osoby, które dostrzegały większy wpływ pandemii na bliskie relacje, silniej odczuwały także ograniczenia w zakresie realizacji celów osobistych ($r = 0,32$; $p < 0,001$). Ze względu na zaobserwowane różnice w średnich wynikach spostrzeganego wpływu pandemii na bliskie relacje i realizację celów osobistych zdecydowaliśmy się przeprowadzić dodatkową analizę testem *t* Studenta dla prób zależnych, której celem było sprawdzenie, czy owa różnica jest znacząca statystycznie. Przypuszczenia te zostały potwierdzone – osoby badane dostrzegały większy wpływ pandemii na kontakty z bliskimi niż w obszarze celów osobistych ($t[181] = 7,46$; $p < 0,001$; d Cohena = 0,62).

W celu zweryfikowania piątej z hipotez, zakładającej związek spostrzeganego wpływu pandemii na relacje i cele osobiste z wysokim poziomem lęku uogólnionego i niskim samopoczuciem, przeprowadziliśmy kolejną analizę. Wykazała ona, że wraz ze wzrostem spostrzeganego wpływu pandemii na kontakty społeczne oraz na realizację celów osobistych zwiększało się nasilenie objawów lęku uogólnionego, obniżało się także deklarowane samopoczucie – związki te przedstawiliśmy w tabeli 3.

Tabela 3

Korelacje r Pearsona – spostrzegany wpływ pandemii na różne obszary życia a samopoczucie i lęk uogólniony

| Zmienne | Lęk uogólniony | Samopoczucie |
|-----------------------------|----------------|--------------|
| Wpływ na kontakty społeczne | 0,37*** | -0,37*** |
| Wpływ na cele osobiste | 0,26*** | -0,52*** |

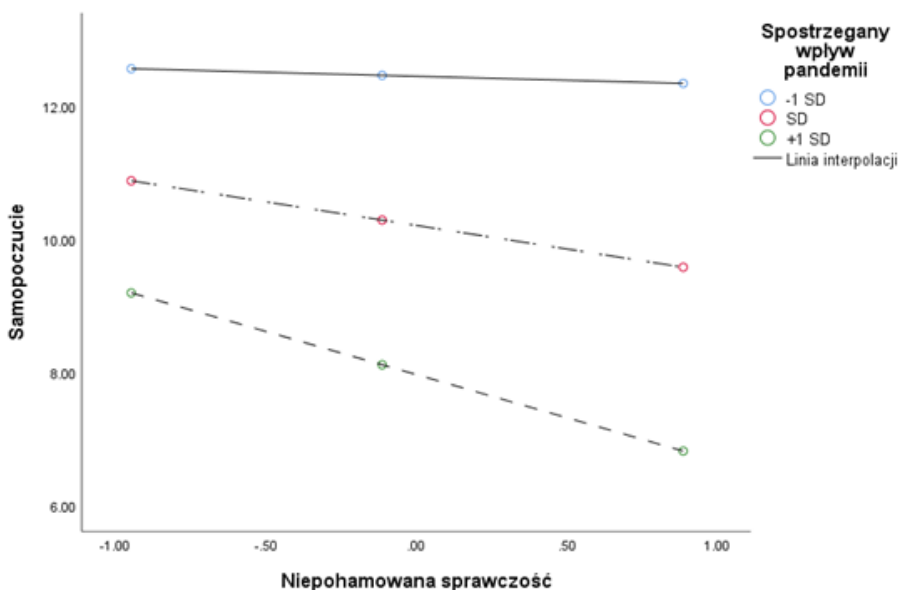
*** $p < 0,001$.

Aby zweryfikować hipotezę H6, przeprowadziliśmy analizę moderacji. Okazało się, że siła związku niepoohamowanej wspólnotowości z objawami lęku uogólnionego ($\beta = 0,11$; $SE = 0,08$; $p = 0,18$; 95% CI [-0,05; 0,27]) i samopoczucia ($\beta = -0,06$; $SE = 0,07$; $p = 0,44$; 95% CI [-0,21; 0,09]) nie zmieniała się w zależności od spostrzeganego wpływu pandemii na kontakty społeczne. Innymi słowy, wśród osób niepoohamowanie wspólnotowych odczuwane konsekwencje

pandemii nie wzmacniały ani nie osłabiały lęku uogólnionego, nie wpływały też na samopoczucie badanych. Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku relacji niepoohamowanej sprawczości i lęku uogólnionego – spostrzegany wpływ pandemii na realizację celów osobistych nie wiązał się ze zmianą siły związku powyższych zmiennych ($\beta = 0,07$; $SE = 0,09$; $p = 0,49$; 95% CI $[-0,12; 0,25]$).

Moderacja ujawniła się jednak w wariancie dla niepoohamowanej sprawczości i samopoczucia – im większy spostrzegany wpływ pandemii na realizację celów osobistych, tym silniej niepoohamowana sprawczość wiązała się z obniżonym samopoczuciem ($\beta = -0,15$; $SE = 0,07$; $p = 0,04$; 95% CI $[-0,28; -0,01]$) Wyniki przedstawiłyśmy na rysunku 1.

Wysoka niepoohamowana sprawczość przyczyniała się do istotnego obniżenia samopoczucia wśród osób, które dostrzegały silny ($\beta = -1,29$; $SE = 0,47$; $p = 0,006$; 95% CI $[-2,21; -0,38]$) lub umiarkowany ($\beta = -0,71$; $SE = 0,31$; $p = 0,025$; 95% CI $[-1,32; -0,09]$) wpływ pandemii na realizację celów osobistych. W przypadku spostrzegania niskiego wpływu pandemii nie zauważono istotnej zależności ($\beta = -0,12$; $SE = 0,37$; $p = 0,74$; 95% CI $[-0,84; 0,60]$).



Rysunek 1. Interakcja niepoohamowanej sprawczości i spostrzeganego wpływu pandemii na realizację celów osobistych.

Dodatkowe analizy

Po uzyskaniu powyższych wyników zdecydowałyśmy się przeprowadzić dodatkowe analizy, aby sprawdzić, czy wspólnotowość i sprawczość stanowią łączne predyktory funkcjonowania – np. czy osoby wysoce wspólnotowe i wysoce sprawcze radzą sobie lepiej niż osoby o wysokiej sprawczości, ale niskiej wspólnotowości. W tym celu zastosowałyśmy analizę dwuczynnikową ANOVA w podgrupach ustalonych według mediany wspólnotowości i mediany sprawczości.

Pierwsza z analiz, dotycząca poziomu lęku, wykazała istnienie bardzo słabego efektu głównego sprawczości ($F[1, 175] = 5,69; p = 0,02; \eta^2 = 0,03$) i wspólnotowości ($F[1, 175] = 6,17; p = 0,01; \eta^2 = 0,03$), nie zaobserwowano jednak efektu interakcji ($F[1, 175] = 0,68; p = 0,41; \eta^2 < 0,001$). Wysoka sprawczość wiązała się z niższym poziomem lęku, natomiast wysoka wspólnotowość wiązała się z wyższym poziomem lęku (może to jednak wynikać z wysokiego skorelowania wspólnotowości z niepohamowaną wspólnotowością). Analiza w kierunku samopoczucia wykazała jedynie efekt główny sprawczości ($F[1, 175] = 18,85; p < 0,001; \eta^2 = 0,10$). Im bardziej sprawcze były osoby badane, tym wyższe było ich samopoczucie.

DYSKUSJA

Celem niniejszego badania było sprawdzenie, czy wspólnotowość, sprawczość i niepohamowane warianty tych cech wiążą się z objawami lęku uogólnionego oraz samopoczuciem w trakcie pandemii COVID-19. Okazało się, że sprawczość sprzyjała mniejszemu nasileniu objawów lęku uogólnionego oraz wyższemu samopoczuciu, z kolei wspólnotowość nie wiązała się w jakikolwiek sposób z powyższymi wskaźnikami. Niepohamowane warianty sprawczości i wspólnotowości, zgodnie z założeniami, wiązały się z wyższym poziomem lęku oraz obniżonym samopoczuciem, niepohamowana wspólnotowość sprzyjała także dostrzeganiu większego wpływu pandemii na kontakty z innymi ludźmi.

Co interesujące, im większy był poziom sprawczości, tym mniej dostrzegany był wpływ pandemii na cele osobiste. W przypadku wspólnotowości nie zaobserwowano analogicznego związku. Ponadto im większy był spostrzegany wpływ pandemii na różne obszary życia, tym silniejszych objawów lęku uogólnionego oraz niższego samopoczucia doświadczały osoby badane.

Spostrzegany wpływ pandemii na cele osobiste dodatkowo nasilał związek niepoohamowanej sprawczości z niskim samopoczuciem.

Dane uzyskane w tym badaniu potwierdzają niepokojące doniesienia z wcześniejszych prac naukowych (np. Babicki, Mastalerz-Migas, 2020; Gambin i in., 2020; Khan, Mamun, Griffiths, Ullah, 2020) – zgodnie z oficjalnymi kluczami interpretacyjnymi dla użytych narzędzi przesiewowych, w trakcie dwóch tygodni poprzedzających badanie 76,7% respondentów i respondentek odczuwało obniżony nastrój, a 38,5% uczestników i uczestniczek doświadczyło objawów lęku uogólnionego, z czego 16,8% wykazywało objawy silne. Miało to związek zarówno z ograniczeniami w kontaktach społecznych z bliskimi osobami, jak i utrudnieniami w realizacji własnych planów, choć te drugie wskazywane były jako mniej uciążliwe. Dane te zdają się być spójne z wynikami opisanymi w rozdziale dziesiątym (zob. Gambin, Kmita, Woźniak-Prus, Boruszak-Kiziuiewicz, Kubicka, 2022) – ograniczenia dotyczące możliwości spędzania czasu wolnego stanowiły większe obciążenie dla badanych w początkowych etapach pandemii (pierwsza fala wiosną 2020 r.), natomiast w kolejnych falach (grudzień 2020 r. – jest to czas zbliżony do okresu przeprowadzenia niniejszego badania) istotnym źródłem trudności była konieczność pozostania w domu.

Sprawczość i wspólnotowość a funkcjonowanie psychiczne

Część uzyskanych wyników odzwierciedla wcześniej opisane tendencje dotyczące funkcjonowania psychicznego ludzi o różnym poziomie wspólnotowości/sprawczości (Hirokawa, Dohi, 2007; Wojciszke, Cieślak, 2014). Przykładem może być związek sprawczości ze zdrowiem psychicznym, rozumianym tu jako obniżony poziom lęku uogólnionego oraz podwyższone samopoczucie. Okazało się, że odwrotną relację ze zdrowiem psychicznym miały niepoohamowana sprawczość i niepoohamowana wspólnotowość. Należy jednak pamiętać, że przeprowadzone badanie miało charakter korelacyjny, nie może zatem stanowić dowodu na związek przyczynowo-skutkowy powyższych właściwości, a jedynie na ich współwystępowanie. Warto także zwrócić uwagę, że chociaż korelacje wystąpiły, to nie przekraczały one poziomu umiarkowanego – najsilniejsza korelacja wyniosła $r = 0,52$.

Wyjątkiem, który zdaje się stać w sprzeczności z wcześniejszymi badaniami, jest brak związku wspólnotowości z korzyściami dla funkcjonowania psychicznego (w tym przypadku z poziomem lęku uogólnionego) oraz stosunkowo słaby

związek z samopoczuciem ($r = 0,13$; $p = 0,08$). Możliwe, że miało to związek z niejednoznacznym sposobem funkcjonowania wielu rodzin, o którym wspominają autorki rozdziału dziesiątego (Gambin i in., 2022) – w niektórych rodzinach bliskie relacje mogły stanowić czynnik ochronny, w innych mogły być źródłem dystresu (np. ze względu na konflikty i brak możliwości odreagowania). Przyczyn można poszukiwać w zmianie stylu życia wielu osób w trakcie pandemii – ponieważ konieczne było ograniczenie kontaktów społecznych, otrzymywane wsparcie mogło ulec pewnemu osłabieniu. Najwyraźniej nie zanikło ono jednak całkowicie, tak jak na co dzień ma to miejsce wśród osób niepoohamowanie wspólnotowych i niepoohamowanie sprawczych (Helgeson, 1994; Helgeson, Fritz, 1999). Świadczyć o tym może słaba relacja wspólnotowości z podwyższonym samopoczuciem oraz brak relacji z obniżonym poziomem lęku. Z drugiej strony, osoby te, w przeciwieństwie do osób niepoohamowanie wspólnotowych, prawdopodobnie nie odczuwały dodatkowych trudności np. ze względu na ograniczenie możliwości kontrolowania życia bliskich czy relacji z nimi, co potwierdzają wyniki w zakresie spostrzeganego wpływu pandemii na bliskie relacje. Uwzględnienie tych wszystkich czynników może tłumaczyć, dlaczego relacja wspólnotowości z lękiem uogólnionym i samopoczuciem w tym badaniu nie wystąpiła.

Co ciekawe, wspólnotowość jako jedyna zmienna nie wiązała się ze zdrowiem psychicznym, choć zakładano, że ich relacja będzie istotna, podobnie jak relacja sprawczości ze zdrowiem psychicznym. Próba podejścia do sprawczości i wspólnotowości jako łącznych predyktorów funkcjonowania ludzi w trakcie pandemii również nie ujawniła znaczących efektów. Oba te wyniki sugerują, że funkcjonowanie osób, które jednocześnie cechuje np. wysoki poziom sprawczości i wysoki poziom wspólnotowości, nie różni się znacząco od funkcjonowania osób np. o wysokiej sprawczości, ale niskiej wspólnotowości. Wyniki te tłumaczyć można stopniem, w jaki pandemia wpłynęła na określone obszary życia – zdaje się, że największe zmiany nastąpiły w obszarze bliskich relacji, natomiast w zakresie realizacji celów osobistych wpływ był istotnie mniejszy, szczególnie zdaniem osób sprawczych. Możliwe także, że zachowanie osób sprawczych, które naturalnie mają tendencję do zadaniowego reagowania na stres (Wojciszke, Cieślak, 2014), w obliczu pandemii cechowało się wyższą elastycznością.

Sprawczość mogła sprzyjać przeformułowaniu swoich celów w taki sposób, by były one osiągalne – może to tłumaczyć, dlaczego osoby wysoce sprawcze, mimo ograniczeń, deklarowały wyższe samopoczucie oraz rzadziej doświad-

czały objawów lęku uogólnionego, w przeciwieństwie do osób niepoohamowanie sprawczych. Trudność w dostosowaniu się do nowych warunków, charakterystyczna dla niepoohamowanie sprawczych osób (Wojciszke, Cieślak, 2014), może wyjaśniać, dlaczego spostrzegany wpływ pandemii na realizację celów osobistych miał znaczenie dla stopnia, w jakim obniżało się ich samopoczucie. Podążając za powyższą interpretacją, grupa ta nie tylko nie mogła realizować swoich dotychczasowych planów, ale także nie potrafiła wyznaczyć sobie nowego kierunku, co przyczyniało się do frustracji i obniżenia samopoczucia.

Ograniczenia

Powyższe badanie posiada pewne ograniczenia – ze względu na formę ankiety internetowej ważne było zminimalizowanie ilości pytań, co przełożyło się na ilość zebranych informacji. W kolejnych badaniach warto byłoby skupić się nie tylko na ogólnym spostrzeganiu wpływu pandemii na funkcjonowanie społeczne i indywidualne, ale rozbudować te narzędzia o poszczególne podkategorie – dla wspólnotowości i niepoohamowanej wspólnotowości mogłyby to być np. wymiary kontroli społecznej vs. otrzymywane wsparcie. Przy takim przedsięwzięciu rekomendowane byłoby jednak wcześniejsze skonstruowanie nowych i adekwatnych pozycji ankietowych oraz ich wcześniejsza walidacja, czego w przypadku opisanego wyżej badania nie udało się zrealizować.

Ograniczeniem jest także wiek respondentów i respondentek – ponieważ w badaniu uczestniczyły przede wszystkim osoby młode oraz w większości mężczyźni, to do nich powinny zostać ograniczone wnioski z badania. Choć wspólnotowość i sprawczość analizowane są jako względnie stałe cechy osobowości, istnieje możliwość, że w zależności od pokolenia manifestują się one na różne sposoby. Dodatkowo sytuacja osób młodszych i starszych, a także kobiet i mężczyzn w trakcie pandemii mogła się znacząco różnić, a różnice te mogły z kolei wpłynąć na otrzymane wyniki.

Wnioski

Mimo pewnych ograniczeń, badanie dostarczyło szeregu informacji w zakresie funkcjonowania osób o różnym nasileniu sprawczości, wspólnotowości i niepoohamowanych komponentów tych cech. Związek sprawczości z niskim

lękiem i wysokim samopoczuciem jeszcze raz pokazuje, jak ważne są cechy budujące odporność psychiczną. To ważny wynik, replikujący wiele innych. Wyjątkowo istotna zdaje się być również wykryta interakcja niepoohamowanej sprawczości i spostrzeganego wpływu pandemii na realizację celów osobistych, która prowadziła do obniżenia nastroju wśród osób badanych. Jest to szczególnie ważne, ponieważ osoby niepoohamowanie sprawcze prawdopodobnie utrzymują najmniej kontaktów z innymi ludźmi, są zatem małe szanse, że ich otoczenie zauważy i zareaguje na niepokojące symptomy – z tego powodu warto byłoby rozważyć promocję zdrowia psychicznego oraz zaoferowanie konsultacji psychologicznych m.in. w miejscach pracy. Zdaje się to być bardziej skutecznym środkiem przekazu dla tej konkretnej grupy.

Jednym z istotnych wyników badania jest także relacja sprawczości z niskim poziomem lęku, wysokim samopoczuciem oraz obniżoną podatnością na dostrzeganie wpływu pandemii – być może zachęcanie do rozwijania postawy sprawczej pozwoliłoby na poprawę funkcjonowania psychicznego i zwiększenie odporności psychicznej wśród osób, które dotychczas doświadczały negatywnych konsekwencji psychicznych w związku z pandemią, w szczególności osób niepoohamowanie wspólnotowych. W przypadku osób niepoohamowanie sprawczych warto z kolei rozważyć rozwijanie umiejętności przeformułowania własnych celów w taki sposób, by były one osiągalne, a gdy nie jest to możliwe, zachęcać do poszukiwania nowych obszarów aktywności.

Badanie potwierdziło ponadto istnienie zwiększonego ryzyka na doświadczenie trudności psychologicznych przez osoby o wysokim poziomie niepoohamowanej sprawczości i niepoohamowanej wspólnotowości – może to być istotne w kontekście planowania działań profilaktycznych oraz usług psychologicznych, zwłaszcza w trakcie pandemii, ponieważ dostarcza informacji na temat potencjalnej grupy docelowej. Badanie pozwoliło także uzyskać ogólne informacje dotyczące samopoczucia oraz nasilenia objawów lęku uogólnionego na przełomie drugiej i trzeciej fali pandemii koronawirusa w Polsce.

BIBLIOGRAFIA

- Babicki, M., Mastalerz-Migas, A. (2020). Występowanie zaburzeń lękowych wśród Polaków w dobie pandemii COVID-19. *Psychiatria Polska*, 188, 1–13. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/126230>
- Bakan, D. (1966). *The duality of human existence*. Chicago: Rand McNally.

- Cénat, J. M., Blais-Rochette, C., Kokou-Kpolou, C. K., Noorishad, P. G., Mukunzi, J. N., McIntee, S. E., ... Labelle, P. R. (2021). Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 295, 113599. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>
- Cyniak-Cieciura, M., Zawadzki, B. (2022). Osobowościowe predyktory dobrostanu psychicznego w czasie pandemii COVID-19: analiza profili latentnych. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 127–155). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial04>
- Dragan, M., Skrodzka, M., Grajewski, P. (2020). *Stresory, radzenie sobie oraz symptomy zaburzenia adaptacyjnego w czasie pandemii COVID-19*. Pobrane z: <http://psych.uw.edu.pl/2020/09/29/raport-z-badan-stresory-radzenie-sobie-oraz-symptomy-z-aburzenia-adaptacyjnego-w-czasie-pandemii-covid-19/>
- Gambin, M., Kmita, G., Woźniak-Prus, M., Boruszak-Kiziukiewicz, J., Kubicka, K. (2022). Rodziny z dziećmi i nastolatkami w czasach pandemii COVID-19: złożony obraz relacji. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 291–312). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial10>
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Cudo, A., Hansen, K., Gorgol, J., ... Wnuk, A. (2020). *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego*. Pobrane z: http://psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/98/2020/05/Uwarunkowania_objawow_depresji_leku_w_trakcie_pandemii_raport.pdf
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Wnuk, A., Oleksy, T., Cudo, A., ... Maison, D. (2021). Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity. *Comprehensive Psychiatry*, 105, 152222. <https://doi.org/10.31234/osf.io/42m87>
- Hayes, A. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. Second edition. A regression-based approach*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Helgeson, V. S. (1994). Relation of agency and communion to well-being: Evidence and potential explanations. *Psychological Bulletin*, 116(3), 412–428. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.412>
- Helgeson, V. S., Fritz, H. L. (1999). Unmitigated agency and unmitigated communion: Distinctions from agency and communion. *Journal of Research in Personality*, 33, 131–158. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1999.2241>

- Hirokawa, K., Dohi, I. (2007). Agency and communion related to mental health in Japanese young adults. *Sex Roles*, 56, 517–524. <https://doi.org/10.1007/s11199-007-9190-8>
- Khan, K. S., Mamun, M. A., Griffiths, M. D., Ullah, I. (2020). The mental health impact of the COVID-19 pandemic across different cohorts. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20, 380–386. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00367-0>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., Yorck Herzberg, P. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266–274. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Rose, M. I. (1987). Type A behaviour pattern: A concept revisited. *Canadian Medical Association Journal*, 136(4), 345–350.
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., ... Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Global Health*, 16, 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Wojciszke, B., Cieślak, M. (2014). Orientacja sprawcza i wspólnotowa a wybrane aspekty funkcjonowania zdrowotnego i społecznego. *Psychologia Społeczna*, 9(4), 285–297. <https://doi.org/10.7366/1896180020143002>
- Wojciszke, B., Szlendak, M. A. (2010). Skale do pomiaru orientacji sprawczej i wspólnotowej. *Psychologia Społeczna*, 5(1), 57–69.
- World Health Organization. (1998). *Wellbeing measures in primary health care/The DepCare Project*. Kopenhaga: WHO.
- Wu, T., Jia, X., Shi, H., Niu, J., Yin, X., Xie, J., Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>
- Zawadzki, B., Popiel, A., Bielecki, M., Mroziński, B., Pragłowska, E. (2022). Negatywne reakcje emocjonalne na stres pandemii wirusa SARS-CoV-2: rola stresorów, cech osobowości i poznawczych strategii regulacji emocji zorientowanych na unikanie. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 89–125). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial03>

ZAŁĄCZNIK A

Tabela A1
Korelacje parametryczne r Pearsona

| Zmienne | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
|--|----------|---------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Wspólnotowość | – | 0,03 | 0,63*** | –0,27*** | 0,10 | 0,11 | 0,17* | 0,03 |
| 2. Sprawczość | 0,03 | – | –0,21** | 0,01 | –0,25** | 0,12 | 0,26** | 0,42*** |
| 3. Niepohamowana wspólnotowość | 0,63*** | –0,21** | – | –0,18* | 0,21** | 0,23** | 0,31*** | –0,13 |
| 4. Niepohamowana sprawczość | –0,27*** | 0,007 | –0,18* | – | 0,01 | 0,18* | 0,24** | –0,11 |
| 5. Wpływ pandemii na realizację celów osobistych | 0,08 | –0,25** | 0,21** | 0,01 | – | 0,32*** | 0,26*** | –0,52*** |
| 6. Wpływ pandemii na bliskie relacje | 0,14 | –0,12 | 0,23** | 0,18* | 0,32*** | – | 0,37*** | –0,37*** |
| 7. Lęk uogólniony | 0,21** | –0,26** | 0,31*** | 0,24** | 0,26*** | 0,37*** | – | –0,54*** |
| 8. Samopoczucie | –0,14 | 0,42*** | 0,13 | –0,11 | –0,52*** | –0,37*** | –0,54*** | – |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Tabela A2
Korelacje nieparametryczne ρ Spearmana

| Zmienne | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 6. | 7. | 8. |
|--|----------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Wspólnotowość | – | 0,27 | –0,60*** | –0,26*** | 0,08 | 0,12 | 0,21** | –0,01 |
| 2. Sprawczość | 0,03 | – | –0,19** | 0,00 | –0,23** | –0,11 | –0,25** | 0,43*** |
| 3. Niepohamowana wspólnotowość | 0,60*** | –0,19** | – | –0,14 | 0,20** | 0,21** | 0,30*** | –0,14 |
| 4. Niepohamowana sprawczość | –0,26*** | 0,00 | –0,14 | – | 0,04 | 0,19* | 0,22** | –0,09 |
| 5. Wpływ pandemii na realizację celów osobistych | 0,08 | –0,23** | 0,20** | 0,04 | – | 0,32*** | 0,29*** | –0,51*** |
| 6. Wpływ pandemii na bliskie relacje | 0,14 | –0,11 | 0,21** | 0,19* | 0,32*** | – | 0,38*** | –0,36*** |
| 7. Lęk uogólniony | 0,21** | –0,25** | 0,30*** | 0,22** | 0,29*** | 0,38*** | – | –0,56*** |
| 8. Samopoczucie | –0,01 | 0,43*** | –0,14 | –0,09 | –0,51*** | –0,36*** | –0,56*** | – |

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

OLIWIA MACIANTOWICZ  <https://orcid.org/0000-0002-3099-5956>

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

MATEUSZ CHOIŃSKI  <https://orcid.org/0000-0002-8705-2174>

Pracownia Neuropsychologii, Instytut Biologii Doświadczalnej
im. Marcelego Nenckiego, Polska Akademia Nauk

Postawy wobec pandemii COVID-19 w Polsce: powiązania z klarownością Ja, poczuciem sensu życia oraz religijnością

Attitudes toward COVID-19 Pandemic in Poland: associations with Self-concept clarity, meaning in life and religiosity

Autor korespondencyjny: Oliwia Maciantowicz
e-mail: oliwia.maciantowicz@psych.uw.edu.pl

Niniejszy rozdział powstał na podstawie analizy danych zebranych w jednym z badań zrealizowanych w ramach grantu Narodowego Centrum Nauki o nr 2017/25/N/HS6/00552, przyznanej pierwszej autorce.

Streszczenie

Wybuch pandemii COVID-19 niemal z dnia na dzień postawił wszystkich ludzi w zupełnie nowej sytuacji. Ograniczenie swobód oraz zagrożenie zdrowia, życia i sytuacji materialnej wymusiło weryfikację planów na przyszłość i wartości. W niniejszym badaniu za cel postawiono sobie sprawdzenie, w jaki sposób koncepcje na temat siebie, sensu własnej egzystencji oraz religijność powiązane są z postawami wobec pandemii. Badanie przeprowadzono w reprezentatywnej próbie populacji Polaków w wieku od 18 do 40 lat (dobór kwotowy na podstawie płci, wieku i miejsca zamieszkania badanych; $N = 448$; 218 kobiet i 230 mężczyzn). Analiza korelacyjna wykazała, że im większą klarownością koncepcji siebie charakteryzowali się badani, tym mniejsze poczucie zagrożenia budziła w nich sytuacja pandemii. Zarówno poczucie zagrożenia i niezadowolenia związane były z większym poszukiwaniem sensu swojego życia. Religijność związana była z obawą o sytuację materialną bliskich, przestrzeganiem obostrzeń dotyczących dystansu społecznego, ale i sceptycyzmem co do skali zagrożenia rysowanej w mediach oraz, na wymiarze ogólnym, z poczuciem niezadowolenia z sytuacji pandemii. Przeprowadzone badanie sugeruje, że sposób przeżywania bezprecedensowej sytuacji globalnej pandemii w istocie powiązany jest z tym, jak odbieramy samych siebie i jakie znaczenie nadajemy swojej egzystencji. Powiązanie wymiaru zagrożenia i niezadowolenia z obecnej sytuacji z poszukiwaniem sensu życia może świadczyć o podejmowaniu prób odzyskania poznawczej kontroli nad własnym życiem i odzyskania uporządkowanego i przewidywalnego obrazu świata.

Słowa kluczowe: klarowność pojęcia Ja, obecność sensu życia, poszukiwanie sensu życia, religijność, postawy wobec pandemii COVID-19

Abstract

The outbreak of the COVID-19 pandemic put all of the world in a completely new situation. Restriction of freedoms and threat to health, life and economic situation forced the verification of plans for the future and personal values. The present study aimed to find out how the concepts about oneself and the meaning of one's existence, as well as religiosity are related to attitudes towards the pandemic. The study was conducted on a representative sample of the Polish population aged 18–40 years ($N = 448$; 218 women and 230 men). The correlational analysis showed that the greater the clarity of self-concept was, the lower the sense of threat the pandemic situation evoked. Both feelings of threat and dissatisfaction were associated with a greater search for meaning in life. Religiosity was associated with fear for the material situation of relatives, adherence to the strictures of social distance, but also skepticism about the scale of the threat drawn in the media, and on a general dimension, with a sense of dissatisfaction with the situation of the pandemic. The study suggests that the way we experience the unprecedented situation of a global pandemic is actually related to how we perceive ourselves and the meaning we give to our existence. The relationship between the dimensions of threat and dissatisfaction with the current situation with the search for meaning in life, may indicate an attempt to regain cognitive control over one's own life and to regain an ordered and predictable picture of the world.

Keywords: Self-concept clarity, presence of meaning in life, search for the meaning of life, religiosity, attitudes towards COVID-19 pandemic

Pandemia COVID-19 jest sytuacją, która zmieniła codzienność większości populacji świata w zaledwie kilka miesięcy. Sytuacja epidemiologiczna zmieniała się bardzo dynamicznie. W połowie grudnia 2019 roku Chiny powiadomiły Światową Organizację Zdrowia o pojawieniu się wzrastającej liczby pacjentów z szybko postępującym zapaleniem płuc nieznanego pochodzenia. W wyniku

tego 11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła wybuch światowej pandemii COVID-19, choroby spowodowanej przez nowego koronawirusa. W następstwie szybko postępujących zakażeń w niemal wszystkich krajach świata, pragnąc zapobiec rozprzestrzenianiu się wirusa, w marcu i kwietniu 2020 roku większość krajów wprowadziła obostrzenia epidemiologiczne. Próba ratowania zdrowia powszechnego zaczęła się zatem wiązać ze zmianami w życiu codziennym ludzi. Zamknięto do odwołania szkoły, uniwersytety, zakłady branży usług gastronomicznych, kosmetycznych a często również medycznych. Wiele zakładów pracy zdecydowało się przejść na system pracy zdalnej. W przestrzeniach publicznych, których nie zamknięto na czas obostrzeń, wprowadzono obowiązek noszenia maseczek w celu zapobiegania transmisji kropelkowej wirusa. Wszechobecne stały się pomiary temperatury, noszenie dodatkowo rękawic chirurgicznych, dezynfekcja zarówno rąk, jak i powierzchni narażonych na kontakt z mikrobiomem innych ludzi (Evolytics, 2020).

Wyjątkowość pandemii COVID-19, poza aspektem walki z chorobą spowodowaną nowym koronawirusem, polega na jej globalnym rozmiarze. W krótkim okresie czasu nie tylko niemal wykładniczo rosła liczba zakażonych i przebywających w izolacji, ale również dyskurs społeczny i medialny zachęcał ludzi do izolacji i społecznego dystansowania się. Zamknięcie lokali gastronomicznych, usługowych i wielu innych zakładów pracy, wraz z zaleceniami ogólnego ograniczania do minimum kontaktów międzyludzkich, skutkowało tym, że ogromna część społeczeństwa nagle znalazła się w sytuacji nowej codzienności, okrojonej z pewnych przyzwyczajzeń, rytuałów i stymulacji społecznej. Świadomość zagrożenia epidemiologicznego mogła sprawiać, że spotkania z drugim człowiekiem, nawet jeśli miały miejsce, wiązały się z większym dystansem i stresem niż przed pandemią.

W niniejszym badaniu próbowano zaobserwować wzorzec możliwych postaw wobec sytuacji pandemii COVID-19. Tworząc pozycje kwestionariuszowe, starano się odzwierciedlić dwa wymiary postrzegania tej sytuacji: (1) poczucie zagrożenia połączone z postawą zrozumienia dla obostrzeń oraz (2) poczucie niezadowolenia, współistniejące z wewnętrzną niezgodą na wszelkie ograniczenia i narrację zagrożenia.

Skuteczne radzenie sobie z problemami ułatwiają zarówno czynniki interpersonalne lub zasoby zewnętrzne, takie jak wsparcie społeczne (zob. Sarason, Sarason, Pierce, 1990), jak i czynniki intrapersonalne lub zasoby wewnętrzne (np. Campbell i in., 1996; De Cremer, Sedikides, 2005; Park, Baumeister, 2017). Ze względu na to, że pandemia uniemożliwiła dużej części społeczeństwa swo-

bodne korzystanie ze wsparcia społecznego w drodze bezpośredniego kontaktu, w niniejszej pracy zdecydowano się sprawdzić powiązania intrapersonalnych czynników mających szansę działania chroniącego przed negatywnymi konsekwencjami dla zdrowia psychicznego ludzi, takich jak klarowność koncepcji Ja, poczucie sensu życia i religijność. Są to zasoby wewnętrzne, których adaptacyjna rola w sytuacjach nieprzewidywalnych i zagrażających została dobrze udokumentowana (np. Clements, Ermakova, 2012; Park, Gutierrez, 2013; Ritchie, Sedikides, Wildschut, Arndt, Gidron, 2011). Oczywiście jest to dobór subiektywny, nie wyczerpujący listy właściwości warunkujących przystosowanie człowieka do sytuacji pandemii. O roli cech osobowości, ze szczególnym uwzględnieniem stabilności emocjonalnej Czytelnik może przeczytać w rozdziale trzecim niniejszego opracowania (Zawadzki, Popiel, Bielecki, Mroziński, Pragłowska, 2022). Z kolei w rozdziale piątym autorki wskazują na wpływ niepohamowanej sprawczości i wspólnotowości na doświadczanie silniejszych objawów lęku uogólnionego w obliczu pandemii (Wojtkowiak, Hansen, 2022).

Czynniki ułatwiające radzenie sobie z sytuacjami trudnymi

Klarowność pojęcia Ja. Klarowność koncepcji siebie samego oznacza posiadanie przez jednostkę wewnątrznie spójnej, zintegrowanej i stabilnej koncepcji swojej osoby w czasie. Klarowność obrazu siebie jest strukturalnym aspektem obrazu siebie, odzwierciedla organizację treści i składa się z przekonań na temat swoich właściwości (Campbell i in., 1996).

Istnieją dowody na to, że klarowność obrazu siebie wiąże się z dobrostanem psychicznym (np. Campbell i in., 1996; De Cremer, Sedikides, 2005). Klarowność obrazu siebie (w porównaniu z dezorientacją) powinna ułatwiać procesy samoregulacji (np. Higgins, 1987; Markus, Nurius, 1986). Ritchie i in. (2011) również wykazali, że klarowność obrazu siebie pośredniczy w relacji między różnymi rodzajami stresujących wydarzeń życiowych z subiektywnym dobrostanem psychicznym. Podobne zależności pokazali Lee-Flynn, Pomaki, DeLongis, Biesanz, Puterman (2011), ukazując w badaniach podłużnych, że osoby o obniżonych poziomach samooceny i klarowności Ja były wrażliwsze na zarówno dług- i krótkoterminowe efekty stresu.

Analogiczne zależności opisano w badaniu zrealizowanym w Korei (Lee, 2021). Okazało się, że wyższa klarowność koncepcji siebie wiązała się, przy kontroli innych zmiennych, z niższymi poziomami stresu związanego z pandemią COVID-19.

Podobnie, zrealizowane we Włoszech badania dzienniczkowe pokazały, że podczas pandemii osoby o niskim poziomie klarowności przekonań na temat własnej osoby wykazywały najwyższy poziom negatywnego afektu w całym okresie badania. Jednak zaraz po wprowadzeniu obostrzeń przeciw rozprzestrzenianiu się wirusa (tzw. *lockdown*) to osoby o wyższej klarowności Ja wykazały gwałtowniejszy wzrost dziennego poziomu negatywnego afektu, intensywniej reagując na samą zmianę sytuacji (Alessandri, Longis, Golfieri, Crocetti, 2021).

Poczucie sensu życia. Poczucie sensu życia uważane jest za jeden z fundamentalnych czynników adaptacyjnych (Steger, Kashdan, Sullivan, Lorentz, 2008). W definicjach poczucia sensu życia zwraca się współcześnie uwagę na trzy składowe: (1) zrozumiałość swojego życia i świata, (2) posiadanie celu życiowego subiektywnie uważanego za wartościowy i (3) poczucie, że własne istnienie ma znaczenie (George, Park, 2016; Martela, Steger, 2016). Liczne doniesienia literaturowe wskazują na związek poczucia sensu życia z psychologicznym dobrostanem (King, Hicks, Krull, Del Gaiso, 2006; Reker, 2002; Steger, 2018). Co więcej, wykazano negatywne zależności pomiędzy poczuciem sensowności życia a występowaniem symptomów depresyjnych (Kleiman, Beaver, 2013) i poziomem odczuwanego stresu w życiu codziennym (Park, Baumeister, 2017). Osoby odczuwające większy sens dysponowały bardziej adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie (Thompson, Coker, Krause, Henry, 2003) i lepiej przystosowywały się do stresujących zdarzeń (Park, Gutierrez, 2013). Poczucie sensu życia stanowi zatem czynnik ochronny przed następstwami negatywnych zdarzeń życiowych. Park i Baumeister (2017) wykazali ponadto, że w obliczu antycypacji stresujących zdarzeń ludzie skłonni są do podejmowania prób wytworzenia owego parasola ochronnego, wykazując większą motywację do poszukiwania sensu.

Sytuacja pandemii COVID-19 spowodowała znaczące zmiany w codziennym funkcjonowaniu większości ludzi. Przyrost zakażeń i wprowadzanie przez rządy kolejnych obostrzeń znacząco obniżyło przewidywalność i zrozumiałość otaczającej rzeczywistości oraz utrudniło realizację celów. Rzeczywistość, w której przewidywalność została zachwiana i którą trudno jest zrozumieć w oparciu o dotychczas posiadane schematy poznawcze stanowi zatem znaczące zagrożenie dla poczucia sensowności życia. Z kolei osoby cechujące się wysokim poczuciem sensu mogą lepiej radzić sobie ze stresem spowodowanym nowymi warunkami. W niedawno opublikowanym badaniu Arslan i Allen

(2021) wykazali, że poczucie sensu życia mediuje związek pomiędzy stresem wywołanym pandemią a psychologicznym dobrostanem.

Religijność. Religijność okazuje się być związana z wieloma pozytywnymi aspektami funkcjonowania psychologicznego, np. lepszym zdrowiem (Maltby i in., 2010) i większym dobrostanem psychicznym (Ellison, 1991). Współczesne badania wskazują również na pozytywną korelację między przekonaniami religijnymi a adaptacyjną strukturą osobowości, taką jak wyższa ugodowość, sumienność i empatia (np. Łowicki, Zajenkowski, 2017). Sama religijność i angażowanie się w praktyki religijne są od lat umiejscawiane w psychologii jako rodzaj zewnętrznej formy poczucia kontroli, kompensującej wcześniejszą utratę poczucia kontroli i pomagającej w redukcji lęku i niepewności (np. Kay, Gaucher, McGregor, Nash, 2010). Zatem na podstawie powyższych doniesień można by przypuszczać, że religijność powinna być jednym z czynników chroniących jednostki przed negatywnymi skutkami sytuacji pandemii.

Z drugiej strony jednak istnieją badania pokazujące, że religijność może współwystępować z trudnościami w analitycznym rozumowaniu (Pennycook, Ross, Koehler, Fugelsang, 2016; Zuckerman, Silberman, Hall, 2013), które to znowu może okazać się przydatne w zrozumieniu obecnej sytuacji i zaadaptowaniu się do niej. Jak wskazują Brooks i in. (2020), zrozumienie źródeł i mechanizmów panującej pandemii powinno redukować związane z nią negatywne konsekwencje dla zdrowia psychicznego, gdyż dzięki dogłębnemu przetworzeniu rzetelnych danych ludzie uzyskują szansę na chociaż częściowe odzyskanie kontroli.

Jedno z najnowszych badań ukazuje właśnie ową dwoistą rolę religijności w ludzkich reakcjach na sytuację pandemii (Kranz, Niepel, Botes, Greiff, 2020). W badaniu tym okazało się, że osoby wysoce religijne uzyskały wyższe wyniki w zakresie somatycznego komponentu lęku przed koronawirusem (emocjonalność), ale niższe w zakresie komponentu poznawczego (zamartwianie się). Jeśli chodzi o zachowania prewencyjne, uczestnicy wysoce religijni zgłaszali więcej nieracjonalnych zachowań (np. unikanie sieci 5G, gromadzenie papieru toaletowego) niż uczestnicy o niskiej religijności. Istnieją doniesienia sugerujące, że stereotypy i teorie spiskowe występujące wśród osób o fundamentalistycznych poglądach mogą same w sobie być mechanizmami regulującymi, umożliwiającymi domknięcie poznawcze, odzyskanie kontroli i redukcję lęku przed zagrożeniem (np. Kossowska, Szwed, Czernatowicz-Kukuczka, Sekerdej, Wyczesany, 2017).

Cel badawczy

Celem przedstawionych w rozdziale analiz była odpowiedź na pytanie, czy klarowność koncepcji Ja, poczucie sensu życia i religijność stanowią czynniki buforowe przed obawami dotyczącymi sytuacji pandemii COVID-19. Przeprowadzono w tym celu analizy korelacyjne przy kontroli zmiennych demograficznych, takich jak wiek i płeć.

Postanowiono sprawdzić, jak zmienne uznawane za chroniące przed negatywnymi stanami emocjonalnymi i spadkiem zdrowia psychicznego (klarowność koncepcji Ja, poczucie sensu życia i religijność) będą się wiązały z poczuciem zagrożenia w trakcie pandemii, przestrzeganiem obostrzeń oraz ogólnym niezadowoleniem z obecnej sytuacji. Osoby dysponujące bogatszymi zasobami psychologicznymi lepiej radzić sobie będą w nowej, zagrażającej sytuacji, najprawdopodobniej przejawiając zarówno mniejszy poziom niezadowolenia, jak i niższe poczucie zagrożenia. Podejrzewano, że klarowność koncepcji Ja będzie negatywnie związana z wymiarami poczucia zagrożenia i niezadowolenia z obecnej sytuacji (H1). Podobne zależności oczekiwane były w przypadku obecności sensu (H2). Zgodnie z modelem obecność sensu – poszukiwanie sensu (Steger i in., 2006) ograniczenie poczucia sensu życia, na przykład pod wpływem niezrozumiałej i niekontrolowanej sytuacji (a za taką uznać można sytuację pandemii), skutkuje mobilizacją zasobów do poszukiwania sensu celem odzyskania poznawczej kontroli nad swoim życiem i otoczeniem. Stąd przewidywać można, że wymiar poszukiwania sensu będzie istotnie dodatnio związany zarówno z niezadowoleniem z obecnej sytuacji, jak i poczuciem zagrożenia (H3).

W przypadku religijności trudno jest postawić jednoznaczną hipotezę, biorąc pod uwagę wyniki ostatnich badań na temat związku religijności z wiarą w nieracjonalne przekonania na temat pandemii i wyższy lęk w związku z nią (Kranz i in., 2020). Z jednej strony, jak opisano wcześniej, religijność może pełnić rolę chroniącą przed negatywnymi stanami, z drugiej jednak strony może współistnieć z brakiem racjonalności, który potencjalnie utrudnia stabilizację emocjonalną. Z tego powodu analiza roli religijności w kształtowaniu postaw wobec COVID-19 w niniejszym badaniu miała charakter głównie eksploracyjny. Na podstawie ostatnich pokrewnych badań realizowanych w czasie pandemii (Kranz i in., 2020) można jednak spodziewać się istotnej, pozytywnej relacji z wymiarami zagrożenia i niezadowolenia z obecnej sytuacji.

METODA

Osoby badane

Na podstawie poprzednich badań dotyczących zdrowia psychicznego zakładaliśmy, że badane przez nas zmienne wyjaśniające wykażą współczynniki determinacji ze zmiennymi wyjaśnianymi na poziomie od 4 do 10% (np. Campbell i in., 1996; Kossakowska, Kwiatek, Stefaniak, 2013). Przy takich założeniach i przy współczynniku błędu nie przekraczającym 5% program G*Power (Faul, Erdfelder, Lang, Buchner, 2007) wskazał próbę od 124 do 319 osób jako wystarczającą do oszacowania tego rodzaju efektów. Badanie zostało zatem zaplanowane tak, aby zebrać min. 400 obserwacji. Przy pomocy ogólnopolskiego panelu badawczego zbadano reprezentatywną grupę Polaków (reprezentatywność dobrano kwotowo na podstawie kryteriów płci, wieku i wielkości miejsca zamieszkania) w wieku 18–40 lat (średnia wieku wyniosła $M = 29,60$ lat, przy odchyleniu standardowym $SD = 6,03$). W badaniu wzięło udział 218 kobiet i 230 mężczyzn. W tej grupie 7,8% miało wykształcenie podstawowe/zasadnicze lub gimnazjalne; 33% badanych miało wykształcenie średnie; 11,8% – wykształcenie pomaturalne/policealne; 3,3% – wykształcenie niepełne wyższe i 44,2% – wykształcenie wyższe. Na wsi mieszkało 39,3% badanych; 12,1% – to mieszkańcy małych miast; 19,6% – mieszkańcy średnich miast; 17% – mieszkańcy dużych miast, a 12,1% – mieszkańcy wielkich miast. Osoby pracujące stanowiły 70% osób badanych; 10,7% to osoby niepracujące, poszukujące pracy; 10,5% – osoby niepracujące, kształcące się, a 9,8% – osoby niepracujące z innych powodów (np., niepełnosprawność; urlop macierzyński/ wychowawczy, opieka nad niepełnosprawnymi lub starszymi bliskimi).

Procedura

Badanie zostało przeprowadzone za pośrednictwem panelu badawczego i było w pełni anonimowe. Zadaniem badanych było ustosunkowanie się do zestawu kwestionariuszy. Instrukcja do badania zawierała opis celów badania, dawała możliwość kontaktu z autorami badania i uzyskania raportu zbiorczego. Wszyscy uczestnicy badania za jego wypełnienie otrzymali odpowiednią liczbę punktów, które mogli następnie wymienić na nagrodę, wybierając ją z katalogu nagród panelu badawczego.

Narzędzia

Postawy wobec pandemii COVID-19. Narzędzie do pomiaru postaw wobec pandemii zostało stworzone przez autorów badania. Generując pozycje kwestionariuszowe, planowano zawrzeć w nich dwa wymiary postrzegania sytuacji pandemii: poczucie zagrożenia połączone z podstawą zrozumienia dla obostrzeń oraz poczucie niezadowolenia współlistniejące z wewnętrzną niezgodą na wszelkie ograniczenia i narrację zagrożenia. Wymiary te odzwierciedlać mają odpowiednio aspekt emocjonalny i poznawczy oceny sytuacji pandemii. Po etapie generowania pozycji kwestionariuszowych dokonano ich selekcji, tak aby narzędzie zawierało pytania różnorodne i dotyczące możliwie jak najobszerniejszego spektrum emocji, obaw i postaw wobec sytuacji pandemii COVID-19. Wszystkie pozycje kwestionariuszowe zostały zamieszczone w tabeli 2, ukazującej uzyskane w badaniu korelacje.

Przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową z zastosowaniem metody głównych składowych, która wykazała, że do danych pasuje model dwuczynnikowy. Czynniki wyjaśniają 55,5% wariancji. Ładunki pozycji zakwalifikowanych do poszczególnych czynników wahały się od 0,51 do 0,81. Wartości te są uważane za wystarczające do uznania czynnika za rzetelny (Stevens, 2012). Trzy pozycje (nr 6, 7 i 8) nie zostały zakwalifikowane do żadnego z czynników, gdyż ich ładunki były podobne dla obu czynników (0,46 i 0,46; 0,51 i 0,52; 0,52 i 0,53). Reasumując, pozycje 3, 4, 9, 10, 13, 14 i 15 zostały zakwalifikowane do pierwszego czynnika opisującego wymiar postrzegania pandemii jako zagrożenia i związanego z tym przestrzegania obostrzeń. Pozycje 1, 2, 5 oraz 11 zostały zakwalifikowane do wymiaru drugiego, oddającego niezadowolenie z obecnej sytuacji, polegające na niezgodzie na obostrzenia i ograniczenie swobód oraz dewaluację zagrożenia epidemiologicznego na rzecz zagrożenia ekonomicznego. Dodatkowo wartości α Cronbacha uzyskane w niniejszym badaniu dla obu skal są satysfakcjonujące (tabela 1). Niższa jest rzetelność skali niezadowolenia z obecnej sytuacji (0,70), jednak ta skala składa się tylko z czterech pozycji, zaś mała liczba pozycji może obniżać wskaźnik α Cronbacha (np. Ziegler, Kemper, Krueger, 2014).

Religijność

Do pomiaru religijności wykorzystano polską wersję kwestionariusza opracowanego przez Willard i Norenzayana (2013), który składa się z 3 pozycji z 8-punktową skalą odpowiedzi Likerta (od 1 – *zdecydowanie się nie zgadzam*, do 8 – *zdecydowanie się zgadzam*). Pomiar ten ma na celu uchwycenie ogólnej religijności, niezależnie od przynależności religijnej.

Poczucie sensu życia

Poczucie sensu życia zostało zmierzone za pomocą polskiej wersji kwestionariusza MLQ (*Meaning of Life Questionnaire*; Steger, Frazier, Oishi, Kaler, 2006). Kwestionariusz MLQ mierzy deklarowany sens w życiu (obecność sensu w życiu) oraz poszukiwanie sensu w życiu. Narzędzie składa się z 10 pozycji kwestionariuszowych, 5 pozycji na każdy z zawartych w nim wymiarów i korzysta z 7-stopniowej skali odpowiedzi, gdzie 1 oznacza *absolutna nieprawda*, a 7 – *absolutna prawda*.

Własności psychometryczne polskiej wersji narzędzia (Kossakowska, Kwiatek, Stefaniak, 2013) są średnio zadowalające i odbiegają od wersji oryginalnej, jest to jednak związane najprawdopodobniej z różnicami kulturowymi. W populacji polskiej znajduje empiryczne potwierdzenie model teoretyczny, w którym możliwe jest współwystępowanie wymiaru poszukiwania sensu i obecności sensu. Sami Steger i in. (2006) postulują możliwość i teoretyczne podwaliny pod istnienie takiego modelu, jednak w badanej przez nich populacji potwierdził się inny model, zakładający większą rozbieżność pomiędzy wymiarami oraz ujemną korelację pomiędzy nimi. W niniejszym badaniu zdaje się potwierdzać struktura narzędzia wcześniej opisywana w polskiej populacji, interkorelacja pomiędzy wymiarami obecności sensu życia i jego poszukiwania wyniosła $r = 0,54$ ($p < 0,001$).

Klarowność pojęcia Ja

Do pomiaru klarowności koncepcji Ja użyto *Skali klarowności pojęcia Ja* (*Self-Concept Clarity Scale*; Campbell i in., 1996; polska wersja: Suszek, Fronczyk, Kopera, Maliszewski, Łyś, 2018), mierzącej stopień, w jakim przekona-

nia na temat samego siebie są wewnętrznie spójne i stabilne w czasie. Wersja użyta w niniejszym badaniu składa się z 12 pozycji mierzących klarowność ogólną koncepcji Ja. Każdą pozycję kwestionariuszową ocenia się na skali od 1 – *zdecydowanie nie zgadzam się*, do 5 – *zdecydowanie zgadzam się*.

Wszystkie użyte w badaniu narzędzia wykazały satysfakcjonujące współczynniki rzetelności (tabela 1).

Tabela 1

Średnie, odchylenia standardowe i współczynniki rzetelności badanych zmiennych.

| | <i>M</i> | <i>SD</i> | α Cronbacha | Skośność | Kurtoza |
|-------------------------------------|----------|-----------|--------------------|----------|---------|
| Klarowność Ja | 33,78 | 7,31 | 0,86 | 0,47 | 0,24 |
| Obecność sensu | 23,13 | 4,84 | 0,83 | 0,04 | 0,10 |
| Poszukiwanie sensu | 24,48 | 4,64 | 0,88 | -0,04 | 0,10 |
| Religijność | 15,15 | 5,91 | 0,86 | -0,49 | -0,34 |
| Poczucie zagrożenia obecną sytuacją | 19,35 | 5,04 | 0,88 | -0,29 | -0,32 |
| Niezadowolenie z obecnej sytuacji | 11,69 | 7,45 | 0,71 | -0,34 | -0,06 |

WYNIKI

Wyniki analizy korelacji *r* Pearsona pomiędzy badanymi zmiennymi zostały przedstawione w tabeli 2. Zawiera ona również umieszczone w nawiasach semicząstkowe współczynniki korelacji przy kontroli zmiennych demograficznych płci i wieku.

Większość znalezionych efektów utrzymała zarówno istotność statystyczną, jak i przybliżoną wielkość przy kontroli płci i wieku osób badanych. Jedynie korelacja klarowności koncepcji siebie z wymiarem niezadowolenia z obecnej sytuacji wzrosła i stała się istotna przy kontroli płci i wieku (z poziomu 0,06 do poziomu 0,11; $p < 0,05$).

Klarowność koncepcji Ja wykazała również kilka istotnych statystycznie ujemnych korelacji z niektórymi pozycjami kwestionariuszowymi, głównie dotyczącymi wymiaru zagrożenia (wartości współczynników wahały się od -0,10 do -0,20).

Tabela 2

Współczynniki korelacji pomiędzy klarownością Ja, sensem życia i religijnością wobec pandemii COVID-19

| | Klarowność Ja | Obecność sensu życia | Poszukiwanie sensu | Religijność |
|---|--------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 1. Nie podoba mi się to, że z powodu pandemii ograniczana jest moja wolność. | -0,00 (-0,00) | 0,04 (0,04) | 0,10* (0,10*) | 0,10* (0,10*) |
| 2. Negatywnie na mnie wpływa fakt, że nie mogę tworzyć planów na przyszłość. | -0,12* (-0,11*) | 0,13** (0,11*) | 0,30** (0,30**) | 0,14** (0,13**) |
| 3. Staram się jak najmniej wychodzić na dwór, żeby nie zarazić się koronawirusem. | -0,13** (0,14**) | 0,04 (0,02) | 0,13** (0,12*) | -0,06 (-0,06) |
| 4. Sytuacja pandemii COVID-19 wzbudza we mnie lęk. | -0,20** (-0,22**) | 0,08 (0,06) | 0,17** (0,15**) | 0,03 (0,02) |
| 5. Przeszkadza mi, że nie mogę robić wielu rzeczy. | -0,03 (-0,03) | 0,10* (0,09*) | 0,17** (0,16**) | 0,14** (0,12**) |
| 6. Obawiam się, że nigdy nie wrócimy już do normalności sprzed wybuchu pandemii. | -0,14** (-0,15**) | 0,05 (0,03) | 0,13** (0,11*) | 0,06 (0,05) |
| 7. Obawiam się, że epidemia wpłynie na moją sytuację materialną. | -0,10* (-0,10*) | -0,02 (-0,04) | 0,15** (0,13**) | 0,08 (0,07) |
| 8. Obawiam się, że epidemia wpłynie na sytuację materialną moich bliskich. | 0,01 (-0,01) | 0,13** (0,11*) | 0,22** (0,20**) | 0,11* (0,10*) |
| 9. Uważam, że koronawirus jest realnym zagrożeniem dla mojego zdrowia. | -0,13** (-0,14**) | 0,10* (0,09#) | 0,11* (0,09#) | 0,05 (0,05) |
| 10. Uważam, że koronawirus jest realnym zagrożeniem dla zdrowia moich bliskich. | -0,07 (-0,08) | 0,10* (0,07) | 0,14** (0,13**) | 0,01 (0,01) |
| 11. Uważam, że zagrożenie zakażeniem nie jest tak duże, jak przedstawia się w mediach. | -0,01 (-0,00) | -0,02 (0,00) | -0,03 (-0,02) | 0,11* (0,11*) |
| 12. Pandemia stanowi większe zagrożenie ekonomiczne niż zdrowotne. | -0,05 (-0,05) | 0,02 (0,00) | 0,03 (0,02) | 0,10* (0,10*) |
| 13. Popieram obowiązek noszenia masek w przestrzeni publicznej. | -0,00 (-0,01) | 0,09 (0,07) | 0,14** (0,12**) | -0,04 (-0,03) |
| 14. Przestrzegam zaleceń dotyczących ograniczenia do minimum kontaktu z innymi ludźmi. | -0,02 (-0,03) | 0,12* (0,09*) | 0,19** (0,17**) | 0,11* (0,10*) |
| 15. Uważam, że należy nauczyć się funkcjonować w nowych warunkach gdyż koronawirus pozostanie w naszym środowisku przez dłuższy czas. | 0,08 (-0,08) | 0,19** (0,16**) | 0,21** (0,18**) | 0,11* (0,10*) |
| Poczucie zagrożenia obecną sytuacją | -0,09 (-0,05) | 0,13** (0,11*) | 0,21** (0,18**) | 0,03 (0,02) |
| Niezadowolenie z obecnej sytuacji | -0,06 (-0,11*) | 0,07 (0,07) | 0,15** (0,15**) | 0,16** (0,16**) |

Adnotacja. W nawiasach znajdują się semicząstkowe współczynniki korelacji przy kontroli płci i wieku. Współczynniki istotnie statystycznie zaznaczono pogrubioną czcionką.

0,05 < p < 0,07; * p < 0,05; ** p < 0,01.

Obecność sensu życia wykazała istotny statystycznie dodatni związek z poczuciem zagrożenia obecną sytuacją ($r = 0,13$; $p < 0,01$). Analizując związki obecności sensu życia z poszczególnymi pozycjami kwestionariuszowymi, można zauważyć, że większość z nich należy właśnie do wymiaru zagrożenia. Współczynniki tych korelacji wahają się od 0,10 do 0,19. Obecność sensu życia wykazała tylko dwie istotne statystycznie relacje z pozycjami należącymi do wymiaru niezadowolenia ($r = 0,10$; $p < 0,05$ oraz $r = 0,13$; $p < 0,05$).

Poszukiwanie sensu życia wiązało się pozytywnie i istotnie statystycznie z oboma wymiarami postaw wobec pandemii ($r = 0,13$; $p < 0,05$ dla wymiaru niezadowolenia oraz $r = 0,21$; $p < 0,05$ dla wymiaru zagrożenia). Ponadto poszukiwanie sensu życia wiązało się istotnie statystycznie z niemal wszystkimi poszczególnymi pozycjami kwestionariuszowymi dotyczącymi pandemii.

Religijność wykazała istotny statystycznie pozytywny związek jedynie z wymiarem niezadowolenia z obecnej sytuacji ($r = 0,16$; $p < 0,05$), wykazując tym samym istotny związek ze wszystkimi pozycjami z tej skali (współczynniki wahają się od 0,10 do 0,14). Równocześnie religijność wykazała trzy dodatnie i istotne statystycznie związki z pozycjami z wymiaru zagrożenia, tj.: „Pandemia stanowi większe zagrożenie ekonomiczne (...)” ($r = 0,10$; $p < 0,05$); „Przestrzegam zaleceń (...)” ($r = 0,11$; $p < 0,05$); „Uważam, że należy nauczyć się funkcjonować w nowych (...)” ($r = 0,11$; $p < 0,05$).

Aby wyjaśnić wariację odpowiednio poczucia zagrożenia obecną sytuacją oraz niezadowolenia z obecnej sytuacji, przeprowadzono analizę regresji liniowej (tabela 3). Klarowność Ja, poszukiwanie oraz obecność sensu i religijność wprowadzono jako predyktory do obu modeli. W przypadku poczucia zagrożenia obecną sytuacją klarowność Ja i obecność sensu okazały się pozostać istotnymi statystycznie predyktorami, natomiast obecność sensu i religijność były istotne w wyjaśnianiu wariacji niezadowolenia z życia.

Tabela 3
Wyniki analizy regresji

| Predyktory/zmienna zależna | Poczucie zagrożenia obecną sytuacją | Niezadowolenie z obecnej sytuacji |
|----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Klarowność Ja | $\beta = -0,14^{**}$ | $\beta = -0,07$ |
| Poszukiwanie sensu | $\beta = 0,17^{**}$ | $\beta = 0,14^*$ |
| Obecność sensu | $\beta = 0,10$ | $\beta = -0,02$ |
| Religijność | $\beta = -0,02$ | $\beta = 0,14^{**}$ |

Adnotacja. Poczucie zagrożenia i niezadowolenie z obecnej sytuacji zostały wprowadzone do modeli jako zmienne zależne, natomiast poczucie klarowności ja, obecność i poszukiwanie sensu życia oraz religijność zostały wprowadzone jako predyktory.

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

DYSKUSJA

Opisane w niniejszym rozdziale badanie miało na celu identyfikację intrapersonalnych zasobów kształtujących postawy wobec sytuacji pandemii wirusa COVID-19. Spośród czynników wpływających na adaptację do sytuacji stresowych postanowiono skupić się na religijności, klarowności koncepcji Ja i poczuciu sensu życia.

Analiza korelacji wykazała, że poczucie zagrożenia wiąże z poszukiwaniem i obecnością sensu życia, podczas gdy niezadowolenie z obecnej sytuacji wiąże się z się z klarownością koncepcji siebie, religijnością oraz także poszukiwaniem sensu życia. Warto zaznaczyć, że współczynniki korelacji, o których mowa, są niskie (od 0,11 do 0,18). Przeprowadzone analizy regresji wspierają jednak modele opisanych powiązań pomiędzy zmiennymi. Poszukiwanie sensu okazało się istotnie wyjaśniać wariancję zarówno poczucia zagrożenia, jak i niezadowolenia, natomiast klarowność Ja okazała się być istotna tylko w wyjaśnianiu poczucia zagrożenia, a religijność tylko zmiennej niezadowolenia z obecnej sytuacji.

Wbrew oczekiwaniom, silniejsze poczucie sensu życia okazało się być związane z większym poczuciem zagrożenia spowodowanym sytuacją pandemii. Jest to zaskakujące, biorąc pod uwagę dobrze opisaną rolę poczucia sensu jako zasobu pozwalającego na adaptację do sytuacji stresowej. Park i Baumeister (2017) wykazali, że osoby wykazujące większe poczucie sensowności życia deklarują niższy poziom stresu w życiu codziennym. Co więcej, eksperymentalna indukcja stresu wiązała się z obniżeniem poczucia sensu życia. Również w badaniu dotyczącym stresu związanego z pandemią (Arslan, Allen, 2021), poczucie sensu życia okazało się mediować związek pomiędzy odczuwanym stresem a dobrostanem, pełniąc rolę bufora ochronnego. Badacze ci wykazali również, że giętkość psychologiczna (definiowana jako zdolność do adaptowania się do zmieniającej się sytuacji i zmiany perspektywy w razie potrzeb) mediuje związek pomiędzy stresem spowodowanym pandemią a poczuciem sensu życia. Wydaje się zatem, że bardziej giętki psychologicznie ludzie potrafią lepiej zaadaptować się do nowej zagrażającej sytuacji, co pozwala im na utrzymanie poczucia sensowności życia. Warto dodać, że badanie to przeprowadzone zostało w pierwszych miesiącach pandemii w Turcji, niestety autorzy nie raportują, w jakim okresie zbierali dane i jaka sytuacja epidemiologiczna wówczas panowała.

Biorąc pod uwagę te doniesienia, uzyskany w omawianym badaniu pozytywny związek poczucia sensu z poczuciem zagrożenia pandemią wydaje się nieoczekiwany. Być może jest on wynikiem specyficznego momentu zbierania danych (28 października – 2 listopada), przypadającego na początek „drugiej fali”, gwałtownego wzrostu dziennej liczby zakażeń i zgonów oraz wprowadzania kolejnych obostrzeń. Pewien poziom poczucia zagrożenia w tej sytuacji jest zatem nieunikniony. Naturalnym jest, że w sytuacji realnego zagrożenia, jaką jest stan pandemii, poczucie zagrożenia może być tak naprawdę realnym i adaptacyjnym obrazem rzeczywistości. Być może osoby cechujące się wyższym poczuciem sensu silniej dostrzegały zagrożenia, jakie niósł za sobą rozwój sytuacji pandemicznej, a które mogły zdestabilizować sensowność ich codziennego życia. Warto zwrócić uwagę na to, że skale obecności sensu i poszukiwania sensu okazały się korelować dodatnio. Osoby silnie odczuwające sensowność życia bardziej angażowały się zatem w jego dalsze poszukiwanie. Z kolei poszukiwanie sensu było konstruktem najsilniej skorelowanym zarówno z poczuciem zagrożenia sytuacją pandemii, jak i niezadowolaniem z niej. Jest to zgodne z doniesieniami, że poszukiwanie sensu jest motywowane nie tylko jego brakiem (Steger i in., 2008), ale i antycypacją stresu w przyszłości (Park, Baumeister, 2017). Poszukiwanie sensu życia jest zatem strategią radzenia sobie i odzyskania poznawczej kontroli nad zagrażającą, zmieniającą się w nieprzewidywalny sposób sytuacją. W obecnej pracy było ono tym silniejsze, im większy sens odczuwały osoby zdające sobie sprawę z otaczających je niebezpieczeństw i nieprzewidywalności.

Klarowność koncepcji siebie wykazała negatywne związki z pozycjami narzędzia badającego poczucie zagrożenia i niezadowolenia związanego z sytuacją pandemii. Wyniki uzyskane w tym badaniu są spójne z literaturą – negatywne zależności pomiędzy dystresem powodowanym pandemią a klarownością koncepcji siebie pokazano również w innych badaniach, z udziałem populacji z innych krajów (zob. Włochy: Alessandri i in., 2021; Korea: Lee, 2021). Zatem wyniki uzyskane w niniejszym badaniu w pewnym stopniu wspierają postulowany w literaturze mechanizm mówiący o ochronnej roli wyższych poziomów klarowności Ja w zmaganiu się ze stresorami i sytuacjami trudnymi (np. Campbell i in., 1996; De Cremer, Sedikides, 2005).

Co ciekawe, relacja klarowności Ja z wymiarem niezadowolenia stała się istotna statystycznie przy kontroli płci i wieku (analiza korelacji semicząstkowych). Tego rodzaju efekt na poziomie statystycznym może sugerować supresję, co warto prześledzić w przyszłości na innych danych. W niniejszym badaniu

nie odnotowano istotnych statystycznie różnic międzypłciowych w zakresie wymiaru niezadowolenia ani klarowności Ja (przeprowadzono analizę różnic pomiędzy płciami i okazały się one nie być istotne statystycznie). Jednak sama klarowność koncepcji siebie przejawia istotny statystycznie pozytywny związek z wiekiem ($r = 0,17$; $p < 0,001$). Taki wynik jest zgodny z literaturą, gdyż starsi dorośli mają lepiej ugruntowaną koncepcję własnej osoby i stabilniejszy jej obraz (np. Diehl, Hay, 2011). Aby dokonać lepszej obserwacji tych zależności, należałoby powtórzyć niniejsze dociekania z udziałem grupy bardziej zróżnicowanej wiekowo.

Religijność w niniejszym badaniu okazała się być związana z poczuciem niezadowolenia i niezgodą na obecną sytuację. Takie efekty są zgodne z doniesieniami innych badaczy opisującymi, że poziom religijności zdaje się nie mieć związku z adaptacyjnymi sposobami radzenia sobie ze stresem pandemii i raczej częściej wiąże się z nieracjonalnymi przekonaniem na temat panującej sytuacji (Kranz i in., 2020). Istnieją jednak doniesienia pokazujące inne efekty religijności w trakcie pandemii. Luchetti i in. (2020) wykazali, że poziom religijności łagodzi cierpienie i pozytywnie wpływa na zdrowie, minimalizując skutki izolacji społecznej. Badania pokazujące wzrost częstości praktyk religijnych i modlitw w czasie pandemii mogą wskazywać na to, że zaangażowanie się w praktyki religijne było jednym ze sposobów radzenia sobie z nową sytuacją stresową (Bentzen, 2020; Boguszewski, Makowska, Bożewicz, Podkowińska, 2020). W ostatnim czasie wiele badań wskazuje na negatywne powiązania religijności z chęcią przyjmowania szczepień przeciwko COVID-19 (np. Milligan, Hoyt, Gold, Hiserodt, Otto, 2021; Troiano, Nardi, 2021), uzupełniając obraz wysokiej religijności o wymiar sprzeciwu wobec oficjalnych zaleceń dotyczących pandemii. Jedno z najnowszych badań może rzucać więcej światła na ten efekt (Łowicki, Marchlewska, Molenda, Karakula, Szczepańska, 2022), ukazując, że religijny fundamentalizm jest pozytywnie związany z teoriami spiskowymi na temat pandemii, podczas gdy sama centralność religijności, opisująca, na ile religia jest ważna w życiu człowieka, nie wykazuje takiego efektu. Możliwym jest zatem, że negatywne konsekwencje religijności w radzeniu sobie z kryzysem pandemii oraz opór wobec szczepień jest związany raczej z fundamentalizmem religijnym niż samą wagą religii w życiu poszczególnych osób. Taką interpretację wydają się wspierać badania pokazujące, że prawicowa orientacja polityczna w Polsce (której jedną z charakterystyk jest fundamentalizm religijny) wiąże się obniżonym zaufaniem do naukowców, który przekłada się na brak chęci do szczepień (Kossowska, Szwed, Czarnek,

2021). Prawdopodobnie przejawianie tego rodzaju przekonań i postaw u osób wysoce religijnych jest rodzajem regulacji emocjonalnej, zabezpieczającej przed poczuciem zagrożenia. Taki mechanizm w kontekście przejawianych stereotypów wobec ateistów przez osoby wierzące był już wcześniej sugerowany w literaturze (Kossowska i in., 2017).

Niniejsze badanie posiada szereg ograniczeń. Przede wszystkim jest to badanie korelacyjne, a wszystkie narzędzia zawarte w procedurze miały charakter samoopisowy. Ze względu na korelacyjny charakter nie możemy mówić o zależnościach przyczynowo-skutkowych, analizowane zostały tylko miary związku liniowego pomiędzy badanymi zmiennymi. Ponadto statystyczne efekty ukazane w pracy są niewielkie, utrzymały się jednak w zdecydowanej większości przy kontroli zmiennych demograficznych płci i wieku, co, wraz z reprezentatywnością próby i utrzymaniem się większości efektów w analizie regresji, dodaje do ich wiarygodności.

Jak wspomniano przy opisie próby, szacowane przez nas efekty na etapie planowania badania były wyższe niż większość efektów zaobserwowanych. Szacując, opieraliśmy się na efektach wcześniej opisanych w literaturze. Fakt, że efekty znalezione w próbie były często niższe od szacowanych, sprawia, że w przyszłości warto przeprowadzać podobne dociekania z udziałem większej liczby osób badanych, najlepiej przekraczającej 600 osób, co umożliwiłoby pewniejszą analizę efektów poniżej współczynnika determinacji 0,04.

Podsumowując, opisane w niniejszej pracy analizy dostarczają wartościowych informacji na temat powiązań intrapsychicznych właściwości, uważanych za adaptacyjne, z postawami wobec pandemii COVID-19. Wyniki niniejszego badania pokazują ochronną rolę klarowności koncepcji Ja, sugerują mobilizację w poszukiwaniu i restrukturyzację poczucia sensu życia oraz ukazują powiązanie religijności z poczuciem niezadowolenia i wewnętrznej niezgody na sytuację pandemii.

BIBLIOGRAFIA

- Alessandri, G., De Longis, E., Golfieri, F., Crocetti, E. (2021). Can self-concept clarity protect against a pandemic? A daily study on self-concept clarity and negative affect during the COVID-19 outbreak. *Identity*, 21(1), 6–19. <https://doi.org/10.1080/15283488.2020.1846538>

- Arslan, G., Allen, K.-A. (2021). Exploring the association between coronavirus stress, meaning in life, psychological flexibility, and subjective well-being. *Psychology, Health & Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1876892>
- Bentzen, J. (2020). In crisis, we pray: Religiosity and the COVID-19 pandemic. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 192, 541–583. <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.10.014>
- Boguszewski, R., Makowska, M., Bożewicz, M., Podkowińska, M. (2020). The COVID-19 pandemic's impact on religiosity in Poland. *Religions*, 11(12), 646. <https://doi.org/10.3390/rel11120646>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavallee, L. F., Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 141–156. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.70.1.141>
- Clements, A. D., Ermakova, A. V. (2012). Surrender to God and stress: A possible link between religiosity and health. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(2), 93–107. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0025109>
- De Cremer, D., Sedikides, C. (2005). Self-uncertainty and responsiveness to procedural justice. *Journal of Experimental Social Psychology*, 41(2), 157–173. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jesp.2004.06.010>
- Diehl, M., Hay, E. L. (2011). Self-concept differentiation and self-concept clarity across adulthood: Associations with age and psychological well-being. *The International Journal of Aging and Human Development*, 73(2), 125–152. <https://doi.org/10.2190%2FAG.73.2.b>
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(1), 80–99. <https://doi.org/10.2307/2136801>
- Evolytics. (2020). *COVID-19 calendar timeline data for analysts*. Pobrane z: <https://evolytics.com/blog/covid-19-calendar-timeline-data-for-analysts/>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175–191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- George, L. S., Park, C. L. (2017). The Multidimensional Existential Meaning Scale: A tripartite approach to measuring meaning in life. *The Journal of Positive Psychology*, 12(6), 613–627. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1209546>

- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319–340. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.94.3.319>
- Kay, A. C., Gaucher, D., McGregor, I., Nash, K. (2010). Religious belief as compensatory control. *Personality and Social Psychology Review*, 14(1), 37–48. <https://doi.org/10.1177%2F1088868309353750>
- King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1), 179–196. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.1.179>
- Kleiman, E. M., Beaver, J. K. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*, 210(3), 934–939. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.08.002>
- Kossakowska, M., Kwiatek, P., Stefaniak, T. (2013). Sens w życiu. Polska wersja kwestionariusza MLQ (Meaning in Life Questionnaire). *Psychologia Jakości Życia*, 12(2), 111–131. <https://doi.org/10.5604/16441796.1090786>
- Kossowska, M., Szwed, P., Czarnek, G. (2021). Ideology shapes trust in scientists and attitudes towards vaccines during the COVID-19 pandemic. *Group Processes & Intergroup Relations*, 24(5), 720–737. <https://doi.org/10.1177%2F13684302211001946>
- Kossowska, M., Szwed, P., Czernatowicz-Kukuczka, A., Sekerdej, M., Wyczesany, M. (2017). From threat to relief: Expressing prejudice toward atheists as a self-regulatory strategy protecting the religious orthodox from threat. *Frontiers in Psychology*, 8, 873. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00873>
- Kranz, D., Niepel, C., Botes, E., Greiff, S. (2020). Religiosity predicts unreasonable coping with COVID-19. *Psychology of Religion and Spirituality*. Advance online publication. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/rel0000395>
- Lee, D.-J. (2021). Relationships among the degree of participation in physical activity, self-concept clarity, and COVID-19 stress in adolescents. *Healthcare*, 9(4), 482. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040482>
- Lee-Flynn, S. C., Pomaki, G., DeLongis, A., Biesanz, J. C., Puterman, E. (2011). Daily cognitive appraisals, daily affect, and long-term depressive symptoms: The role of self-esteem and self-concept clarity in the stress process. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(2), 255–268. <https://doi.org/10.1177%2F0146167210394204>
- Lucchetti, G., Góes, L. G., Amaral, S. G., Ganadjian, G. T., Andrade, I., Almeida, P. O. de A., ... Manso, M. E. G. (2020). Spirituality, religiosity and the mental health consequences of social isolation during COVID-19 pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(6), 672–679. <https://doi.org/10.1177/0020764020970996>
- Łowicki, P., Marchlewska, M., Molenda, Z., Karakula, A., Szczepańska, D. (2022). Does religion predict coronavirus conspiracy beliefs? Centrality of religiosity, religious

- fundamentalism, and COVID-19 conspiracy beliefs. *Personality and Individual Differences*, 187, 111413. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111413>
- Łowicki, P., Zajenkowski, M. (2017). No empathy for people nor for God: The relationship between the Dark Triad, religiosity and empathy. *Personality and Individual Differences*, 115, 169–173. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.012>
- Maltby, J., Lewis, C. A., Freeman, A., Day, L., Cruise, S. M., Breslin, M. J. (2010). Religion and health: The application of a cognitive-behavioural framework. *Mental Health, Religion & Culture*, 13(7–8), 749–759. <https://doi.org/10.1080/13674670802596930>
- Markus, H. R., Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954–969. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.41.9.954>
- Martela, F., Steger, M. F. (2016). The three meanings of meaning in life: Distinguishing coherence, purpose, and significance. *The Journal of Positive Psychology*, 11(5), 531–545. <https://doi.org/10.1080/17439760.2015.1137623>
- Milligan, M. A., Hoyt, D. L., Gold, A. K., Hiserodt, M., Otto, M. W. (2021). COVID-19 vaccine acceptance: Influential roles of political party and religiosity. *Psychology, Health & Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1969026>
- Park, C. L., Gutierrez, I. A. (2013). Global and situational meanings in the context of trauma: Relations with psychological well-being. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(1), 8–25. <https://doi.org/10.1080/09515070.2012.727547>
- Park, J., Baumeister, R. F. (2017). Meaning in life and adjustment to daily stressors. *The Journal of Positive Psychology*, 12(4), 333–341. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1209542>
- Pennycook, G., Ross, R. M., Koehler, D. J., Fugelsang, J. A. (2016). Atheists and agnostics are more reflective than religious believers: Four empirical studies and a meta-analysis. *PLoS ONE*, 11, e0153039. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176586>
- Reker, G. T. (2001). Prospective predictors of successful aging in community-residing and institutionalized Canadian elderly. *Ageing International*, 27(1), 42–64. <https://doi.org/10.1007/s12126-001-1015-4>
- Ritchie, T. D., Sedikides, C., Wildschut, T., Arndt, J., Gidron, Y. (2011). Self-concept clarity mediates the relation between stress and subjective well-being. *Self and Identity*, 10(4), 493–508. <https://doi.org/10.1080/15298868.2010.493066>
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Pierce, G. R. (1994). Social support: Global and relationship-based levels of analysis. *Journal of Social and Personal Relationships*, 11(2), 295–312. <https://doi.org/10.1177/0265407594112008>
- Steger, M. (2018). Meaning and wellbeing. W: E. Diener, S. Oishi, L. Tay (red.), *Handbook of well-being*. Pobrane z: <https://www.nobascholar.com/chapters/50/download.pdf>

- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology, 53*(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality, 76*(2), 199–228. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x>
- Stevens, J. P. (2012). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Nowy Jork: Routledge.
- Suszek, H., Fronczyk, K., Kopera, M., Maliszewski, N., Łyś, E. A. (2018). Psychometric properties of the Polish version of the Self-Concept Clarity Scale (SCCS). *Current Issues in Personality Psychology, 6*(3), 181–187. <https://doi.org/10.5114/cipp.2018.75842>
- Thompson, N. J., Coker, J., Krause, J. S., Henry, E. (2003). Purpose in life as a mediator of adjustment after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology, 48*(2), 100–108. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0090-5550.48.2.100>
- Troiano, G., Nardi, A. (2021). Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health, 194*, 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.025>
- Willard, A. K., Norenzayan, A. (2013). Cognitive biases explain religious belief, paranormal belief, and belief in life's purpose. *Cognition 129*(2), 379–391. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2013.07.016>
- Wojtkowiak, N., Hansen, K. (2022). Sprawczość i wspólnotowość a lęk i samopoczucie w trakcie pandemii COVID-19. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 157–181). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial05>
- Zawadzki, B., Popiel, A., Bielecki, M., Mroziński, B., Pragłowska, E. (2022). Negatywne reakcje emocjonalne na stres pandemii wirusa SARS-CoV-2: rola stresorów, cech osobowości i poznawczych strategii regulacji emocji zorientowanych na unikanie. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 89–125). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial03>
- Ziegler, M., Kemper, C. J., Krueger, P. (2014). Short scales – Five misunderstandings and ways to overcome them. *Journal of Individual Differences, 35*(4), 185–189. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000148>
- Zuckerman, M., Silberman, J., Hall, J. A. (2013). The relation between intelligence and religiosity: A meta-analysis and some proposed explanations. *Personality and Social Psychology Review, 17*(4), 325–354. <https://doi.org/10.1177%2F1088868313497266>

EWA MALINOWSKA  <https://orcid.org/0000-0002-0881-1401>

DOMINIKA ŻARNECKA  <https://orcid.org/0000-0002-4026-3900>

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

JULIA WYSZOMIRSKA  <https://orcid.org/0000-0001-7887-4099>

Zakład Psychologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

SYLWIA HYNIEWSKA  <https://orcid.org/0000-0002-5241-3961>

Division of Psychology and Language Sciences, University College London, Londyn, UK

MAŁGORZATA FILON

EMILIA ŁOJEK  <https://orcid.org/0000-0002-0809-5601>

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

ZESPÓŁ BADAWCZY NEUROCOVID WYDZIAŁU PSYCHOLOGII
UNIwersytetu Warszawskiego¹

Nowe wyzwania dla neuropsychologii klinicznej: studia przypadku osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2

New challenges for clinical neuropsychology: SARS-CoV-2 case studies

Autor korespondencyjny: Ewa Malinowska
e-mail: ewa.malinowska@psych.uw.edu.pl

Praca została dofinansowana ze środków na rozwój potencjału badawczego Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego przyznanych przez Ministerstwo Nauki i Edukacji (501-D125-01-1250000 zlec. 5011000236).

1 W skład Zespołu Badawczego NeuroCovid Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego wchodzi (alfabetycznie): Anna Rita Egbert (Faculty of Medicine, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada Ronin Institute, New Jersey, USA; <https://orcid.org/0000-0003-0546-1159>), Małgorzata Gambin (Wydział Psychologii UW; <https://orcid.org/0000-0001-7880-1447>), Natalia Gawron (Akademia Pedagogiki Specjalnej; <https://orcid.org/0000-0002-6052-1946>), Karolina Hansen (Wydział Psychologii UW; <https://orcid.org/0000-0002-1556-4058>), Paweł Holas (Wydział Psychologii UW; <https://orcid.org/0000-0002-4210-3396>), Agnieszka Pluta (Wydział Psychologii UW; <https://orcid.org/0000-0002-4684-1919>), Marcin Sękowski (Akademia Pedagogiki Specjalnej; <https://orcid.org/0000-0001-6736-0957>), Marta Sobańska (Wydział Psychologii UW; <https://orcid.org/0000-0003-4242-308X>), Aleksandra Szewczyk (Wydział Psychologii UW).

Streszczenie

COVID-19 może prowadzić do zmian w mózgu, a w konsekwencji długotrwałych zaburzeń neuropsychologicznych. Epidemiologia, złożone mechanizmy, spektrum objawów oraz ich zmienność w czasie nie zostały do końca poznane. W rozdziale zaprezentowano przypadki dwóch kobiet (D.A. lat 31 i A.R. lat 48) z wykształceniem wyższym, bez obciążeń zdrowotnych przed chorobą, u których w wiele miesięcy po COVID-19 utrzymują się zaburzenia poznawcze uniemożliwiające powrót do wcześniejszej aktywności życiowej – zawodowej i społecznej. Pacjentki przebadano standardowymi metodami do oceny funkcji poznawczych (WAIS-R, RFFT, CTT-1, CTT-2 i TUS) rekomendowanymi do badania osób po COVID-19. Wyniki badania D.A. świadczą o obniżeniu funkcji intelektualnych oraz wybiórczych deficytach w zakresie uwagi złożonej, uczenia się i pamięci oraz funkcji wykonawczych, pomimo iż generalnie rezultaty D.A. pozostają w granicach normy. Przypadek A.R. ukazuje rozbieżność pomiędzy wynikami testów (świadczącymi o wysokich możliwościach intelektualnych) a subiektywnymi skargami A.R. na trudności poznawcze po COVID-19 w życiu codziennym, w obszarach nieobjętych badaniem wybranymi standardowymi metodami. Oba przypadki wskazują na konieczność indywidualnego podejścia do każdego pacjenta w procesie diagnozy i rehabilitacji neuropsychologicznej. Dyskutowana jest także potrzeba odpowiedniego przygotowania neuropsychologów klinicznych oraz systemu ochrony zdrowia do niesienia fachowej pomocy osobom po COVID-19.

Słowa kluczowe: COVID-19, zaburzenia neuropsychologiczne, studia przypadków, ocena neuropsychologiczna, rekomendacje

Abstract

COVID-19 can lead to changes in the brain and, consequently, to long-term neuropsychological disturbances. Epidemiology, complex mechanisms, spectrum of symptoms and their variability over time have not been still fully understood. The chapter presents the cases of two women (D.A. 31 y.o. and A.R. 48 y.o.), both with higher education, without health comorbidities before the disease, who, many months after COVID-19, have persistent cognitive disorders that prevent them from returning to their previous professional and social activity. The patients were examined using standard methods for the assessment of cognitive functions (WAIS-R, RFFT, CTT-1, CTT-2 and TUS) recommended for testing people after COVID-19. The results of the D.A. show a decrease in intellectual functions and selective deficits in terms of complex attention, learning and memory, and executive functions, despite the overall results of D.A. remain within normal limits. The case of A.R. shows the discrepancy between the test results (demonstrating high intellectual abilities) and the subjective complaints of A.R. on post-COVID-19 cognitive difficulties in everyday life, in areas not covered by selected standardized methods. Both cases indicate the need for an individual approach to each patient in the process of diagnosis and neuropsychological rehabilitation. The need to be prepared to provide professional help to patients after COVID-19 is also being discussed.

Keywords: COVID-19, neuropsychological disorders, case studies, neuropsychological assessment, recommendations

COVID-19 jest chorobą wywoływaną przez zakażenie nowym wirusem z rodziny koronawirusów SARS-CoV-2, który dostaje się do organizmu przede wszystkim drogą kropelkową i prowadzi do rozwinięcia ciężkiego ostrego zespołu oddechowego (*severe acute respiratory syndrome* – SARS; Koralnik, Tyler, 2020). Do najczęściej opisywanych objawów choroby COVID-19 należą: gorączka, kaszel, zmęczenie oraz bóle mięśni (Huang i in., 2021). Objawem

specyficznym dla zakażeń koronawirusami oddechowymi są także zaburzenia węchu i smaku, które w różnym stopniu nasilenia występują nawet u 98% chorych na COVID-19 (Yan, Faraji, Prajapati, Ostrander, DeConde, 2020). Pierwszy przypadek zakażenia odnotowano w chińskim mieście Wuhan w grudniu 2019 roku (Wang, Wang, Ye, Liu, 2020). W krótkim czasie wirus rozprzestrzenił się na całym świecie i w marcu 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła stan pandemii (*WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020*, 2020). Od 2019 roku do chwili obecnej odnotowano ponad 428 milionów potwierdzonych przypadków zakażenia SARS-CoV-2, w tym 6 mln zgonów na COVID-19 na całym świecie i około 6 mln potwierdzonych przypadków oraz 110 tys. zgonów na COVID-19 w Polsce (Worldometer, 2022; stan na dzień 22.02.2022).

SARS-CoV-2 wnika do komórek wielu narządów ciała za pośrednictwem m.in. receptorów konwertazy angiotensyny 2 (*angiotensin-converting enzyme 2 – ACE2*; Butler, Pollak, Rooney, Michael, Nicholson, 2020; Wang i in., 2020). Podobnie jak bardzo zbliżone pod względem budowy genetycznej koronawirusy SARS i MERS, nowy koronawirus posiada właściwości neurotropowe, czyli zdolność przenikania do komórek nerwowych i może być transportowany wzdłuż szlaków nerwowych (Yong, 2021). Dane z badań sugerują, że droga, jaką przebywa wirus, może przebiegać następująco: od opuszki węchowej do pnia mózgu lub od opuszki węchowej poprzez struktury hipokampa, ciała migdałowatego, podwzgórza, do wyspy i dalej do przyśrodkowych i bocznych obszarów oczodołowo-czołowych kory mózgu (Cheng, Yang, Gao, 2020; Douaud i in., 2020). Przypuszcza się, że SARS-CoV-2 ma zdolność długotrwałego przebywania i replikacji w obrębie ośrodkowego układu nerwowego (OUN; Yong, 2021), co może wiązać się z zaburzeniami funkcjonalnymi oraz uszkodzeniami strukturalnymi neuronów (Cheng i in., 2020). Powstawanie anomalii strukturalnych w mózgu potwierdzają badania neuroobrazowe u ok. 34% populacji pacjentów po przebyciu COVID-19 przy wykluczeniu innych, możliwych medycznych przyczyn tych anomalii. Rozsiane zmiany o cechach hiperintensywności odnotowano przede wszystkim w obrębie istoty białej (Egbert, Cankurtaran, Karpiak, 2020). Dotychczas opisano zmiany w obrębie: płatów czołowych, ciemieniowych, potylicznych (Anzalone i in., 2020), obustronnie przyśrodkowej części płatów skroniowych, śródmózgowia (Virhammar i in., 2020), lewej bocznej kory oczodołowo-czołowej, ciała migdałowatego, hipokampa (Douaud i in., 2021), zakrętu przyhipokampalnego i jąder podkorowych mózgu (Fischer i in., 2020), wyspy, kory zakrętu obręczy (Kandemirli i in., 2020), konarów mózgu

i torebki wewnętrznej (Zoghi, Ramezani, Roozbeh, Darazam, Sahraian, 2020), wzgórza (Fischer i in., 2020), mostu i ciała modzelowatego (Zoghi i in., 2020), nerwu węchowego i zakrętu prostego (Petrescu, Taussig, Bouilleret, 2020).

SARS-CoV-2 charakteryzuje się także zdolnością przedostawania do obwodowego układu nerwowego, o czym świadczyć może m.in. obecność białka wirusa w nerwach czaszkowych pochodzących z dolnej części pnia mózgu (Matschke i in., 2020). Na skutek COVID-19 może dochodzić do ostrej neuropatii obwodowej u osób wcześniej całkowicie zdrowych oraz do pogłębienia niekorzystnych zmian w przebiegu istniejącej neuropatii zapalnej (Lipowska, 2020).

Funkcje OUN u osób z COVID-19 mogą być również zaburzone w związku ze:

- zmniejszoną objętością tlenu dostarczanego do mózgu w przebiegu niewydolności oddechowej (hipoksji),
- zmianami zapalnymi w obrębie śródbłónka naczyń krwionośnych, mogącymi prowadzić do powstawania zakrzepów i podwyższenia ryzyka udaru mózgu,
- a także mikrouszkodzeń, które potencjalnie mogą w przyszłości przyczynić się do wystąpienia schorzeń neurodegeneracyjnych, w tym chorób Alzheimera oraz Parkinsona (por. Heneka, Golenbock, Latz, Morgans, Brown, 2020; Hewitt i in., 2021; Łojek i in., 2021; Zapata i in., 2022).

Opisane zmiany w mózgu łączą się z obrazem klinicznym chorych na COVID-19. Przeprowadzono badania na grupie 214 pacjentów hospitalizowanych z powodu zakażenia koronawirusem, u których obserwowano m.in. objawy neurologiczne. Objawy te podzielono na trzy kategorie:

- objawy związane z OUN (zawroty głowy; ból głowy; zaburzenia świadomości, w tym zmiany dotyczące poziomu świadomości (senność, otępienie, śpiączka) oraz treści świadomości (dezorientacja, majaczenie); ataksja; drgawki; ostra choroba naczyń mózgowych);
- objawy związane z obwodowym układem nerwowym (zaburzenia węchu i smaku, zaburzenia widzenia, nerwobóle);
- objawy uszkodzeń mięśni szkieletowych.

Objawy neurologiczne zaliczające się do którejkolwiek z wyżej wymienionych kategorii zaobserwowano u 36% wszystkich pacjentów, przy czym objawy związane bezpośrednio z uszkodzeniami OUN wystąpiły u 25%. Objawy neurologiczne obserwowano częściej u tych pacjentów, których przebieg choroby uznano za ciężki (na podstawie stanu układu oddechowego): u 45,5% badanych z tej grupy wystąpiły jakiegokolwiek objawy neurologiczne, zaś u 30,7% pacjentów były to

objawy związane bezpośrednio z OUN. Wśród pacjentów, których stan mimo hospitalizacji nie został uznany za ciężki, objawy neurologiczne występowały rzadziej: 30,2% doświadczało jakichkolwiek objawów neurologicznych, zaś objawy bezpośrednio związane z OUN wystąpiły u 20,6% pacjentów (Mao i in., 2020).

Obserwowane nieprawidłowości neurologiczne mogą mieć różny stopień nasilenia: od lekkich (np.: ból i zawroty głowy, zaburzenia równowagi i chodu, zaburzenia snu) po poważne symptomy i zespoły zaburzeń (m.in.: drgawki, delirium, encefalopatie, zapalenie mózgu, zapalenie rdzenia kręgowego; Bailey i in., 2021; Butler i in., 2020; Zhao i in., 2020).

Wśród pacjentów, którzy przebyli zakażenie SARS-CoV-2, obserwowane są także zaburzenia psychiczne, w szczególności: depresja, lęk i zespół stresu pourazowego (*post traumatic stress disorder*, PTSD; Mazza i in., 2020; por. Adamczyk, Jaworska, Affeltowicz, Maison, 2022; Zawadzki, Popiel, Bielecki, Mroziński, Pragłowska, 2022). Badania obejmujące grupę 402 pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19, przeprowadzone w miesiąc po wypisie ze szpitala, wykazały obecność objawów psychopatologicznych u 56% badanych. Szczegółowe dane przedstawiały się następująco: u 31% osób zaobserwowano objawy depresji, u 28% objawy PTSD, u 42% stwierdzono wysoki poziom lęku, u 40% bezsenność, a u 20% zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (Mazza i in., 2020; por. Hryniszak, Sanna, Szramka-Pawlak, 2022).

Odsetek chorych, u których wystąpiły objawy depresji, różni się istotnie w zależności od metodologii prowadzonych badań. Vanderlind z zespołem dokonali analizy ponad 30 badań klinicznych opisujących stan pacjentów, którzy chorowali na COVID-19, z czego w 19 badaniach dokonano pomiaru nasilenia zaburzeń depresyjnych. Na ich podstawie stwierdzono, że objawy depresji przejawia od 10% do 68,5% badanych (Vanderlind i in., 2021). Co więcej, mogą one wystąpić zarówno u osób hospitalizowanych z powodu COVID-19, jak i u osób niehospitalizowanych (Vanderlind i in., 2021). Badania wskazują również na to, że obniżenie nastroju po COVID-19 może utrzymywać się w czasie. U 10% do 42% osób hospitalizowanych z powodu COVID-19 pomiary wykonane w 2 do 3 miesięcy po wypisie ze szpitala wykazują obecność objawów depresji umiarkowanego lub ciężkiego stopnia (Vanderlind i in., 2021). Badania obejmujące 1733 pacjentów hospitalizowanych w Wuhan, przeprowadzone w pół roku po zakończeniu leczenia szpitalnego, potwierdziły obecność objawów lękowych i depresji u 23% badanych. Trudności ze snem oraz nadmierne zmęczenie lub osłabienie mięśniowe zaobserwowano kolejno u 26% i u 63% (Huang i in., 2021).

Ciężki przebieg COVID-19, podobnie jak przechorowanie każdej choroby zagrażającej życiu lub zdrowiu, jest doświadczeniem, które może prowadzić do rozwinięcia PTSD (Parker i in., 2015; Sękowski i in., 2021). Badania chińskie potwierdzają, że osoby po COVID-19 wykazują istotnie wyższy poziom nasilenia objawów stresu pourazowego niż osoby z grupy kontrolnej, u których wynik testu w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 był ujemny (Yuan i in., 2021). Odsetek osób z grupy klinicznej, u których zaobserwowano objawy PTSD wynosił 18,66% (Yuan i in., 2021). Inne badanie, przeprowadzone wśród pacjentów odbywających kwarantannę bezpośrednio po zakończeniu leczenia szpitalnego, wskazało na częstość występowania objawów PTSD u 31% badanych (Cai i in., 2020).

Nie jest jasne, w jakim stopniu zaburzenia psychiczne obserwowane u osób po COVID-19 wynikają z bezpośredniego lub pośredniego działania SARS-CoV-2 na mózg (np. poprzez niedotlenienie czy udar), w jakim są reakcją na traumatyczne doświadczenie przebycia ciężkiej choroby, a jakie znaczenie miało przeżywanie stresu związanego np. z izolacją społeczną, kwarantanną, obawami o zdrowie i życie bliskich, problemami z pracą (por. Hatch i in., 2020; Zhou i in., 2020). Okazuje się, że sama sytuacja pandemii wiąże się także z istotnym wzrostem wskaźników zaburzeń lękowych i depresyjnych oraz PTSD w populacji ogólnej (por. Gambin i in., 2021; Sękowski i in., 2021). Ponadto najnowsze badania wykazują, że dysfunkcje psychiczne związane z traumą mogą spowodować istotne pogorszenie pracy mózgu oraz zmiany neurostrukturalne skutkujące dalszymi zaburzeniami emocjonalnymi i poznawczymi (Quinones, Gallegos, Lin, Heffner, 2020).

Kolejną grupą objawów obserwowanych u chorych w trakcie COVID-19 oraz u ozdowieńców są zaburzenia neuropsychologiczne odnoszące się do funkcji poznawczych. Pacjenci wspominają o tzw. „mgle mózgowej”, rozumianej jako trudności w zakresie koncentracji uwagi, znajdowania słów, myślenia, planowania, podejmowania decyzji, rozumienia i wykonywania poleceń (Helms i in., 2020). Według danych zebranych przez Helmsa i współpracowników u 33% pacjentów leczonych z powodu COVID-19 na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM) przy wypisie ze szpitala obserwowano zaburzenia poznawcze, takie jak: dezorientację, deficyty uwagi i trudności w wykonaniu prostych czynności ruchowych zgodnie z instrukcją słowną (Helms i in., 2020). Osłabienie zdolności ciągłego utrzymywania uwagi potwierdza także badanie Zhou i in. (2020), prowadzone na grupie ozdowieńców, którzy byli hospitalizowani z powodu COVID-19 i u których nie stwierdzono dodatkowych czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń poznawczych. Obserwuje się także

trudności w zakresie: pamięci roboczej i funkcji wykonawczych (Hampshire i in., 2021), orientacji wzrokowo-przestrzennej, zdolności motorycznych oraz pamięci werbalnej (Almeria, Cejudo, Sotoca, Deus, Krupinski, 2020), a także ogólne spowolnienie poznawcze (Ferrucci i in., 2021).

Do czynników, które związane są z cięższym przebiegiem COVID-19 i jednocześnie stanowią czynniki ryzyka powstawania zaburzeń neuropsychologicznych, należą: czynniki demograficzne, nadciśnienie, cukrzyca, podeszły wiek, otyłość oraz występowanie chorób towarzyszących, w szczególności: onkologicznych, pneumologicznych, neurologicznych, psychiatrycznych i wieńcowych (Baker, Safavynia, Evered, 2021). Możliwymi predyktorami wystąpienia zaburzeń poznawczych u osób chorych na COVID-19 jest także nasilenie objawów oddechowych: im cięższe zaburzenia oddechowe, tym głębsze trudności poznawcze (Hampshire i in., 2021; Łojek i in., 2021).

Badania kliniczne wskazują jednak na występowanie zaburzeń neuropsychologicznych także u tych chorych, u których nie stwierdzono występowania wyżej wymienionych czynników ryzyka. Trudności poznawcze obecne są także wśród młodych osób, u których objawy COVID-19 były łagodne lub umiarkowane i u których nie występowały późniejsze komplikacje zdrowotne (Woo i in., 2020). W tej grupie zaobserwowano pogorszenie pamięci krótkotrwałej i semantycznej, uwagi, trudności w zakresie uczenia się werbalnego i gotowości aktualizacji słowa. Co więcej, 78% badanych wśród osób, które przeszły zakażenie z lekkimi lub umiarkowanie ciężkimi objawami w trakcie badania neuropsychologicznego prowadzonego przez telefon przy użyciu TICS-M (Modified Telephone Interview for Cognitive Status Screening Test) zgłaszało problemy z logicznym myśleniem, wahaniami nastroju, poczuciem zmęczenia i brakiem energii, a także skarżyło się na dźwiękowstręt (Cook, Marsiske, McCoy, 2009). Zaburzenia poznawcze u młodych ozdrowieńców utrzymywały się nawet po trzech miesiącach od wyzdrowienia (Woo i in., 2020).

W literaturze funkcjonuje określenie *long-COVID*, oznaczające utrzymywanie się przez przynajmniej cztery tygodnie takich objawów, jak: zmęczenie, duszności, ból głowy, ból w klatce piersiowej, ból stawów, ból mięśni, zaburzenia poznawcze, kaszel, wahania nastroju oraz zaburzenia węchu i smaku u osób zakażonych SARS-CoV-2. Powyższe objawy obserwuje się u 30–80% ozdrowieńców, niezależnie od ich wieku i stopnia nasilenia objawów początkowej choroby (Yong, 2021). Do objawów, które mogą utrzymywać się u części ozdrowieńców nawet wiele miesięcy po chorobie, należą także trudności poznawcze – zaburzenia uwagi, uczenia się i pamięci, funkcji wykonawczych,

orientacji przestrzennej, porozumiewania się językowego. Znaczne deficyty w tych zakresach opisywano w różnych badaniach u 15–40% chorych na COVID-19 w 10–105 dni po wypisie ze szpitala (por. Vanderlind i in., 2021). Informacje ustne od pracowników ochrony zdrowia wizytujących pacjentów po COVID-19 w domach sugerują, że po miesiącu od wyjścia ze szpitala deficyty widoczne u chorych wcześniej mają tendencję do wycofywania się (por. Vanderlind i in., 2021). Brakuje jednak systematycznych badań monitorujących stan zdrowia, w tym funkcje neuropsychologiczne, u ozdowieńców. Jak podkreślają Méndez i in. (2021), jakość życia osób po COVID-19, u których utrzymują się deficyty poznawcze i zaburzenia psychiczne, ulega znacznemu pogorszeniu w porównaniu z okresem przed chorobą, zarówno w sferach aktywności fizycznej, jak i czynności psychicznych.

Potrzebne jest dotarcie ze specjalistyczną diagnostyką, terapią i rehabilitacją neuropsychologiczną do tych osób po COVID-19, które tego typu pomocy potrzebują. Publikowane są pierwsze międzynarodowe wskazania i zalecenia dotyczące diagnozy, metod badania oraz rehabilitacji neuropsychologicznej dla chorych po COVID-19 (por. Bilder i in., 2020; Cysique i in., 2021; Wilson, Betteridge, Fish, 2020). W Polsce diagnostyka i rehabilitacja neuropsychologiczna dla chorych z dysfunkcjami mózgu rozwijane są od dawna (np.: Łojek, Bolewska, Okuniewska, 2014). Jednak w przypadku specjalistycznej pomocy osobom po COVID-19 przed neuropsychologami klinicznymi stają niespotykane dotąd wyzwania z uwagi na nowość tej choroby, brak wystarczającej wiedzy na jej temat, rozpowszechnienie w populacji ogólnej, skalę potrzeb, różnorodność możliwych zaburzeń, w tym neuropsychologicznych oraz złożone mechanizmy leżące u ich podstaw (por. Łojek i in., 2021).

Celem niniejszego rozdziału jest przybliżenie psychologom i innym specjalistom możliwego obrazu zaburzeń neuropsychologicznych u osób po COVID-19. Poniżej zaprezentowano dwa studia przypadku osób, które wybrano spośród uczestników badań realizowanych od czerwca 2020 r. do chwili obecnej metodami zdalnymi (przez Internet i telefonicznie) w Polsce i za granicą przez Zespół Badawczy NeuroCovid na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego (por. Łojek i in., 2021). Wybrane osoby badań po COVID-19 wyraziły zgodę na wykonanie dodatkowych, poszerzonych pomiarów neuropsychologicznych z użyciem metod standardowych, w warunkach kontaktu bezpośredniego, przy zachowaniu środków ostrożności obowiązujących w pandemii. O wyborze tych właśnie osób do pogłębionych badań neuropsychologicznych zdecydował specyficzny obraz zaburzeń, jaki

wyłonił się podczas pomiarów zdalnych i telefonicznych, dobry ogólny stan zdrowia fizyczny i psychiczny przed COVID-19, wiek młody lub średni (przed 65. rokiem życia), posiadanie dokumentów medycznych świadczących o przebiegu COVID-19 oraz wyników badań neuroobrazowych. Chcemy podkreślić, że osoby zaprezentowane w poniższych studiach przypadku nie przechodziły COVID-19 w stopniu ciężkim, wymagającym hospitalizacji; chorowały w domach. Nie doznały także na skutek COVID-19 uszkodzeń OUN typu udaru mózgu, które skutkowałyby rozpoznaniem objawów bądź zespołów neurologicznych. Są to osoby, które po COVID-19 odczuwają utrzymujące się trudności somatyczne i psychiczne, a muszą wrócić do pełnej aktywności zawodowej i społecznej. W takim sensie wybrane i opisane poniżej studia przypadków **wydają się** ukazywać **prawdopodobny** obraz sytuacji życiowej, w której **mogło** znaleźć się wiele osób po przejściu COVID-19. Należy jednak pamiętać, że ze względu na brak przeprowadzenia oceny neuropsychologicznej obu pacjentek przed zachorowaniem, **nie można mieć pewności**, że obserwowane u nich zmiany i trudności poznawcze są jednoznacznie wynikiem przejścia zakażenia SARS-CoV-2. Związek ten ma charakter **probabilistyczny**.

Obie osoby po COVID-19 zostały zbadane analogicznymi zestawami metod, który wybrano ze względu na opisane we *Wstępie* wyniki badań neuropsychologicznych i najczęściej opisywane zaburzenia poznawcze u chorych po COVID-19. W skład zastosowanego zestawu technik diagnostycznych, obok wywiadu klinicznego, weszły następujące testy:

- *Skale inteligencji D. Wechslera dla dorosłych* (WAIS-III-R; Brzeziński i in., 2004) mierzące ogólny poziom funkcjonowania intelektualnego,
- *Testy uwagi i spostrzegawczości* (TUS; Ciechanowicz, Stańczak, 2006) służące do badania procesów uwagi, przeszukiwania wzrokowo-prze-strzennego, sprawności psychomotorycznej,
- *Kolorowy test połączeń – wersja dla dorosłych* (formy CTT-1 i CTT-2; Łojek, Stańczak, 2012) mierzące uwagę złożoną, przeszukiwanie wzroko-we, szybkość psychomotoryczną (obie formy) oraz funkcje wykonawcze (forma CTT-2);
- *Kalifornijski test uczenia się językowego* (CVLT-PL; Łojek, Stańczak, 2010) stosowany do badania procesów uczenia się i pamięci, strategii,
- *Test płynności figuralnej Ruffa* (RFFT; Łojek, Stańczak, 2005) mierzący funkcje wykonawcze, płynność myślenia, pamięć operacyjną, szybkość psychomotoryczną.

STUDIA PRZYPADKU

Przypadek 1.

D.A. – kobieta, lat 31, z wykształceniem wyższym, w chwili badania (maj 2021 r.)² pracowała jako analityk finansowy w dużej międzynarodowej korporacji. Mieszkała w Wielkiej Brytanii. Władza płynnie pięcioma językami: polskim (j. ojczysty), angielskim, francuskim, niemieckim i chińskim.

Historia choroby. Pierwsze objawy pozwalające przypuszczać o zachorowaniu na COVID-19 wystąpiły u D.A. w marcu 2020 r., jednak nie wykonano wówczas żadnego testu w kierunku zakażenia SARS-CoV-2 ze względu na brak jego dostępności. Przeprowadzony w czerwcu 2020 r. test antygenowy potwierdził przebycie zakażenia koronawirusem.

D.A. zaobserwowała u siebie następujące objawy: ból gardła, mięśni, głowy, klatki piersiowej, gorączkę, kaszel, utratę węchu i smaku w ciągu 12 dni, biegunkę, wymioty, zaczerwienienie oczu. W dniu 02.04.2020 chora wezwała pogotowie ze względu na pogarszający się stan zdrowia. Pojawił się płytki i krótki oddech oraz silny, nasilający się przy wdechu ból klatki piersiowej. Wykonano prześwietlenie płuc, EKG oraz badania krwi, jednak badania nie wykazały żadnych nieprawidłowości. Trzy tygodnie później nastąpiło ostre pogorszenie stanu zdrowia, wezwano pogotowie, a do poprzednich objawów dołączyło uczucie palpacji serca. Raz jeszcze wykonano RTG, EKG oraz badania krwi, wszystkie wyniki ponownie mieściły się w normie. Na początku maja 2020 r. wykonano echo serca, które nie wykazało zmian patologicznych. Miesiąc później ponownie pojawiły się: ostry, kłujący ból w klatce piersiowej, brak węchu, biegunka, zmęczenie oraz zapalenie spojówek. Ponadto do objawów dołączyły: brak czucia w palcach obu dłoni, mrowienie w nogach i stopach, bóle mięśni, silne zmęczenie. Chora zaczęła uskarżać się na problemy z pamięcią, koncentracją i występujące czasem uczucie splątania. Na podstawie zgłaszanych objawów została skierowana do neurologa, który w rutynowym badaniu neurologicznym nie wykrył zaburzeń.

W opinii lekarskiej z 19 sierpnia 2020 r. stwierdzono, że symptomy doświadczane przez D.A. stanowiły efekt przebytego wcześniej zakażenia SARS-CoV-2.

² Badanie neuropsychologiczne pani D.A. przeprowadziła Małgorzata Filon, magistrantka na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, w chwili realizacji projektu tymczasowo przebywająca w Wielkiej Brytanii.

Nasilony ból w klatce piersiowej oraz wysoka męczliwość psychiczna uniemożliwiały pacjentce powrót do pracy. Podczas wizyty u fizjoterapeuty stwierdzono nieregularny rytm oddechowy w spoczynku, z objawami głodu tlenowego. Fizjoterapeuta stwierdził, że zakłócona mechanika oddychania jest wynikiem przechorowania COVID-19. Ustalono warunki powrotu D.A. do pracy (forma zdalna, 6 godzin pracy z przerwami na krótkie sesje relaksacyjne) oraz zaproponowano ćwiczenia oddechowe i zalecono aktywność fizyczną (spacery, jazda na rowerze). W okresie realizacji badań do niniejszego studium przypadku D.A. nadal obserwowała u siebie dużą męczliwość oraz utrzymujące się zaburzenia pamięci i koncentracji. Od czasu zachorowania na COVID-19 uczęszcza na terapię ze względu na zaburzenia lękowe i depresyjny nastrój. Jej związek z partnerem się rozpadł, co D.A. wiązała z przebyciem COVID-19 i swoim stanem emocjonalnym.

Wyniki badania testami neuropsychologicznymi. Wyniki badania D.A. prezentuje tabela 1.

Tabela 1

Wyniki pacjentki D.A. w testach psychologicznych

| <i>Skale inteligencji D. Wechslera dla dorosłych (WAIS-R)</i> | | | | |
|---|---|--|---------|----------------------|
| | Suma wyników przeliczonych w odniesieniu do odpowiedniej grupy wiekowej i wykształcenia | Poziom IQ w odniesieniu do odpowiedniej grupy wiekowej i wykształcenia | | |
| Skala słowna | 79 | 119 | | |
| Skala bezsłowna | 42 | 90 | | |
| Skala pełna | 121 | 106 | | |
| <i>Testy uwagi i spostrzegawczości (TUS)</i> | | | | |
| Wskaźniki w TUS | Wynik surowy | Sten ³ | Procent | Kwartył ⁴ |
| Szybkość pracy | 853 | 6 | - | - |
| Liczba błędów | 0 | - | 93% | - |
| Liczba opuszczeń | 8 | - | - | III |

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

³ Skala stenowa liczy 10 przedziałów. Interpretujemy ją w następujący sposób: 1–3 – wyniki niskie, 4–7 – wyniki przeciętne, 8–10 – wyniki wysokie.

⁴ Wyniki dla wskaźnika Liczba opuszczeń, ze względu na ich małą rozpiętość, oparte są na podziale kwartylowym (w każdym z czterech przedziałów znajduje się 25% wyników). Wyniki przeciętne obejmują II i III kwartył, niskie – I kwartył (to jest informacja o dobrym wykonaniu testu – małej liczbie popełnionych błędów), wysokie – IV kwartył (informacja o słabym wykonaniu testu, czyli popełnieniu dużej – na tle grupy odniesienia – liczby błędów).

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| <i>Kalifornijski test uczenia się językowego (CVLT)</i> | | | |
|---|------------------------|-------------------|-------------------|
| | Wynik surowy | Wynik w stenach | |
| Lista A zadanie 1 | 8 | 5 | |
| Lista A zadanie 5 | 15 | 7 | |
| Lista A (odtworzenie swobodne po krótkim odroczeniu) | 12 | 5 | |
| Lista A (odtworzenie swobodne po długim odroczeniu) | 9 | 3 | |
| Rozpoznawanie (trafione ogółem) | 15 | 5 | |
| <i>Test płynności figuralnej Ruffa (RFFT)</i> | | | |
| | Wynik surowy | Wynik tenowy | Wynik w centylach |
| Połączenia unikalne – ogółem | 90 | 56 | 71 |
| Współczynnik błędu | 0,06 | | 16 |
| <i>Kolorowy test połączeń (CTT)</i> | | | |
| | Wynik surowy (sekundy) | Wynik w centylach | |
| CTT-1 | 31 s | 69 | |
| CTT-2 | 107 s | 10 | |

D.A. uzyskała rezultaty świadczące o poziomie inteligencji werbalnej powyżej przeciętnej (Skala słowna) oraz poziomie inteligencji niewerbalnej mieszczącym się w przedziale od poniżej przeciętnej do przeciętnej (Skala bezsłowna). Całościowy wynik WAIS-R wskazuje na przeciętny iloraz inteligencji (Skala pełna FIQ = 106).

Wyniki uzyskane w TUS świadczą o przeciętnym poziomie szybkości pracy percepcyjnej, zdolności uwagi i różnicowania bodźców wzrokowych. Współczynnik Szybkości pracy w TUS jest skorelowany z wynikami w podtestach WAIS: Braki w obrazkach i Symbole cyfr, w których prawidłowe rozwiązanie zaangażowany jest czynnik uwagi wzrokowej (por. Ciechanowicz, Stańczak, 2006). W wymienionych podtestach WAIS badana uzyskała wyniki poniżej przeciętnych. Zdolności D.A. w zakresie uwagi wzrokowej można zatem interpretować jako prawdopodobnie osłabione, pozostające na granicy normy.

W CVLT badana uzyskała przeciętne wyniki w zakresie: ogólnego czynnika uczenia się i pamięci werbalnej oraz słuchowego rozpoznawania słów. Zaobserwowano trudności w zakresie swobodnego odtwarzania słów z listy A po długim odroczeniu – D.A. uzyskała bardzo mocno obniżony wynik, odpowiadający 3. stenowi. Zdolności rozpoznawania wyuczonego materiału badanej odpowiadały poziomowi przeciętnemu. D.A. prawidłowo rozpoznała

15/16 słów, przy czym większość osób w populacji ogólnej uzyskuje w tym zadaniu wynik 16/16. Ucząc się listy słów, D.A. stosowała częściej bardziej efektywną strategię łączenia wyrazów związanych ze sobą semantycznie niż strategię odtwarzania ich zgodnie z usłyszaną kolejnością (Współczynnik bliskości semantycznej = 7. sten, Współczynnik bliskości seryjnej = 4. sten). Wyniki D.A. w CVLT świadczą o przeciętnych zdolnościach zapamiętywania i przechowywania informacji, o dużych trudnościach pamięciowych w sytuacji odroczenia i dystrakcji oraz aktywnym angażowaniu myślenia w proces zapamiętywania. Wynik w zadaniu rozpoznawania, które można traktować jako miernik świadomego bądź nieświadomego nieoptymalnego wysiłku bądź symulacji (por. Łojek, Stańczak, 2010), był bardzo wysoki i wskazywał na odpowiednią motywację oraz zaangażowanie D.A. w badanie.

W teście RFFT, który mierzy między innymi płynność, plastyczność myślenia, kreatywność D.A. uzyskała wynik ponadprzeciętny. Wskaźnik Połączeń unikalnych ułożył się na poziomie 71. centyla i 56. tena. Jest on związany z procesami planowania i gotowości do pracy i w przypadku D.A. osiągnął poziom powyżej przeciętnego. Współczynnik błędów, wskazujący na zdolność samokontroli i monitorowania własnego zachowania, również uplasował się na poziomie ponadprzeciętnym. Na tej podstawie można stwierdzić zachowany wysoki poziom złożonych czynności poznawczych rozumianych jako zdolność do inicjowania, planowania, kontrolowania i podejmowania decyzji.

W CTT pacjentka nie popełniła żadnych błędów, nie potrzebowała podpowiedzi, jednak czas wykonania obu form CTT był wydłużony. W pomiarze CTT-1 uzyskała wynik odpowiadający 69. centylowi, który można interpretować jako względnie poprawny poziom przeszukiwania wzrokowego, utrzymywania uwagi i zdolności grafomotorycznych. Wynik wykonania CTT-2 odpowiadał zaledwie 10. centylowi, czyli świadczył o poważnych trudnościach. Rezultat ten wskazywał, że bezbłędność wykonania CTT (a szczególnie części drugiej angażującej funkcje wykonawcze, wymagającej przełączania się poznawczego z jednego ciągu na drugi i utrzymywania informacji w pamięci roboczej) została osiągnięta przez D.A. kosztem znacznego wydłużenia czasu rozwiązywania zadań.

Podsumowując, można stwierdzić, że generalnie wyniki badania neuropsychologicznego D.A. mieszczą się w granicach normy. Uwidoczniły się jednak wybiórcze deficyty w niektórych zakresach uwagi złożonej, uczenia się i pamięci, jak również funkcji wykonawczych. Trudności te mogą pozostawać niewidoczne, jeżeli analizuje się jedynie ogólny poziom wykonania testu. Biorąc pod uwagę bardzo wysoki poziom funkcjonowania intelektualnego pacjentki

przed COVID-19, wydaje się, że na skutek choroby zdolności poznawcze D.A. najprawdopodobniej uległy jednak ogólnemu osłabieniu. **Pacjentka nie jest w stanie powrócić do wykonywania zadań poznawczych związanych z pracą zawodową, z którymi radziła sobie przed COVID-19.** Relacjonowane przez chorą osłabienie zdolności posługiwania się językami obcymi, którymi biegle władała stanowi w przypadku D.A. ważny czynnik, który może dodatkowo utrudniać jej powrót do pełni zdrowia i odzyskania wcześniejszej jakości życia. Istotnym zagadnieniem pozostaje także wpływ depresji, lęku i zmęczenia na poziom funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego tej pacjentki. Niewątpliwie, wskazana jest kontynuacja leczenia i monitorowania stanu zdrowia D.A. po COVID-19, a dodatkowo pogłębiona diagnoza neuropsychologiczna oraz ewentualnie rehabilitacja dostosowana do indywidualnych potrzeb pacjentki.

Przypadek 2.

A.R. – kobieta, lat 48, wykształcenie wyższe, pracująca w urzędzie, który bezpośrednio podlega ministerstwu. Jej praca wymagała doskonałej znajomości często zmieniających się przepisów prawnych⁵.

Historia choroby. Pani A.R. chorowała na COVID-19 wiosną 2021 r., pozytywny wynik testu PCR odebrała 28. kwietnia 2021. Tuż przed wystąpieniem objawów zdiagnozowanych jako COVID-19 u chorej wystąpiła po raz pierwszy w życiu alergia na nierozpoznany czynnik, przy czym jednym z objawów uczulenia był obrzęk gardła. Następnie rozwinęły się objawy typowe dla COVID-19: katar, kaszel, ból głowy, obrzęk śluzówki, utrata węchu i smaku, zmęczenie, gwałtowne spadki ciśnienia krwi i tętna, pocenie się. W nocy miewała wrażenie „zapadania się”, odczuwała lęk, że już się nie obudzi. Pojawiły się także symptomy prawdopodobnych zaburzeń neurologicznych: osłabienie, drętwienie łydek, stóp i przedramion oraz skóry u podstawy głowy i w okolicy prawej skroni, powiązane z bólem głowy. Uczucie drętwienia utrzymywało się również w sierpniu 2021 r., gdy realizowano prezentowane badania neuropsychologiczne.

Po chorobie A.R. zaobserwowała u siebie duży problem z utrzymaniem uwagi podczas prowadzenia samochodu, zasypiała w trakcie jazdy, w szczególności

⁵ Badanie pani A.R. zostało wykonane pod koniec sierpnia 2021 r. przez dr Ewę Malinowską.

przy dłuższych, monotonnych odcinkach drogi. Zdarzało się, że nie pamiętała drogi, mimo że jeździła tą samą trasą przez 17 lat. Niekiedy nie była pewna funkcji pedału gazu, hamulca i dźwigni biegów. Pacjentka miała poczucie, że samochód się zmienił („Jakby już nie był mój”). Miała też problemy z oceną odległości w trakcie kierowania pojazdem. W domu niejednokrotnie wpadała na framugę drzwi, w pracy dziwiła się, że biurka zostały poprzestawiane („Jakoś zawsze znajdowały się na mojej drodze”).

W trakcie wywiadu pani A.R. zgłaszała także problem z utrzymywaniem danych i liczb w pamięci, kłopoty z formułowaniem myśli oraz planowaniem czynności dnia codziennego. Kiedy w aptece poproszono ją o dodanie do rachunku 90 groszy, poczuła się całkowicie zdezorientowana i zagubiona. Pacjentka wspominała, że przed chorobą miała niemal fotograficzną pamięć. Obecnie swoje funkcjonowanie opisywała następująco: „*żyję w innym świecie, nowe wiadomości nie chcą się automatycznie zapisywać, muszą osiąść, uleżeć się*”.

Po powrocie do pracy po chorobie A.R., w czerwcu, nie odzyskała wcześniejszej biegłości i tempa poruszania się w dokumentacji prawnej, którą się zajmowała. Miała poczucie, że im bardziej stara się wrócić do trybu funkcjonowania sprzed choroby, tym większym zmęczeniem to przypląca. Po kilku dniach ponownie przeszła na zwolnienie. Do chwili realizacji opisywanych badań nie wróciła do pracy (5–6 miesięcy po COVID-19).

W sierpniu 2021 r. A.R. skierowano na diagnostykę neurologiczną do szpitala. W tamtym czasie dominującym objawem była bardzo duża senność. W trakcie badań podejrzewano pacjentkę o omdlenia, jednak ona sama mówiła, że po prostu zasypiała („Gdybym mogła, położyłabym się na podłodze i spała”). Badanie EEG w stanie czuwania (z dnia 30.06.2021 r.) nie wykazało obecności zmian o charakterze napadowym, zlokalizowanym, ale zaobserwowano dominację szybkiej czynności niskonapięciowej beta i polekowej w odprowadzeniach przedczołowo-czołowo-przedskroniowych, co, jak stwierdzili lekarze, było typowym obrazem po przejściu infekcji wirusem SARS-CoV-2.

Badanie rezonansem magnetycznym (z dnia 21.06.2021 r.) wykazało obecność niewielkich zmian patologicznych w mózgu A.R.: „*drobne, dość symetryczne ogniska o płynowej intensywności sygnału obustronnie w okolicy dolnych części jąder podkorowych i w półkulach mózgu oraz pojedyncze ogniska o podobnej morfologii widoczne w ciele modzelowatym, odpowiadające szerszym przestrzeniom okołonaczyniowym*”. Należy podkreślić, że nie ma pewności, czy wykryte zmiany były związane z COVID-19, czy też pojawiły się u A.R.

wcześniej. Nie wiadomo także, w jakim stopniu zmiany te mogły wiązać się z dolegliwościami somatycznymi i poznawczymi, na które uskarżała się chora.

Po chorobie zaburzeniu uległ cykl dobowy pacjentki – pomimo usiłowań zaczęła zasypiać dopiero około godziny 3:00–4:00 nad ranem. Ze snu często budził ją ból głowy w okolicach prawej skroni. Pacjentka miała subiektywne poczucie, że wolniej wykonuje codzienne czynności i wolniej się porusza. Wyzwaniem stało się dla niej podążanie za wątkami w filmach i w serialach telewizyjnych, trudności nie sprawiały jej tylko proste bajki dla dzieci. Chcąc przeczytać artykuł w Internecie lub w gazecie, dzieliła go na krótsze fragmenty, w celu zwiększenia szans na jego zrozumienie. Miała trudności ze zrozumieniem treści ulotek do leków.

W lipcu 2021 r. A.R. uczestniczyła w turnusie rehabilitacyjnym dla osób po COVID-19. Rehabilitacja obejmowała przede wszystkim ćwiczenia z zakresu fizjoterapii ruchowej i oddechowej. Program ćwiczeń, jakejmu została poddana, określiła jako „przynoszący ulgę i dający poprawę” lecz zarazem bardzo męczący („Czułam się jakbym przeszła drogę do Aten i z powrotem na piechotę, w pełnym słońcu”).

Wyniki badania testami neuropsychologicznymi. Tabela 2 prezentuje wyniki badania pacjentki A.R.

Tabela 2
Wyniki pacjentki A.R. w testach psychologicznych

| <i>Skala inteligencji D. Wechslera dla dorosłych (WAIS-R)</i> | | | | |
|---|---|--|---------|---------|
| | Suma wyników przeliczonych w odniesieniu do odpowiedniej grupy wiekowej i wykształcenia | Poziom IQ w odniesieniu do odpowiedniej grupy wiekowej i wykształcenia | | |
| Skala słowna | 76 | 116 | | |
| Skala bezsłowna | 58 | 110 | | |
| Skala pełna | 134 | 114 | | |
| <i>Testy uwagi i spostrzegawczości (TUS)</i> | | | | |
| Wskaźniki w TUS | Wynik surowy | Sten | Procent | Kwartyl |
| Szybkość pracy | 984 | 9 | - | - |
| Liczba błędów | 0 | - | 96% | - |
| Liczba opuszczeń | 0 | - | - | I |

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| <i>Kalifornijski test uczenia się językowego (CVLT)</i> | | | |
|---|------------------------|-------------------|-------------------|
| | Wynik surowy | | Wynik w stenach |
| Lista A zadanie 1 | 7 | | 7 |
| Lista A zadanie 5 | 14 | | 9 |
| Lista A (odtworzenie swobodne po krótkim odroczeniu) | 13 | | 8 |
| Lista A (odtworzenie swobodne po długim odroczeniu) | 14 | | 8 |
| Rozpoznawanie (trafione ogółem) | 16 | | 10 |
| <i>Test płynności figuralnej Ruffa (RFFT)</i> | | | |
| | Wynik surowy | Wynik tenowy | Wynik w centylach |
| Połączenia unikalne – ogółem | 115 | 65 | 93 |
| Współczynnik błędów | 0,2 | | 11–16 |
| <i>Kolorowy test połączeń (CTT)</i> | | | |
| | Wynik surowy (sekundy) | Wynik w centylach | |
| CTT-1 | 55 s | 42 | |
| CTT-2 | 71 s | 76 | |

Zgodnie z danymi w tabeli 2 A.R. uzyskała wyniki świadczące o ponadprzeciętnym poziomie inteligencji werbalnej (Skala słowna) oraz wysokim poziomie inteligencji niewerbalnej (Skala bezsłowna). Całościowy wynik WAIS-R wskazuje na ponadprzeciętny iloraz inteligencji (Skala pełna FIQ = 114).

Wyniki uzyskane w teście TUS świadczą o bardzo wysokim poziomie szybkości pracy percepcyjnej (9. sten).

Również w teście CVLT A.R. uzyskała wysokie wyniki. Po pierwszym wysłuchaniu Listy A pacjentka odtworzyła z pamięci 7 wyrazów (wynik na poziomie 7. stena), zaś po piątym usłyszeniu Listy A – 14 wyrazów (wynik na poziomie 9. stena). W swobodnym odtwarzaniu listy A po krótkim odroczeniu A.R. uzyskała 8. sten, zaś po długim odroczeniu – 10 sten (wynik maksymalny) monitorowania własnego zachowania. Podczas odtwarzania z pamięci słów z Listy A w odpowiedzi badanej nie pojawiły się żadne wtrącenia, a perseweracje występowały bardzo rzadko. Podczas rozpoznawania słów z pierwszej listy pani A.R. nie popełniła żadnego błędu (16/16), co może świadczyć również o odpowiedniej motywacji pacjentki do badania. A.R. zapamiętywała materiał werbalny, posługując się zdecydowanie bardziej strategią semantyczną niż

strategią odtwarzania według usłyszanego kolejności (Współczynnik bliskości semantycznej – 10. sten, Współczynnik bliskości seryjnej – 3. sten). Wyniki uzyskane przez pacjentkę w teście CVLT wskazują na brak trudności w zakresie zdolności uczenia się i pamięci werbalnej.

W teście RFFT A.R. uzyskała bardzo wysoki wynik (93. centyl). W teście CTT pacjentka nie popełniła żadnych błędów, nie potrzebowała podpowiedzi. Czas wykonania CTT-1 odpowiada 42. centylowi (przeciętny poziom wykonania), natomiast w CTT-2 – 76. centylowi (wysoki poziom wykonania), co może świadczyć o relatywnie zachowanych zdolnościach w zakresie uwagi złożonej i funkcji wykonawczych, chociaż podczas wykonywania tego testu pacjentka przyznała, że była już bardzo zmęczona badaniem i być może mogła wykonać CTT jeszcze lepiej.

Podsumowując przypadek A.R., nasuwa się pytanie o brak spójności między otrzymanymi wynikami testów poznawczych, które wydają się być w normie lub nawet powyżej normy, a informacjami z wywiadu, subiektywną oceną pacjentki jej osłabionego stanu zdrowia, obniżonego poziomu funkcjonowania intelektualnego oraz trudności napotykanym w życiu codziennym. Być może badanie A.R. odbywające się w kilka miesięcy po zakażeniu przypadło na moment przekładających się na uzyskane w testach wyniki samoistnych procesów naprawy i regeneracji tkanki OUN po zmianach wywołanych obecnością infekcji wirusowej? Warto byłoby jednak rozważyć kontynuację badania neuropsychologicznego, wykorzystanie innych testów czy prób skupiających się na ocenie orientacji przestrzenno-wzrokowej (również w środowisku naturalnym), zdolności wykonywania działań celowych (praksji), rozumienia dłuższych tekstów i wypowiedzi, wykonywaniu działań algebraicznych, planowaniu czynności dnia codziennego. Konieczna byłaby także obiektywna ocena jej stanu emocjonalnego (lęku, depresji, PTSD). Dalsze, ewentualne pomiary diagnostyczne u A.R. powinny być zatem bardziej dostosowane do specyficznych trudności subiektywnie odczuwanych przez pacjentkę.

PODSUMOWANIE I REKOMENDACJE

Celem niniejszego rozdziału było przedstawienie wyzwań, jakie stają przed neuropsychologią kliniczną w związku z nową chorobą – COVID-19, na skutek której może dochodzić do zmian w mózgu oraz zaburzeń neuropsychologicznych. Zarówno mechanizmy, jak i objawy tych zaburzeń mogą być bardzo heterogeniczne.

Opisaliśmy sylwetki dwóch pacjentek, w pełni zdrowych przed chorobą, które po COVID-19 doznały znacznego spadku formy fizycznej, psychicznej i społecznej. Utrzymujące się po COVID-19 trudności, w tym poznawcze, uniemożliwiają obu pacjentkom powrót do przedchorobowej aktywności zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym. **Należy podkreślić, że sytuacja zdrowotna opisywanych pacjentek jest dynamiczna i można mieć nadzieję, że ze względu na procesy samoistnego zdrowienia organizmu, a także plastyczność mózgu i zdolności kompensacji, trudności D.A. i A.R. będą się wycofywać.** Fachowa opieka zdrowotna obejmująca również oddziaływania neuropsychologiczne mogłaby znacznie wspomóc i przyspieszyć proces powrotu do zdrowia. Trzeba jednak brać także pod uwagę, że istnieje ryzyko długotrwałego odczuwania konsekwencji COVID-19, w tym zmian strukturalnych i fizjologicznych OUN oraz chronicznych dysfunkcji neuropsychologicznych (Wilson i in., 2020), które mogą w niektórych przypadkach przybrać charakter neurodegeneracyjny, postępujący (por. Heneka i in., 2020).

Wybierając powyższe studia przypadku, chcieliśmy także wykazać, że ponieważ zarówno zespół objawów, których doświadczają pacjenci po infekcji SARS-CoV-2, jak i ich nasilenie w czasie mogą być bardzo zróżnicowane, to do każdego z pacjentów należy podejść indywidualnie. Diagnostyci powinni być szczególnie ostrożni w swoich opiniach, jeżeli subiektywnych skarg pacjenta zdają się nie potwierdzać wyniki wystandaryzowanych testów. W populacji, która doświadczyła COVID-19, może znajdować się więcej takich osób, które doznały dużej utraty zdrowia, ale dlatego, że nie wykazują objawów typowych dla określonej choroby neurologicznej, psychicznej lub zespołu zaburzeń neuropsychologicznych (np. afazji, amnezji, apraksji, agnozji itp.), to konsekwencje dyskretnych dysfunkcji mózgu po przejściu zakażenia SARS-CoV-2 mogą pozostać nierozpoznane w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.

Z powodu niedostatecznej diagnostyki, szczególnie w sytuacji pandemii, kuszące może być pomniejszanie znaczenia subiektywnych odczuć pacjentów lub nieuzasadniona próba łączenia ich z zaburzeniami nastroju czy lękowymi (Lynch, McGrady, Nagel, Wahl, 2007; Nunes, Ventura, Encarnação, Pinto, Santos, 2013). Ważne, by klinicyści byli otwarci na sygnalizowane przez pacjentów i ich rodziny objawy, bardziej je eksplorując, niż starając się bez wyraźnych podstaw wpasować w znane kryteria diagnostyczne (Nunes i in., 2013). W obecnym okresie czujność i chęć poznawania charakteru zgłaszanych trudności może pomóc w ustaleniu rzeczywistych problemów psychicznych pacjentów i jego wpływu na codzienne funkcjonowanie. Jako że negatywne

działanie SARS-CoV-2 nie ogranicza się wyłącznie do okresu aktywnego symptomatycznego COVID-19, lecz długofalowe lub odroczone efekty są dość częste lub nietypowe (Cortinovis, Perico, Remuzzi, 2021; Taquet, Geddes, Husain, Luciano, Harrison, 2021; Wilson i in., 2020). Powyższe podejście stwarza także szansę budowania pozytywnej relacji z pacjentami, zapobiega zaburzeniom jatrogennym, np. w postaci zaburzeń nastroju, rezygnacji z kontaktów ze specjalistami z powodu poczucia odrzucenia, braku zrozumienia czy umniejszania problemów pacjenta (Lynch i in., 2007).

Aktualny stan wiedzy nie pozwala w toku rehabilitacji na odnoszenie się do konkretnych profili neuropsychologicznych czy spodziewanej dynamiki zmian związanych z działaniem samego SARS-CoV-2 lub nakładającymi się konsekwencjami choroby (Sozzi i in., 2020; Wilson i in., 2020). Tymczasem możemy odwołać się do ugruntowanej wiedzy naukowej o innych neuroinfekcjach, w tym konsekwencjach zakażenia HIV (Levine, Sacktor, Becker, 2020). Warto też zwrócić uwagę na symptomy, zespoły prowadzące do zaburzeń neuropsychologicznych. Niewydolność oddechowa, udary mózgu, encefalopatie, zaburzenia świadomości, PTSD oraz długotrwała izolacja społeczna obserwowane są w COVID-19, a jak wiemy, prowadzą one do dobrze opisanych problemów neuropsychologicznych (Wilson i in., 2020). W sytuacji podejrzenia konkretnych zaburzeń, np. uwagi czy funkcji wykonawczych, mamy dostęp do licznych ogólnie uznanych rekomendacji dot. rehabilitacji neuropsychologicznej. W przypadku pacjentów po COVID-19 istnieje spore ryzyko nakładania się objawów typowo neuropsychologicznych na zaburzenia np. lękowe, reaktywne. Dlatego szczególnie cenne może być holistyczne podejście uwzględniające, nie tylko „trenowanie danej funkcji”, ale przede wszystkim odniesienie deficytów do codziennych wymogów, indywidualnych celów pacjentów i uwzględnienie dezadaptacyjnych przekonań (Szepietowska, Daniluk; 2018; Zarrabian, Hassani-Abharian, 2020).

Kończąc, należy podkreślić, że obecnie nieznanne jest dokładne rozpowszechnienie zaburzeń neuropsychologicznych w populacji osób po COVID-19 w Polsce i na świecie. Wstępne statystyki sugerują, że odsetek takich osób może być bardzo wysoki (ok. 1/3 lub więcej), nawet u osób, które przeszły COVID-19 z łagodnymi objawami choroby (por. Hampshire i in., 2021). Stanowi to potencjalnie duże wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia. W warunkach polskich, niestety, od dawna brakuje specjalistów z zakresu neuropsychologii, a szczególnie w placówkach, w których konsultacje neuropsychologiczne są niezbędne, np. w poradniach neurologicznych, psychiatrycznych, geriatrycz-

nych czy zdrowia psychicznego. Z uwagi na rozumienie ryzyka występowania zmian neuropsychologicznych u osób po COVID-19, istotnego wpływu tych deficytów na jakość życia oraz ryzyko wieloletniego utrzymywania się zaburzeń lub pojawienia się zmian postępujących konieczne jest zwiększenie dostępności do konsultacji neuropsychologicznych w ramach podstawowej diagnostyki zdrowotnej oraz włączanie neuropsychologów w struktury oddziałów rehabilitacji pocovidowej.

BIBLIOGRAFIA

- Adamczyk, D., Jaworska, D., Affeltowicz, D., Maison, D. (2022). Wzorce reakcji emocjonalnych na pandemię COVID-19 w różnych okresach jej trwania – badania jakościowe. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 29–65). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial01>
- Almeria, M., Cejudo, J. C., Sotoca, J., Deus, J., Krupinski, J. (2020). Cognitive profile following COVID-19 infection: Clinical predictors leading to neuropsychological impairment. *Brain, Behavior, & Immunity – Health*, 9, 100163. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100163>
- Anzalone, N., Castellano, A., Scotti, R., Scandroglio, A. M., Filippi, M., Ciceri, F., ... Falini, A. (2020). Multifocal laminar cortical brain lesions: A consistent MRI finding in neuro-COVID-19 patients. *Journal of Neurology*, 267(10), 2806–2809. <https://doi.org/10.1007/s00415-020-09966-2>
- Bailey, E. K., Steward, K. A., VandenBussche Jantz, A. B., Kamper, J. E., Mahoney, E. J., Duchnick, J. J. (2021). Neuropsychology of COVID-19: Anticipated cognitive and mental health outcomes. *Neuropsychology*, 35(4), 335–351. <https://doi.org/10.1037/neu0000731>
- Baker, H. A., Safavynia, S. A., Evered, L. A. (2021). The ‘third wave’: Impending cognitive and functional decline in COVID-19 survivors. *British Journal of Anaesthesia*, 126(1), 44–47. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.09.045>
- Bilder, R. M., Postal, K. S., Barisa, M., Aase, D. M., Cullum, C. M., Gillaspay, S. R., ... Woodhouse, J. (2020). Inter Organizational Practice Committee recommendations/guidance for teleneuropsychology in response to the COVID-19 pandemic. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 35(6), 647–659. <https://doi.org/10.1093/arclin/aaa046>
- Brzeziński, J., Gaul, M., Hornowska, E., Jaworowska, A., Machowski, A., Zakrzewska, M. (2004). *Skala Inteligencji Wechslera dla dorosłych. Wersja zrewidowana*

- *renormalizacja WAIS-R(PL), podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Butler, M., Pollak, T. A., Rooney, A. G., Michael, B. D., Nicholson, T. R. (2020). Neuropsychiatric complications of COVID-19. *British Medical Journal (Clinical Research ed.)*, 371, m3871. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3871>
- Cai, X., Hu, X., Ekumi, I. O., Wang, J., An, Y., Li, Z., Yuan, B. (2020). Psychological distress and its correlates among COVID-19 survivors during early convalescence across age groups. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1030–1039. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.07.003>
- Cheng, Q., Yang, Y., Gao, J. (2020). Infectivity of human coronavirus in the brain. *EBioMedicine*, 56, 102799. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2020.102799>
- Ciechanowicz, A., Stańczak, J. (2006). *Testy uwagi i spostrzegawczości – TUS*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Cook, S. E., Marsiske, M., McCoy, K. J., (2009). The use of the Modified Telephone Interview for Cognitive Status (TICS-M) in the detection of amnesic mild cognitive impairment. *Journal of Geriatric, Psychiatry and Neurology*, 22(2), 103–109. <https://doi.org/10.1177/0891988708328214>
- Cortinovis, M., Perico, N., Remuzzi, G. (2021). Long-term follow-up of recovered patients with COVID-19. *Lancet (London, England)*, 397(10270), 173–175. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00039-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00039-8)
- Cysique, L. A., Łojek, E., Cheung, T. C.-K., Cullen, B., Egbert, A. R., Evans, J., ... NeuroCOVID International Neuropsychology Taskforce. (2021). Assessment of neurocognitive functions, olfaction, taste, mental, and psycho-social health in COVID-19 in adults: Recommendations for harmonization of research and implications for clinical practice. *Journal of the International Neuropsychological Society*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S1355617721000862>
- Douaud, G., Lee, S., Alfaro-Almagro, F., Arthofer, C., Wang, C., Lange, F., ... Smith, S. M. (2021). *Brain imaging before and after COVID-19 in UK Biobank*. MedRxiv. <https://doi.org/10.1101/2021.06.11.21258690>
- Egbert, A. R., Cankurtaran, S., Karpiak, S. (2020). Brain abnormalities in COVID-19 acute/subacute phase: A rapid systematic review. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 543–554. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.014>
- Ferrucci, R., Dini, M., Groppo, E., Rosci, C., Reitano, M. R., Bai, F., ... Priori, A. (2021). Long-lasting cognitive abnormalities after COVID-19. *Brain Sciences*, 11(2), 235. <https://doi.org/10.3390/brainsci11020235>

- Fischer, D., Threlkeld, Z. D., Bodien, Y. G., Kirsch, J. E., Huang, S. Y., Schaefer, P. W., ... Edlow, B. L. (2020). Intact brain network function in an unresponsive patient with COVID-19. *Annals of Neurology*, 88(4), 851–854. <https://doi.org/10.1002/ana.25838>
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Wnuk, A., Oleksy, T., Cudo, A., ... Maison, D. (2021). Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity. *Comprehensive Psychiatry*, 105, 152222. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152222>
- Hampshire, A., Trender, W., Chamberlain, S. R., Jolly, A. E., Grant, J. E., Patrick, F., ... Mehta, M. A. (2021). Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19. *EClinicalMedicine*, 39, 101044. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101044>
- Hatch, R., Young, D., Barber, V., Griffiths, J., Harrison, D. A., Watkinson, P. (2018). Anxiety, depression and Post-Traumatic Stress Disorder after critical illness: A UK-wide prospective cohort study. *Critical Care*, 22(1), 310. <https://doi.org/10.1186/s13054-018-2223-6>
- Helms, J., Kremer, S., Merdji, H., Clere-Jehl, R., Schenck, M., Kummerlen, C., ... Meziani, F. (2020). Neurologic features in severe SARS-CoV-2 infection. *The New England Journal of Medicine*, 382(23), 2268–2270. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2008597>
- Heneka, M. T., Golenbock, D., Latz, E., Morgan, D., Brown, R. (2020). Immediate and long-term consequences of COVID-19 infections for the development of neurological disease. *Alzheimer's Research And Therapy*, 12(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s13195-020-00640-3>
- Hewitt, K. C., Marra, D. E., Block, C., Cysique, L. A., Drane, D. L., Haddad, M. M., ... Bowers, D. (2021). Central nervous system manifestations of COVID-19: A critical review and proposed research agenda. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 28(3), 311–325. <https://doi.org/10.1017/S1355617721000345>
- Hrynyszak, H., Sanna, K., Szramka-Pawlak, B. (2022). COVID-19 a zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne: czy pandemia zmienia obraz OCD? W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 273–290). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial09>
- Huang, C., Huang, L., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Gu, X., ... Cao, B. (2021). 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: A cohort study. *Lancet (London, England)*, 397(10270), 220–232. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32656-8)
- Kandemirli, S. G., Dogan, L., Sarikaya, Z. T., Kara, S., Akinci, C., Kaya, D., ... Kocer, N. (2020). Brain MRI findings in patients in the intensive care unit with COVID-19 infection. *Radiology*, 297(1), E232–E235. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020201697>

- Koralnik, I. J., Tyler, K. L. (2020). COVID-19: A global threat to the nervous system. *Annals of Neurology*, 88(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/ana.25807>
- Levine, A., Sacktor, N., Becker, J. T. (2020). Studying the neuropsychological sequelae of SARS-CoV-2: Lessons learned from 35 years of neuroHIV research. *Journal of Neurovirology*, 26(6), 809–823. <https://doi.org/10.1007/s13365-020-00897-2>
- Lipowska, M. (2020). Postępowanie z pacjentem z polineuropatią zapalną w okresie pandemii COVID-19. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 16(2), 84–87. <https://doi.org/10.5603/PPN.2020.0014>
- Lynch, D. J., McGrady, A. V., Nagel, R. W., Wahl, E. F. (2007). The patient-physician relationship and medical utilization. *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 9(4), 266–270.
- Łojek, E., Bolewska, A., Okuniewska, H. (red.). (2014). *Studia z neuropsychologii klinicznej. Na 45-lecie pracy zawodowej Profesor Danuty Kądzielawy*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Łojek, E., Egbert, A., Gambin, M., Gawron, N., Gorgol, J., Hansen, K., ... Żarnecka, D. (2021). Neuropsychological disorders after COVID-19. Urgent need for research and clinical practice. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 30(2), 104–112. <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.108474>
- Łojek, E., Stańczak, J. (2005). *Test Płynności Figuralnej Ruffa RFFT: polska standaryzacja i normalizacja. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Łojek, E., Stańczak, J. (2010). *Podręcznik do kalifornijskiego testu uczenia się językowego CVLT D. G Delis, J. H. Kramera, E. Kaplan, B. A. Ober*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Łojek, E., Stańczak, J. (2012). *Kolorowy test połączeń wersja dla dorosłych CTT: polska normalizacja. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., ... Li, Y. (2020). Neurologic manifestations of hospitalized patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA Neurology*, 77(6), 683–690. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1127>
- Matschke, J., Lütgehetmann, M., Hagel, C., Spherhake, J. P., Schröder, A. S., Edler, C., ... Glatzel, M. (2020). Neuropathology of patients with COVID-19 in Germany: A post-mortem case series. *The Lancet. Neurology*, 19(11), 919–929. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(20\)30308-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30308-2)
- Mazza, M. G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., ... Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 594–600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
- Méndez, R., Balanzá-Martínez, V., Luperdi, S. C., Estrada, I., Latorre, A., González-Jiménez, P., ... Menéndez, R. (2021). Short-term neuropsychiatric outcomes and

- quality of life in COVID-19 survivors. *Journal of Internal Medicine*, 290(3), 621–631. <https://doi.org/10.1111/joim.13262>
- Nunes, J., Ventura, T., Encarnação, R., Pinto, P. R., Santos, I. (2013). What do patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS) think? A qualitative study. *Mental Health in Family Medicine*, 10(2), 67–79.
- Parker, A. M., Sricharoenchai, T., Raparla, S., Schneck, K. W., Bienvenu, O. J., Neeham, D. M. (2015). Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: A metaanalysis. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1121–1129. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000882>
- Petrescu, A. M., Taussig, D., Bouilleret, V. (2020). Electroencephalogram (EEG) in COVID-19: A systematic retrospective study. *Neurophysiologie Clinique/Clinical Neurophysiology*, 50(3), 155–165. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2020.06.001>
- Quinones, M. M., Gallegos, A. M., Lin, F. V., Heffner, K. (2020). Dysregulation of inflammation, neurobiology, and cognitive function in PTSD: An integrative review. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, 20(3), 455–480. <https://doi.org/10.3758/s13415-020-00782-9>
- Sękowski, M., Gambin, M., Hansen, K., Holas, P., Hyniewska, S., Wyszomirska, J., ... Łojek, E. (2021) Risk of developing Post-Traumatic Stress Disorder in severe COVID-19 survivors, their families and frontline healthcare workers: What should mental health specialists prepare for? *Frontiers in Psychiatry*, 12, 562899. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.562899>
- Sozzi, M., Algeri, L., Corsano, M., Crivelli, D., Daga, M. A., Fumagalli, F., ... Balconi, M. (2020). Neuropsychology in the times of COVID-19. The role of the psychologist in taking charge of patients with alterations of cognitive functions. *Frontiers in Neurology*, 11, 1142. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.573207>
- Szepietowska, E. M., Daniluk, B. (red.). (2018). *Rehabilitacja neuropsychologiczna. Ujęcie holistyczne*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Taquet, M., Geddes, J. R., Husain, M., Luciano, S., Harrison, P. J. (2021). 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: A retrospective cohort study using electronic health records. *The Lancet. Psychiatry*, 8(5), 416–427. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00084-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00084-5)
- Vanderlind, W. M., Rabinovitz, B. B., Miao, I. Y., Oberlin, L. E., Bueno-Castellano, C., Fridman, C., ... Kanellopoulos, D. (2021). A systematic review of neuropsychological and psychiatric sequelae of COVID-19: Implications for treatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(4), 420–433. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000713>
- Virhammar, J., Kumlien, E., Fällmar, D., Frithiof, R., Jackmann, S., Sköld, M. K., ... Rostami, E. (2020). Acute necrotizing encephalopathy with SARS-CoV-2


- RNA confirmed in cerebrospinal fluid. *Neurology*, 95(10), 445–449. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000010250>
- Wang, L., Wang, Y., Ye, D., Liu, Q. (2020). Review of the 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) based on current evidence. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(6), 105948. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105948>
- WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020. (2020). Pobrane z: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Wilson, B. A., Betteridge, S., Fish, J. (2020). Neuropsychological consequences of Covid-19. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(9), 1625–1628. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1808483>
- Woo, M. S., Malsy, J., Pöttgen, J., Seddiq Zai, S., Ufer, F., Hadjilaou, A., ... Friese, M. A. (2020). Frequent neurocognitive deficits after recovery from mild COVID-19. *Brain Communications*, 2(2), fcaa205. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcaa205>
- Worldometer. (2022). *COVID-19 coronavirus pandemic*. Pobrane z: <https://www.worldometers.info/coronavirus>
- Yan, C. H., Faraji, F., Prajapati, D. P., Ostrander, B. T., De Conde, A. S. (2020). Self-reported olfactory loss associates with outpatient clinical course in COVID-19. *International Forum of Allergy & Rhinology*, 10(7), 821–831. <https://doi.org/10.1002/alr.22592>
- Yong, S. J. (2021). Persistent brainstem dysfunction in long-COVID: A hypothesis. *ACS Chemical Neuroscience*, 12(4), 573–580. <https://doi.org/10.1021/acscchemneuro.0c00793>
- Yuan, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., ... Xiang, Y. T. (2021). Prevalence of post-traumatic stress symptoms and its associations with quality of life, demographic and clinical characteristics in COVID-19 survivors during the post-COVID-19 era. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 665507. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.665507>
- Zapata, M. A., Banderas, G. S., Sánchez-Moltavá, A. (2022). Retinal microvascular abnormalities in patients after COVID-19 depending on disease severity. *British Journal of Ophthalmology*, 106(4), 559–563. <http://dx.doi.org/10.1136/bjophthalmol-2020-317953>
- Zarrabian, S., Hassani-Abharian, P. (2020). COVID-19 pandemic and the importance of cognitive rehabilitation. *Basic and Clinical Neuroscience*, 11(2), 129–132. <https://doi.org/10.32598/bcn.11.covid19.194.5>
- Zawadzki, B., Popiel, A., Bielecki, M., Mroziński, B., Pragłowska, E. (2022). Negatywne reakcje emocjonalne na stres pandemii wirusa SARS-CoV-2: rola stresorów, cech osobowości i poznawczych strategii regulacji emocji zorientowanych na unikanie.

W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 89–125). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial03>

Zhao, K., Huang, J., Dai, D., Feng, Y., Liu, L., Nie, S. (2020). *Acute myelitis after SARS-CoV-2 infection: A case report*. MedRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.03.16.2003510>

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., ... Cao, B. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. *Lancet (London, England)*, 395(10229), 1054–1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

Zoghi, A., Ramezani, M., Roozbeh, M., Darazam, I. A., Sahraian, M. A. (2020). A case of possible atypical demyelinating event of the central nervous system following COVID-19. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 44, 102324. <https://doi.org/10.1016/j.msard.2020.102324>

EWA PISULA  <https://orcid.org/0000-0002-7458-5043>

KAMILA BARGIEL-MATUSIEWICZ  <https://orcid.org/0000-0002-9467-2267>

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

Percepcja sytuacji pandemii, deklarowane zachowanie oraz symptomy lęku i depresji u dorosłych ze spektrum autyzmu w początkowej fazie pandemii COVID-19¹

Perception of pandemic situation, declared behavior and anxiety and depression symptoms in adults on the autism spectrum during the initial stage of the COVID-19 pandemic

Autor korespondencyjny: Ewa Pisula
e-mail: ewa.pisula@psych.uw.edu.pl

Publikacja finansowana ze środków Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego przyznanych przez MNiSW w formie subwencji na utrzymanie i rozwój potencjału badawczego w roku 2020 (501-D125-01-1250000 zlec*5011000214).

¹ Niniejszy artykuł przygotowano na podstawie raportu pt. *Percepcja sytuacji pandemii, deklarowane zachowanie i symptomy lęku oraz depresji u osób dorosłych ze spektrum autyzmu w początkowej fazie pandemii COVID-19* (Pisula, 2021).

Streszczenie

Osoby ze spektrum autyzmu ze względu na specyfikę funkcjonowania społecznego i poznawczego mogą doświadczać w związku z pandemią COVID-19 szczególnych trudności. Niniejszy rozdział przedstawia wyniki badania przeprowadzonego w początkowej fazie pandemii, aby sprawdzić, jak osoby ze spektrum autyzmu postrzegają tę sytuację, skąd czerpią wiedzę na jej temat, jakie zachowania z nią związane deklarują, czy potrzebują wsparcia i mają do niego dostęp, a także jaki jest ich stan emocjonalny, tj. nasilenie symptomów lęku i depresji. W badaniu uczestniczyły 104 osoby z diagnozą ze spektrum autyzmu, w normie intelektualnej (64% kobiet), oraz 136 osób w grupie porównawczej, bez diagnozy spektrum autyzmu, zaburzeń psychicznych czy chorób przewlekłych. Grupy nie różniły się od siebie pod względem rozkładu płci, wieku, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania i oceny własnej sytuacji materialnej. Na potrzeby prezentowanego badania została opracowana ankieta online, a do pomiaru nasilenia symptomów lęku i depresji oraz cech autystycznych wykorzystano wystandaryzowane kwestionariusze. Stwierdzono wiele podobieństw między grupą ze spektrum autyzmu i grupą porównawczą w ocenie sytuacji pandemii i deklarowanych zachowaniach, w tym przestrzeganiu reżimu sanitarnego. Nasilenie symptomów lęku i depresji było wyższe w grupie ze spektrum autyzmu i wskazuje na duże trudności emocjonalne doświadczane przez tych badanych w początkowym okresie pandemii. Poziom lęku i depresji pozostawał w związku z nasileniem cech autystycznych. Ponadto 16% osób ze spektrum autyzmu zadeklarowało, że *lockdown* nie spowodował zmiany w zakresie częstości ich wychodzenia z domu (1,5% w grupie porównawczej), co należy przypuszczalnie interpretować jako informację o ograniczonej aktywności osób ze spektrum autyzmu poza środowiskiem domowym w okresie przed pandemią. Większość osób ze spektrum autyzmu nie korzystała również z żadnej formy terapii. Około 70% badanych w obu grupach wyraziło gotowość do zaszczepienia się przeciwko COVID-19, gdy szczepionka zostanie opracowana.

Słowa kluczowe: COVID-19, spektrum autyzmu, symptomy lęku, symptomy depresji, zachowania w czasie pandemii, wsparcie społeczne

Abstract

People on the autism spectrum can experience many difficulties during the COVID-19 pandemic due to their social and cognitive characteristics. The paper presents a study conducted in the initial phase of a pandemic, aimed at checking how people with autism spectrum disorders perceive a pandemic situation, where do they learn about it, what behaviors related to it declare, whether they need support, and whether they have access to it, and also what is their emotional state, i.e., the severity of anxiety and depressive symptoms. The study involved 104 people diagnosed with the autism spectrum (64% of women) and 136 people in the comparative group without autism spectrum disorders, mental disorders, or chronic diseases. The groups did not differ in the distribution of sex, age, level of education, place of residence, and assessment of their own financial situation. An online questionnaire was developed for the project. Standardized questionnaires measured the severity of symptoms of anxiety and depression as well as autism traits. The results showed many similarities between the autism spectrum group and the comparison group in the perception of the pandemic situation and the declared behavior, including compliance with the sanitary regime. The severity of anxiety and depression symptoms was higher in the autism spectrum group and indicated high emotional difficulties of the respondents in the initial period of the pandemic. A relationship was found between the level of anxiety and depression symptoms and the severity of autistic features. Also, 16% of people on the autism spectrum disorder declared that the blockade was not related to reducing leaving home (1.5% in the comparative group). Presumably, this should be interpreted as information about the limited activity of people on the autism spectrum outside the home in the period before the pandemic. Most people on the autism spectrum have not received any form of therapy. About 70% of the subjects in both groups expressed a desire to be vaccinated against COVID-19 after the vaccine was developed.

Keywords: COVID-19, autism spectrum, anxiety symptoms, depression symptoms, behavior during pandemic, social support

Pandemia COVID-19 wprowadziła w życiu społecznym wiele zmian i nowych wyzwań. Wkrótce po odnotowaniu pierwszych zachorowań w marcu 2020 r. poszczególne kraje europejskie zaczęły stosować różnorodne środki mające na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2, w tym szczególnie dotkliwy dla wielu osób nakaz społecznego dystansu, kwarantannę i *lockdown* (Haider i in., 2020; Meda i in., 2020). Poczucie zagrożenia i obawy o zdrowie, a nawet życie własne i bliskich, a także ograniczenia w codziennym życiu, praca zdalna, zdalna nauka szkolna, zmiany w korzystaniu z opieki zdrowotnej i ograniczony do niej dostęp, a także wiele innych czynników stanowiło silne źródło stresu. Wyniki wielu badań wskazują, że początkowy okres pandemii wiązał się z wysokim poziomem lęku i symptomów depresji w różnych grupach osób (Fiorillo, Gorwood, 2020; Luo, Guo, Yu, Jiang, Wang, 2020; Pierce i in., 2020; Prati, 2020; Prati, Mancini, 2020). Szczególna rola przypadła postrzeganej izolacji społecznej, która wiązała się z obniżoną satysfakcją z życia, a w przypadku wielu osób także stosowaniem substancji psychoaktywnych jako sposobu na radzenie sobie ze stresem (Clair, Gordon, Kroon, Reilly, 2021).

Dla osób ze spektrum autyzmu (*autism spectrum*) szczególne okoliczności związane pandemią, obejmujące zagrożenie zdrowia, zaburzenie codziennych zwyczajów, a także konieczność ciągłego przebywania w domu (nierzadko z kilkoma innymi osobami) i ograniczenie możliwości swobodnego przemieszczania się, mogły stanowić szczególną trudność. Spektrum autyzmu to grupa zaburzeń neurorozwojowych, charakteryzujących się trudnościami w społecznej komunikacji oraz występowaniem ograniczonych, powtarzanych wzorców zachowania, zainteresowań i aktywności (American Psychiatric Association [APA], 2013; World Health Organization [WHO], 2018). Choć populacja ta jest bardzo niejednorodna pod względem rodzaju i zakresu doświadczanych trudności, to problemy w relacjach społecznych, inicjowaniu interakcji i uczestniczeniu w nich, komunikacji niewerbalnej, a także tendencja do sztywnych, schematycznych wzorców zachowania występują u wszystkich osób z tą diagnozą w stopniu utrudniającym im codzienne życie. Biorąc pod uwagę wysoki poziom lęku i depresji charakterystyczny dla wielu osób ze spektrum autyzmu (Hollocks, Lerh, Magiati, Meiser-Stedman, Brugha, 2018), znacznie ograniczone możliwości elastycznego reagowania na zmiany, przywiązanie do stałych schematów oraz trudności z adaptacją do sytuacji kryzysowych i obniżoną tolerancją dla niepewności (Boulter, Freeston, South, Rodgers, 2014; Keefer i in., 2017), należało przypuszczać, że zagrożenie pandemiczne i zwią-

zane z nim zmiany w codziennym funkcjonowaniu będą stanowiły dla nich szczególne wyzwanie (Patel i in., 2020). Dodatkowym problemem mogły być ograniczone umiejętności korzystania ze wsparcia społecznego oraz zwracania się po pomoc (Camm-Crosbie, Bradley, Shaw, Baron-Cohen, Cassidy, 2018).

Badania nad nastolatkami ze spektrum autyzmu wykazały, że pandemia wiązała się ze znacznym ograniczeniem aktywności fizycznej i wydłużeniem czasu spędzanego przy urządzeniach elektronicznych (Garcia, Lawrence, Brazendale, Leahy, Fukuda, 2020). W badaniu przeprowadzonym w Turcji w próbie osób z autyzmem w wieku od 3 do 29 lat, w większości korzystających z edukacji specjalnej, a zatem przypuszczalnie ze współwystępującą niepełnosprawnością intelektualną (informacja ta nie została wprost podana), badani mieli problem ze zrozumieniem, na czym polega sytuacja pandemii i jakie środki są niezbędne dla zachowania zdrowia (Mutluer, Doenyas, Genc, 2020). Mieli także trudności z zachowaniem dystansu społecznego, przestrzeganiem zasad reżimu sanitarnego, przejawiali symptomy silnego stresu (widoczne we wzroście nasilenia stereotypii, zachowań agresywnych, nadwrażliwości sensorycznej, problemów w zachowaniu, problemów ze snem i jedzeniem). Problemy w zachowaniu dzieci były ściśle powiązane z wysokim poziomem lęku u ich opiekunów.

W niniejszym badaniu skoncentrowaliśmy się na sytuacji dorosłych osób ze spektrum autyzmu w normie intelektualnej. Nie ulega wątpliwości, że ta grupa mogła sobie radzić w sytuacji *lockdownu* i innych zmian wynikających z pandemii relatywnie dobrze, dysponując zasobami poznawczymi ułatwiającymi rozwiązywanie nowych problemów i adaptację. Z drugiej jednak strony, typowe dla spektrum autyzmu problemy w społecznej komunikacji oraz sztywność w zachowaniu mogły także w jej przypadku przyczynić się do doświadczania zwiększonego stresu. Badanie miało charakter sondażu, zostało przeprowadzone online we wczesnej fazie pandemii od 23 marca do 4 maja 2020 r. W tym czasie w Polsce wprowadzono *lockdown* i wiele innych ograniczeń w życiu społecznym. Choć począwszy od maja zaczęto te ograniczenia stopniowo zmniejszać, to w czasie trwania badania wciąż zamknięte były m.in. salony fryzjerskie i lokale gastronomiczne, a także kina, teatry, baseny i kluby fitness. Nadal też obowiązywał nakaz noszenia maseczek i zachowywania dystansu w przestrzeni publicznej. W marcu i kwietniu swoją działalność zawiesiło wiele ośrodków terapeutycznych. Niektóre z nich oferowały konsultacje zdalne. Stopniowo zaczęto uruchamiać także terapię prowadzoną zdalnie. W niektórych placówkach po krótkiej przerwie wznowiono spotkania indywidualne z terapeutą, przebiegające w reżimie sanitarnym.

Pytania badawcze

Poszukiwaliśmy odpowiedzi na następujące pytania:

1. Skąd osoby ze spektrum autyzmu czerpią wiedzę na temat pandemii COVID-19 i jak często poszukują tych informacji?
2. Jakich emocji doświadczają w związku z pandemią?
3. Jak szacują ryzyko zakażenia koronawirusem i zagrożenia życia u siebie oraz najbliższych?
4. Jak długo będzie według nich trwała pandemia?
5. Czy przestrzegają reżimu sanitarnego i jakie zachowania związane z pandemią deklarują?
6. Czy potrzebują pomocy w sytuacji pandemii i czy wsparcie jest im dostępne? Jakiego wsparcia potrzebują w ich opinii osoby z autyzmem?
7. Jaki jest ich stosunek do szczepienia przeciwko COVID-19?
8. Jaki jest poziom symptomów lęku i depresji u osób ze spektrum autyzmu w tym okresie pandemii?
9. Jakie są związki między nasileniem cech autystycznych i poczuciem osamotnienia a poziomem doświadczanego lęku i symptomów depresji?

METODA

Procedura badania

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą ankiety internetowej utworzonej na platformie Formularze Google. Ankieta była rozpowszechniana drogą elektroniczną. Zaproszenie do udziału w badaniu rozesłano do stowarzyszeń i fundacji działających na rzecz osób ze spektrum autyzmu. O pomoc w przekazaniu zaproszenia poproszono również terapeutów pracujących z dorosłymi ze spektrum autyzmu. Zaproszenie zostało zamieszczone na internetowych stronach niektórych organizacji, a także przekazane grupom prowadzonym na portalu społecznościowym Facebook przez osoby ze spektrum autyzmu i zrzeszającym osoby ze spektrum. Z prośbą o rozpowszechnienie zaproszenia do badania skontaktowano się także z aktywistami i blogerami aktywnymi w obszarze spektrum autyzmu.

Kryterium doboru do próby osób ze spektrum autyzmu były: wiek minimum 18 lat, posiadanie psychiatrycznej diagnozy autyzmu dziecięcego,

zespołu Aspergera lub innych całościowych zaburzeń rozwojowych (zgodnie z deklaracją uczestnika). Kryterium wykluczającym było posiadanie diagnozy niepełnosprawności intelektualnej (również na podstawie deklaracji uczestnika). W próbie tej do wypełniania ankiety przystąpiło 131 osób, a zakończyły ją w sposób kompletny 104 osoby (79,4%).

O wypełnienie kwestionariusza poproszono również osoby rozwijające się typowo, bez diagnozy spektrum autyzmu lub innego zaburzenia rozwoju, zaburzenia psychicznego albo choroby przewlekłej (grupa porównawcza). Również w tym wypadku kryterium doboru był wiek minimum 18 lat, zaś kryterium wykluczającym diagnoza zaburzeń lub choroby przewlekłej. Zaproszenie do badania rozpowszechniono przede wszystkim za pomocą grup na portalu Facebook, a także metodą kuli śnieżnej przez znajomych, prosząc o przekazywanie informacji o badaniu osobom z różnych części kraju. W tej grupie do wypełnienia ankiety przystąpiło 196 osób, zaś kompletnych odpowiedzi udzieliło 136 osób (69,4%).

Projekt został pozytywnie zaopiniowany przez Komisję ds. Etyki Badań Naukowych Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego.

Narzędzia badawcze

W badaniu wykorzystano następujące narzędzia (opis poniżej):

- a) ankietę opracowaną na potrzeby badania, zawierającą zestaw pytań demograficznych oraz pytań dotyczących różnych aspektów funkcjonowania w sytuacji pandemii COVID-19,
- b) skalę HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) do pomiaru nasilenia symptomów lęku i symptomów depresji,
- c) kwestionariusz *Autism Quotient-10* do pomiaru nasilenia cech autystycznych.

Ankieta opracowana na potrzeby badania. W części demograficznej ankiety uczestników badania pytano o: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, pracę zarobkową, status rodzinny, liczbę posiadanych dzieci oraz warunki materialne gospodarstwa domowego. Kolejne pytania dotyczyły posiadanych diagnoz psychiatrycznych, w tym spektrum autyzmu, ADHD, dysleksji, depresji, zaburzeń lękowych, zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych; chorób przewlekłych (takich jak m.in. cukrzyca, astma, choroby serca, choroby onkologiczne).

Część dotyczącą pandemii COVID-19 rozpoczynało pytanie o to, czy osoba badana i/lub ktoś z jej najbliższych przeszli potwierdzone testem zakażenie koronawirusem. Pozostałe pytania dotyczące pandemii COVID-19 tworzyły siedem grup:

- I. Najczęściej wykorzystywane źródła informacji na temat koronawirusa i częstość poszukiwania informacji.
- II. Emocje doświadczane w związku z pandemią COVID-19.
- III. Ocena ryzyka zachorowania i ciężkiego przebiegu choroby – u osoby badanej i bliskich.
- IV. Przewidywany czas trwania pandemii w Polsce i na świecie.
- V. Zachowanie w czasie pandemii COVID-19, w tym przestrzeganie reżimu sanitarnego, zgromadzenie zapasów produktów spożywczych i innych używanych w gospodarstwie domowym.
- VI. Wsparcie społeczne w okresie pandemii – potrzeby i dostępność (tj. czy osoba badana potrzebuje pomocy w związku z pandemią; czy korzysta w związku z pandemią ze spotkania z terapeutą lub innej formy terapii; czy ma w otoczeniu osoby, które udzielą jej wsparcia i czy czuje się osamotniona w czasie pandemii; czy pomoc jest według niej potrzebna osobom ze spektrum autyzmu, a jeśli tak, to na czym pomoc ta powinna polegać).
- VII. Stosunek do szczepienia przeciwko COVID-19 (w tym gotowość do zaszczepienia się, gdy szczepionka zostanie opracowana).

Skala HADS. W celu pomiaru nasilenia symptomów depresji i lęku w czasie pandemii zastosowano *The Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond, Snaith, 1983) w polskiej wersji językowej (Nezlek, Rusanowska, Holas, Krejtz, 2019; Wichowicz, Wieczorek, 2011). Jest to samoopisowy kwestionariusz, złożony z 14 pozycji, z czego połowa należy do skali Depresji (*Depression*), a druga połowa do skali Lęku (*Anxiety*). Wynik ogólny, stanowiący sumę punktów z wszystkich pozycji, pozwala na pomiar ogólnego dystresu. Badani ustosunkowują się do stwierdzeń na 4-stopniowej skali (od *całkowicie się nie zgadzam*, do *całkowicie się zgadzam*). W niniejszym badaniu współczynnik rzetelności alfa Cronbacha wyniósł dla skali Depresji $\alpha = 0,85$, a dla skali Lęku $\alpha = 0,87$.

Kwestionariusz AQ-10. Kwestionariusz *The Autism-Spectrum Quotient* – AQ-10 (Allison, Auyeung, Baron-Cohen, 2012; polskie tłumaczenie: Pisula, Rynkiewicz)

został wykorzystany do pomiaru nasilenia cech autystycznych. Jest to skrócona wersja samoopisowego narzędzia przesiewowego *Autism Spectrum Quotient* (AQ), umożliwiającego badanie przesiewowe pod kątem spektrum autyzmu wśród osób dorosłych w normie intelektualnej (Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin, Clubley, 2001). Wersja skrócona AQ-10 składa się z 10 pozycji, do których badany ustosunkowuje się na skali 4-stopniowej (od *zdecydowanie się zgadzam*, przez *raczej się zgadzam*, *raczej się nie zgadzam*, po *zdecydowanie się nie zgadzam*). W części pozycji punktacja jest odwrócona. Oblicza się wynik ogólny, stanowiący sumę punktów we wszystkich pozycjach. Wynik powyżej 6 punktów wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo spektrum autyzmu. W tym badaniu współczynnik rzetelności alfa Cronbacha wyniósł $\alpha = 0,84$.

Charakterystyka badanej próby

W badaniu udział wzięło łącznie $N = 240$ osób, w tym 104 osoby, które zadeklarowały posiadanie diagnozy ze spektrum autyzmu oraz 136 osób, które zadeklarowały, że nie zdiagnozowano u nich chorób przewlekłych ani zaburzeń rozwojowych czy psychicznych. Dane demograficzne badanej próby przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1
Charakterystyka demograficzna badanych grup

| | Grupa ze spektrum autyzmu N (%) | Grupa porównawcza N (%) | Porównanie grup |
|------------------------|-----------------------------------|---------------------------|-----------------|
| Płeć: | | | n.i. |
| Kobieta | 67 (64,4%) | 98 (72%) | |
| Mężczyzna | 34 (32,7%) | 36 (26,6%) | |
| Inna | 3 (2,9%) | 0 | |
| Brak odpowiedzi | 0 | 2 (1,4%) | |
| Wiek (w latach): | | | n.i. |
| Rozpiętość | 18–59 | 19–60 | |
| Średnia | 32,57 | 30,81 | |
| Odchylenie standardowe | 9,26 | 11,73 | |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| | Grupa ze spektrum autyzmu <i>N</i> (%) | Grupa porównawcza <i>N</i> (%) | Porównanie grup |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| Poziom wykształcenia: | | | n.i. |
| Podstawowe lub zasadnicze zawodowe | 6 (5,8%) | 9 (6,6%) | |
| Średnie | 37 (35,5%) | 56 (41,2%) | |
| Wyższe (w tym licencjackie) | 61 (58,7%) | 71 (52,2%) | |
| Sytuacja rodzinna: | | | $\chi^2 = 8,35; p < 0,05$ (współczynnik kontyngencji = 0,18) |
| Singiel/ka | 52 (50%) | 39 (28,7%) | |
| W związku nieformalnym | 31 (29,8%) | 51 (37,5%) | |
| Małżeństwo | 21 (21,2%) | 46 (33,8%) | |
| Liczba dzieci: | | | n.i. |
| Brak dzieci | 76 (73%) | 75 (55,1%) | |
| Jedno | 15 (14,4%) | 37 (27,2%) | |
| Dwoje | 8 (7,7%) | 19 (14%) | |
| Troje lub więcej | 5 (4,8%) | 5 (3,7%) | |
| Miejsce zamieszkania: | | | n.i. |
| Wieś | 8 (7,7%) | 18 (13,2%) | |
| Miasto do 50 tys. mieszkańców | 14 (13,5%) | 22 (16,2%) | |
| Miasto 51–100 tys. | 8 (7,7%) | 14 (10,3%) | |
| Miasto 101–500 tys. | 16 (15,4%) | 22 (16,2%) | |
| Miasto pow. 500 tys. | 58 (55,7%) | 60 (44,1%) | |
| Sytuacja materialna: | | | n.i. |
| Zdecydowanie zła | 6 (5,8%) | 1 (1,36%) | |
| Raczej zła | 5 (4,8%) | 8 (5,9%) | |
| Ani zła, ani dobra | 28 (26,9%) | 36 (26,5%) | |
| Raczej dobra | 45 (43,3%) | 56 (41,3%) | |
| Zdecydowanie dobra | 20 (19,2%) | 35 (25,7%) | |
| Praca zarobkowa: | | | n.i. |
| Nie | 43 (41,3%) | 31 (22,8%) | |
| W niepełnym wymiarze czasu | 26 (25%) | 46 (33,8%) | |
| Pełny etat | 35 (33,7%) | 59 (43,4%) | |

Adnotacja. n.i. – wynik testu nieistotny statystycznie; *p* – poziom istotności.

W obu badanych grupach większość stanowiły kobiety. W próbie z populacji ogólnej (grupie porównawczej) odzwierciedla to obserwowaną przez badaczy od dawna tendencję polegającą na częstszym uczestniczeniu kobiet niż mężczyzn w badaniach przeprowadzanych online (Dunn, Jordan, Lacey, Shapley, Jinks, 2004; Groves, Cialdini, Couper, 1992; O'Rourke, Lakner, 1989; Smith, 2008). W grupie osób ze spektrum autyzmu należałoby spodziewać się odwrotnej dysproporcji w związku z faktem, że wyniki badań epidemiologicznych w tej populacji wskazują na znaczną przewagę liczebną mężczyzn w stosunku do kobiet. Przewaga ta wynosi co najmniej 3:1, a wśród osób w normie intelektualnej raportowana jest jeszcze większa dysproporcja (np. Loomes, Hull, Mandy, 2017). W ostatnich latach wzrasta jednak liczba diagnoz spektrum autyzmu wśród kobiet (Baldwin, Costley, 2015), rośnie także liczba aktywistek, grup na Facebooku i innych grup skupiających kobiety ze spektrum autyzmu. Grupy te działają aktywnie w środowisku osób ze spektrum autyzmu i niektóre z nich uczestniczyły w rozpowszechnieniu zaproszenia do udziału w badaniu, co może częściowo wyjaśniać przewagę osób płci żeńskiej w niniejszym projekcie.

Nie stwierdzono różnic pomiędzy grupami pod względem wieku, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania, liczby dzieci, liczby osób pracujących zarobkowo i subiektywnie ocenianej sytuacji materialnej. Różnice wystąpiły natomiast w odniesieniu do statusu rodzinnego (większa liczba osób nie będących w związku partnerskim ani małżeńskim wśród osób ze spektrum autyzmu). Różnica ta może wynikać ze specyfiki sytuacji osób ze spektrum autyzmu: ich trudności w budowaniu relacji społecznych, w tym bliskich związków (APA, 2013; WHO, 2018).

WYNIKI

Zgodnie z informacjami uzyskanymi w ankiecie, żadna z osób ze spektrum autyzmu ani z grupy porównawczej nie przeszła do czasu badania zakażenia koronawirusem, nie chorowała także w czasie badania. Nikt też nie zgłosił, żeby zakażenie przeszły osoby mu najbliższe. Pozostałe zebrane informacje zostaną przedstawione w kolejności zgodnej z uporządkowaniem części ankiety.

Wiedza na temat pandemii koronawirusa

W tej części ankiety znajdowały się dwa pytania: (1) o źródła, z których osoba badana najczęściej czerpie wiedzę na temat pandemii (tabela 2) oraz (2) o częstotliwość poszukiwania tych informacji (tabela 3).

Tabela 2

*Skąd czerpie Pan(i) wiedzę na temat pandemii koronawirusa?**

| Źródło informacji | Grupa ze spektrum autyzmu n (%) | Grupa porównawcza n (%) |
|---|------------------------------------|----------------------------|
| Internet: portale informacyjne, media społecznościowe | 95 (91,3%) | 126 (92,7%) |
| Radio lub telewizja | 36 (34,6%) | 71 (52,2%) |
| Rodzina | 29 (27,9%) | 37 (27,2%) |
| Przyjaciele, znajomi | 27 (26%) | 40 (29,4%) |
| Prasa (drukowana) | 5 (4,8%) | 12 (8,8%) |
| Lekarze, inni pracownicy ochrony zdrowia | 20 (19,2%) | 27 (19,9%) |
| Nie szukam takich informacji | 13 (12,5%) | 4 (2,9%) |

Adnotacja. * – osoba badana mogła wskazać kilka źródeł.

W obu badanych grupach Internet był najczęściej wskazywanym źródłem informacji. Wymieniano internetowe portale informacyjne, media społecznościowe (Facebook, Instagram, Twitter), oficjalną stronę internetową Światowej Organizacji Zdrowia, oficjalne strony agencji rządowych i artykuły naukowe publikowane w Internecie. Porównanie testem χ^2 wykazało, że osoby ze spektrum autyzmu nieco częściej deklarowały, iż nie szukają informacji na temat pandemii koronawirusa ($\chi^2 = 12,73$; $p < 0,05$; $\phi = 0,08$).

Analizując odpowiedzi w kolejnym pytaniu (tabela 3), nie stwierdzono jednak międzygrupowych różnic w liczbie osób, które zadeklarowały, że nie poszukują informacji na temat pandemii. Osoby ze spektrum autyzmu częściej wybierały kategorię „wielokrotnie w ciągu dnia”, zaś osoby z grupy porównawczej kategorię „rzadziej niż raz na dwa dni” ($\chi^2 = 12,31$; $p < 0,05$; współczynnik kontyngencji = 0,23).

Tabela 3

Jak często szuka Pan(i) informacji dotyczących pandemii koronawirusa?

| Częstość poszukiwania informacji | Grupa ze spektrum autyzmu n (%) | Grupa porównawcza n (%) |
|---|------------------------------------|----------------------------|
| Wielokrotnie w ciągu dnia | 24 (23,1%) | 12 (8,8%) |
| Raz na dzień lub raz na dwa dni | 46 (44,2%) | 60 (44,1%) |
| Rzadziej niż raz na dwa dni | 9 (8,7%) | 24 (17,7%) |
| Tylko wtedy, gdy ktoś powie mi, że dzieje się coś ważnego | 17 (16,3%) | 25 (18,4%) |
| Nie szukam tych informacji | 8 (7,7%) | 6 (4,4%) |
| Brak odpowiedzi | 0 | 9 (6,6%) |

Ocena własnego stanu emocjonalnego w czasie pandemii

Badani zostali poproszeni o ocenę, czy w związku z pandemią doświadczają większego niż zazwyczaj lęku, podenerwowania, smutku i złości (tabela 4). Mieli także możliwość wskazania w pytaniu otwartym innych uczuć, których doświadczają w związku z pandemią (tabela 5). Porównanie częstości poszczególnych typów odpowiedzi wykazało istotne statystycznie różnice między grupami w odczuwaniu większego niż zazwyczaj lęku, podenerwowania i napięcia oraz złości i gniewu. W przypadku wszystkich tych stanów osoby ze spektrum autyzmu deklarowały większy wzrost częstości ich doświadczania niż osoby z grupy porównawczej.

W pytaniu otwartym badani mogli wymienić dowolną liczbę innych doświadczanych uczuć. W grupie ze spektrum autyzmu na to pytanie odpowiedziało 51 osób, w grupie porównawczej 35 osób. W tabeli 5 przedstawiono zestawienie odpowiedzi, które wystąpiły u co najmniej pięciu badanych osób w przynajmniej jednej z grup.

Tabela 4
Uczucia związane z pandemią

| Częstość doświadczania uczuć związanych z pandemią | Grupa ze spektrum autyzmu <i>n</i> (%) | Grupa porównawcza <i>n</i> (%) | Porównanie grup |
|--|---|-----------------------------------|---|
| Lęk | | | $\chi^2 = 13,05; p < 0,01;$ współczynnik kontyngencji = 0,23 |
| Zdecydowanie tak | 26 (25%) | 13 (9,56%) | |
| Raczej tak | 32 (30,8%) | 44 (32,4%) | |
| Trudno powiedzieć | 16 (15,4%) | 22 (16,2%) | |
| Raczej nie | 14 (13,5%) | 35 (25,7%) | |
| Zdecydowanie nie | 16 (15,4%) | 20 (14,7%) | |
| Brak danych | 0 | 2 (1,5%) | |
| Podenerwowanie, napięcie | | | $\chi^2 = 18,67; p < 0,001;$ współczynnik kontyngencji = 0,27 |
| Zdecydowanie tak | 34 (32,7%) | 25 (18,4%) | |
| Raczej tak | 31 (29,8%) | 25 (18,4%) | |
| Trudno powiedzieć | 15 (14,4%) | 25 (18,4%) | |
| Raczej nie | 9 (8,7%) | 35 (25,7%) | |
| Zdecydowanie nie | 15 (14,4%) | 25 (18,4%) | |
| Smutek, przygnębienie | | | n.i. |
| Zdecydowanie tak | 23 (22,1%) | 13 (9,6%) | |
| Raczej tak | 24 (23,1%) | 35 (25,7%) | |
| Trudno powiedzieć | 23 (22,1%) | 25 (18,4%) | |
| Raczej nie | 18 (17,3%) | 35 (25,7%) | |
| Zdecydowanie nie | 16 (15,4%) | 27 (19,9%) | |
| Złość, gniew | | | $\chi^2 = 14,04; p < 0,01;$ współczynnik kontyngencji = 0,24 |
| Zdecydowanie tak | 19(18,3%) | 8 (7,7%) | |
| Raczej tak | 21 (20,2%) | 38 (27,9%) | |
| Trudno powiedzieć | 24 (23,1%) | 27 (19,9%) | |
| Raczej nie | 22 (21,2%) | 46 (33,8%) | |
| Zdecydowanie nie | 18 (17,3%) | 17 (12,5%) | |

Tabela 5

*Jakich uczuć doświadcza Pan(i) w związku z pandemią?**

| Uczucia | Grupa ze spektrum autyzmu n (%) | Grupa porównawcza n (%) |
|--|------------------------------------|----------------------------|
| Poczucie bezradności, beznadziejności | 19 (18,3%) | 16 (11,8%) |
| Zdezorientowanie, zagubienie | 6 (5,8%) | 2 (1,5%) |
| Rezygnacja, spadek motywacji | 5 (4,8%) | 2 (1,5%) |
| Zmęczenie fizyczne/emocjonalne | 5 (4,8%) | 18 (13,2%) |
| Frustracja, rozczarowanie | 11 (10,6%) | 6 (4,4%) |
| Troska o innych | 8 (7,7%) | 6 (4,4%) |
| Samotność, izolacja od bliskich, tęsknota za bliskimi lub przyjaciółmi | 5 (4,8%) | 12 (8,8%) |
| Ulgą, zaciekawienie | 8 (7,7%) | 4 (2,9%) |

Adnotacja. * – badani mogli wymienić dowolną liczbę uczuć.

Większość odpowiedzi odnosiła się do uczuć negatywnych, bezradności, zagubienia i frustracji. Badani pisali także o poczuciu „przytłoczenia”, „odrealnienia”, absurdalności sytuacji, w jakiej wszyscy się znaleźli. Deklarowali troskę o inne, bliskie osoby. Osiem osób ze spektrum autyzmu w odpowiedzi na to pytanie wskazało wyłącznie uczucia pozytywne. Część z nich określiła je jako „ulgę”, np. „Ulga, że świat już tak nie pędzi; odpoczywam”; „Ulga, że nareszcie nie muszę się non stop kontaktować z ludźmi”. Inne wypowiedzi wskazywały na czas dla siebie i możliwość realizacji swoich zainteresowań („Satysfakcja, że nareszcie mogę siedzieć całymi dniami, redagować artykuły na Wikipedii i nikt mi tego szyderczo nie wypomina! Czuję się jak w bajce!”; „Spokój, błogość – nie trzeba wychodzić z domu :)”), a także „bycia jak inni”: „siedzimy [rodzina – przyp. autorzy] jak zwykle w domu, ale teraz nikt się temu nie dziwi. Wszyscy robią to samo”. Ze względu na niewielki udział osób z grupy porównawczej w tej części badania zrezygnowano z porównań częstości poszczególnych typów odpowiedzi.

Ocena ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 i śmiertelnego przebiegu choroby

Pytania w tej sekcji ankiety dotyczyły oszacowania przez badanych prawdopodobieństwa, że w ciągu najbliższych miesięcy zarażą się SARS-CoV-2

oraz że choroba będzie miała w ich przypadku skutek śmiertelny. Analogiczne pytania dotyczyły oceny ryzyka w przypadku bliskiej starszej osoby. Wyniki zaprezentowano w tabeli 6.

Tabela 6
Ocena ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 i ciężkiego przebiegu COVID-19

| Oceniane ryzyko zakażenia | Grupa ze spektrum autyzmu n (%) | Grupa porównawcza n (%) | Porównanie grup |
|---|------------------------------------|----------------------------|--|
| Prawdopodobieństwo, że osoba badana w najbliższych miesiącach zarazi się koronawirusem SARS-CoV-2 | | | n.i. |
| 0–19% | 52 (50%) | 66 (48,5%) | |
| 20–39% | 16 (15,4%) | 26 (19,1%) | |
| 40–59% | 23 (22,1%) | 29 (21,3%) | |
| 60–79% | 8 (7,7%) | 9 (6,6%) | |
| 80–100% | 5 (4,8%) | 6 (4,4%) | |
| Prawdopodobieństwo, że zarażenie koronawirusem SARS-CoV-2 będzie miało dla badanego skutek śmiertelny | | | $\chi^2 = 22,62; p < 0,005;$ współczynnik kontyngencji = 0,29 |
| 0–19% | 66 (63,5%) | 55 (40,4%) | |
| 20–39% | 16 (15,4%) | 33 (24,2%) | |
| 40–59% | 13 (12,5%) | 33 (24,2%) | |
| 60–79% | 7 (6,7%) | 7 (5,1%) | |
| 80–100% | 2 (1,9%) | 8 (5,9%) | |
| Prawdopodobieństwo, że rodzic lub inna bliska starsza osoba zarazi się koronawirusem SARS-CoV-2 | | | $\chi^2 = 19,85; p < 0,05;$ współczynnik kontyngencji = 0,28 |
| 0–19% | 35 (33,7%) | 77 (56,6%) | |
| 20–39% | 24 (23,1%) | 23 (16,9%) | |
| 40–59% | 17 (16,3%) | 20 (14,7%) | |
| 60–79% | 19 (18,3%) | 10 (7,3%) | |
| 80–100% | 9 (8,7%) | 6 (4,4%) | |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

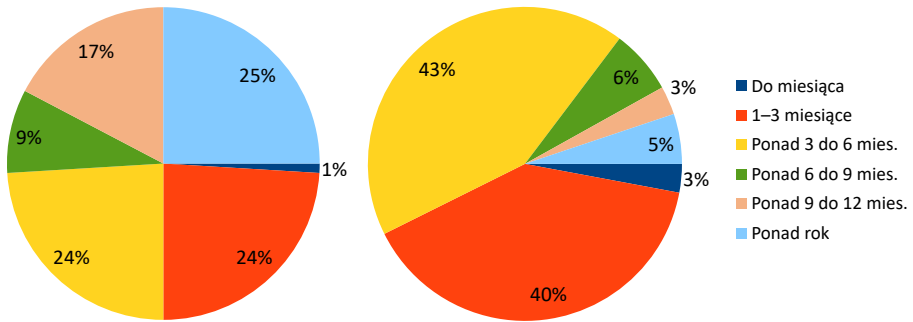
Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| Oceniane ryzyko zakażenia | Grupa ze spektrum autyzmu <i>n</i> (%) | Grupa porównawcza <i>n</i> (%) | Porównanie grup |
|--|---|-----------------------------------|-----------------|
| Prawdopodobieństwo, że w przypadku rodzica lub innej bliskiej osoby starszej zarażenie koronawirusem SARS-CoV-2 będzie miało skutek śmiertelny | | | n.i. |
| 0–19% | 24 (23,1%) | 34 (25,0%) | |
| 20–39% | 18 (17,3%) | 31 (22,7%) | |
| 40–59% | 17 (16,3%) | 24 (17,6%) | |
| 60–79% | 16 (15,4%) | 24 (17,6%) | |
| 80–100% | 29 (27,9%) | 23 (16,9%) | |

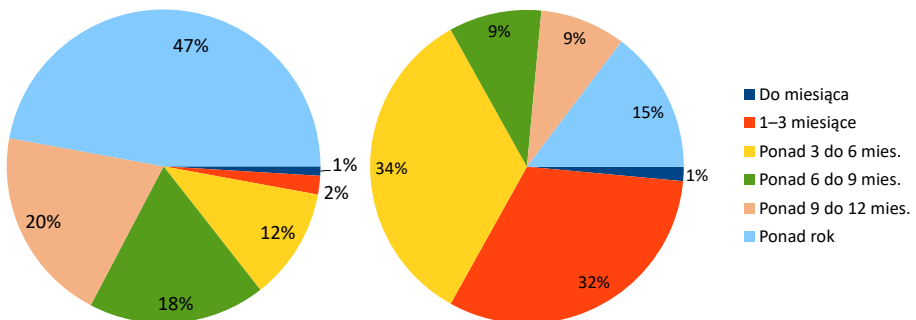
W zakresie oceny prawdopodobieństwa zarażenia się w najbliższych miesiącach SARS-CoV-2 nie było istotnych statystycznie różnic między grupami. Około połowa uczestników w każdej z grup oceniła to prawdopodobieństwo jako niskie (poniżej 20%), a wyrażna większość badanych jako nieprzekraczające 60%. Poniżej 5% badanych szacowało je jako wysokie (przekraczające 80%). Różnica istotna statystycznie wystąpiła natomiast w przypadku oceny ryzyka, że ewentualna choroba będzie miała dla badanego skutek śmiertelny – wyraźnie więcej osób z grupy ze spektrum autyzmu oceniało to prawdopodobieństwo jako bardzo niskie – mieszczące się w przedziale do 20%. Osoby ze spektrum autyzmu jako wyższe niż osoby z grupy porównawczej oceniały natomiast prawdopodobieństwo, że w niedługim czasie zachoruje bliska im osoba starsza, nie było natomiast istotnych statystycznie różnic w ocenie ryzyka, że choroba może w tym przypadku zakończyć się śmiercią.

Przewidywany czas trwania pandemii COVID-19

Osoby badane proszono także o oszacowanie przewidywanego czasu trwania pandemii w Polsce i na świecie. Na rysunkach 1 i 2 zilustrowano procentowy rozkład odpowiedzi w pytaniach o czas trwania pandemii.



Rysunek 1. Szacowany czas trwania pandemii: „Jak długo według Pana(i) będzie trwała w Polsce epidemia koronawirusa powodującego COVID-19?”.



Rysunek 2. Szacowany czas trwania pandemii: „Jak długo według Pana(i) będzie trwała na świecie epidemia koronawirusa powodującego COVID-19?”.

Różnice międzygrupowe wystąpiły w odniesieniu do obu oszacowań i w obu przypadkach osoby ze spektrum autyzmu spodziewały się dłuższego czasu trwania pandemii niż osoby z grupy porównawczej. Było to wyraźnie widoczne zwłaszcza w grupie osób, które sądziły, że pandemia będzie trwała ponad rok.

Zachowanie w czasie pandemii

W tej części badania pytania dotyczyły przestrzegania zasad reżimu sanitarnego oraz przygotowywania się do *lockdownu* przez zrobienie zapasów pożywienia i innych produktów. Uczestnicy odpowiadali na pytanie, czy w ostatnim czasie częściej niż zazwyczaj zachowują się w określony sposób (tabela 7).

Tabela 7
Zachowania w czasie pandemii

| Zachowania w pandemii | Grupa ze spektrum autyzmu n (%) | Grupa porównawcza n (%) | Porównanie grup |
|---|------------------------------------|----------------------------|-----------------|
| Mycie rąk | | | n.i. |
| Tak | 76 (73,1%) | 110 (80,9%) | |
| Nie | 16 (15,4%) | 18 (13,2%) | |
| Trudno powiedzieć | 12 (11,5%) | 8 (7,7%) | |
| Używanie żelu antybakteryjnego albo innych środków dezynfekcyjnych | | | n.i. |
| Tak | 15 (14,4%) | 25 (18,4%) | |
| Nie | 19 (18,3%) | 19 (14%) | |
| Trudno powiedzieć | 70 (67,3%) | 92 (67,6%) | |
| Unikanie dotykania rękami okolic twarzy | | | n.i. |
| Tak | 58 (55,8%) | 92 (67,6%) | |
| Nie | 23 (22,1%) | 20 (14,7%) | |
| Trudno powiedzieć | 23 (22,1%) | 24 (17,7%) | |
| Odkazanie używanych powierzchni lub przedmiotów (np. telefonu, blatu kuchennego, biurka, laptopa) | | | n.i. |
| Tak | 49 (47,1%) | 66 (48,5%) | |
| Nie | 47 (45,2%) | 57 (41,9%) | |
| Trudno powiedzieć | 8 (7,7%) | 13 (9,6%) | |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| Zachowania w pandemii | Grupa ze spektrum autyzmu <i>n</i> (%) | Grupa porównawcza <i>n</i> (%) | Porównanie grup |
|--|---|-----------------------------------|---|
| Ograniczenie wychodzenia z domu | | | $\chi^2 = 59,76; p < 0,001;$ współczynnik kontyngencji = 0,45 |
| Tak | 87 (83,7%) | 130 (95,6%) | |
| Nie | 10 (1%) | 2 (1,5%) | |
| Trudno powiedzieć | 7 (6,7%) | 0 | |
| Brak odpowiedzi | 0 | 4 (2,9%) | |
| Noszenie maseczki i rękawiczek ochronnych | | | n.i. |
| Tak | 89 (85,6%) | 123 (90,4%) | |
| Nie | 9 (8,7%) | 9 (6,6%) | |
| Trudno powiedzieć | 6 (5,8%) | 4 (2,9%) | |
| Zakupy na zapas produktów spożywczych lub innych używanych w gospodarstwie domowym | | | |
| Nie zrobiłem(am) większych zakupów niż standardowo mam w zwyczaju | 25 (24%) | 57 (41,9%) | n.i. |
| Zrobiłem(am) większe zakupy na kilka dni, aby nie musieć codziennie wychodzić do sklepu | 62 (59,6%) | 60 (44,1%) | |
| Zrobiłem(am) duże zakupy, aby być zabezpieczonym na wypadek ewentualnej 14-dniowej kwarantanny | 17 (16,3%) | 19 (14%) | |

Badani z obu grup zadeklarowali, że przestrzegali zasad reżimu sanitarnego. Między grupami nie było istotnych statystycznie różnic w zakresie deklarowanego mycia rąk, używania środków dezynfekujących, odkażania przedmiotów, noszenia maseczek i rękawiczek, unikania dotykania twarzy, a także robienia zapasów żywności lub innych niezbędnych produktów. W obu

grupach większość badanych zadeklarowała, że myje ręce znacznie częściej niż przed pandemią, nosi maseczkę i rękawiczki, a także stara się rzadziej dotykać twarzy. W przypadku używania środków dezynfekcyjnych oraz odkażania przedmiotów wiele osób w obu grupach miało wątpliwość, czy robią to częściej niż przed pandemią lub też deklarowało, że nie wzrosła u nich częstość tego typu zachowań. Większość badanych w obu grupach zadeklarowała, że wychodzi z domu rzadziej w okresie pandemii, ale 16,4% osób ze spektrum autyzmu odpowiedziało na to pytanie negatywnie lub wyraziło wątpliwość, czy ich zachowanie w tym zakresie uległo zmianie (odpowiedzi *nie* i *trudno powiedzieć*). W grupie porównawczej tylko dwie osoby zadeklarowały, że nie zmieniły w tym zakresie swojego zachowania (1,5%), nikt nie wyraził w tej sprawie wątpliwości, a cztery osoby nie udzieliły żadnej odpowiedzi.

Wsparcie w okresie pandemii COVID-19 – potrzeby i dostępność

Tę część ankiety wypełniały tylko osoby ze spektrum autyzmu. Uczestników pytano, czy w związku z pandemią COVID-19 potrzebują pomocy, korzystają z terapii w trakcie pandemii (tabela 8), a także czy według nich inne osoby ze spektrum autyzmu potrzebują w tym okresie wsparcia i jakiego rodzaju wsparcie jest ewentualnie potrzebne (tabela 9).

Tabela 8

Potrzeba i dostępność wsparcia społecznego

| Potrzeba i korzystanie ze wsparcia społecznego | <i>n</i> (%) |
|--|--------------|
| Czy w związku z pandemią koronawirusa potrzebuje Pan(i) szczególnej pomocy? | |
| Tak | 14 (13,5%) |
| Nie | 68 (65,4%) |
| Trudno powiedzieć | 22 (21,1%) |
| Czy w związku z sytuacją z koronawirusem korzysta Pan(i) ze spotkań z terapeutą lub innej formy terapii? | |
| Korzystam z terapii w związku z zagrożeniem koronawirusem | 4 (3,8%) |
| Korzystam z terapii, ale nie w związku z zagrożeniem koronawirusem | 39 (37,5%) |
| Obecnie w ogóle nie korzystam z terapii | 61 (58,7%) |

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| Potrzeba i korzystanie ze wsparcia społecznego | <i>n</i> (%) |
|---|--------------|
| Czy wg Pana(i) osoby ze spektrum autyzmu potrzebują w związku z zagrożeniem koronawirusem szczególnej pomocy? | |
| Tak | 64 (61,6%) |
| Nie | 5 (4,8%) |
| Trudno powiedzieć | 31 (29,8%) |
| Brak odpowiedzi | 4 (3,8%) |

Większość badanych zadeklarowała, że nie potrzebuje szczególnej pomocy w okresie pandemii. Jedynie cztery osoby (3,8%) korzystały z terapii w związku z pandemią. Aż 58,7% zadeklarowało, że nie korzysta z żadnej formy terapii (ani w okresie pandemii, ani w ogóle). Gdy pytanie dotyczyło innych osób ze spektrum autyzmu, to 61,5% badanych uznało, że pomoc w czasie pandemii jest tej grupie potrzebna, a 29,9% nie było tego pewnych.

Tabela 9

Jakiego wsparcia potrzebują osoby z autyzmem?

| Rodzaje pomocy | <i>n</i> (%) |
|---|--------------|
| Pomoc finansowa | |
| Tak | 27 (26%) |
| Nie | 73 (70,2%) |
| Brak odpowiedzi | 4 (3,8%) |
| Pomoc w zakupach | |
| Tak | 27 (26%) |
| Nie | 73 (70,2%) |
| Brak odpowiedzi | 4 (3,8%) |
| Otrzymywanie konkretnych informacji o stopniu zagrożenia i sposobach postępowania | |
| Tak | 51 (49%) |
| Nie | 49 (47,1%) |
| Brak odpowiedzi | 4 (3,8%) |

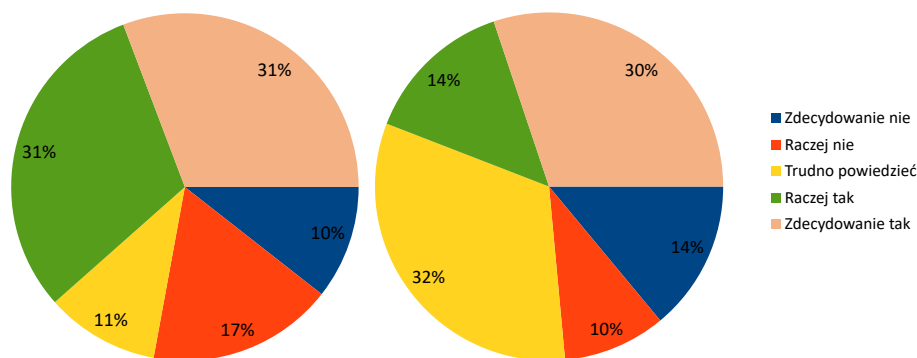
Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

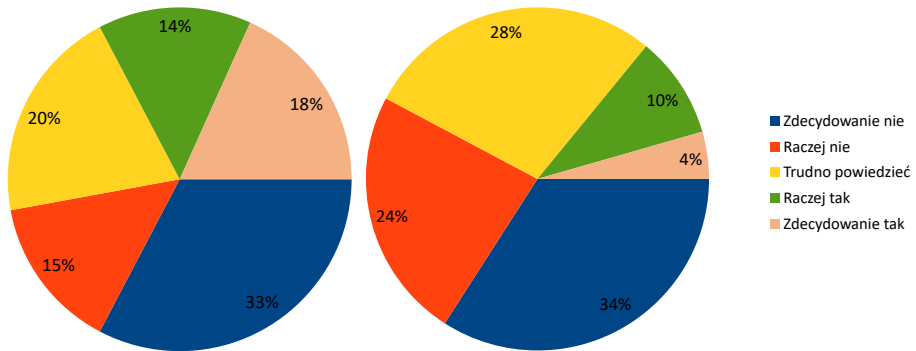
| Rodzaje pomocy | n (%) |
|--|------------|
| Pomoc w zaopatrzeniu w środki czystości lub ochronne (rękawiczki, maski) | |
| Tak | 30 (28,9%) |
| Nie | 70 (67,3%) |
| Brak odpowiedzi | 4 (3,8%) |
| Radzenie sobie z lękiem, depresją | |
| Tak | 85 (81,7%) |
| Nie | 15 (14,4%) |
| Brak odpowiedzi | 4 (3,8%) |

Większość badanych uznała, że osoby ze spektrum autyzmu nie potrzebują w związku z pandemią pomocy finansowej, pomocy w zakupach ani w zaopatrzeniu w środki sanitarne. Aż 81,7% próby było natomiast zdania, że osobom ze spektrum autyzmu potrzebne jest wsparcie w radzeniu sobie z lękiem i depresją, zaś 49% wskazało potrzebę otrzymywania aktualnych informacji na temat zagrożenia oraz zasad postępowania.

Kolejne pytania dotyczyły dostępności wsparcia ($\chi^2 = 14,29$; $p < 0,01$; współczynnik kontyngencji = 0,30) oraz poczucia osamotnienia ($\chi^2 = 16,00$; $p < 0,01$; zob. rysunki 3 i 4).



Rysunek 3. Dostępność wsparcia: „Wokół mnie są osoby, które udzielają/udziel mi wsparcia w trudnościach związanych z epidemią”.



Rysunek 4. Dostępność wsparcia: „W trakcie epidemii czuję się osamotniony(a)”.

Około 28% osób z grupy ze spektrum autyzmu zadeklarowało, że w ich otoczeniu nie ma nikogo, na czyją pomoc mogłyby liczyć w czasie pandemii (odpowiedzi *zdecydowanie nie* i *raczej nie*). W grupie porównawczej odpowiedzi takie stanowiły 23,5%. Z kolei ok. 61,5% osób w grupie ze spektrum autyzmu i 44% w grupie porównawczej odpowiedziało, że może liczyć na pomoc innych osób (odpowiedzi *zdecydowanie tak* i *raczej tak*). Różnica między grupami była istotna statystycznie i wskazywała na większe poczucie dostępności wsparcia w grupie osób ze spektrum autyzmu. Gdy jednak zadano pytanie o poczucie osamotnienia w czasie pandemii, to zadeklarowało je 32,7% grupy osób ze spektrum autyzmu i ok. 14% grupy porównawczej.

Stosunek do szczepienia przeciwko COVID-19

Pytania w siódmej części ankiety dotyczyły gotowości do poddania się szczepieniu, gdy szczepionka przeciw COVID-19 będzie dostępna oraz oceny znaczenia prac nad tą szczepionką. Badani zostali również zapytani o to, czy jesienią poprzedniego roku zaszczepili się przeciwko grypie (tabela 10).

Tabela 10
Stosunek do szczepienia przeciwko COVID-19

| Stosunek do szczepienia | Grupa ze spektrum autyzmu <i>n</i> (%) | Grupa porównawcza <i>n</i> (%) | Porównanie grup |
|--|---|-----------------------------------|--|
| Gotowość do zaszczepienia: | | | n.i. |
| Zdecydowanie nie | 7 (6,7%) | 10 (7,4%) | |
| Raczej nie | 3 (2,9%) | 9 (6,6%) | |
| Trudno powiedzieć | 20 (19,2%) | 23 (16,9%) | |
| Raczej tak | 10 (9,6%) | 24 (17,6%) | |
| Zdecydowanie tak | 64 (61,5%) | 70 (51,5%) | |
| Naukowcy powinni intensywnie pracować nad szczepionką chroniącą ludzi przez koronawirusem: | | | n.i. |
| Zdecydowanie nie | 4 (3,9%) | 3 (2,2%) | |
| Raczej nie | 2 (1,9%) | 5 (3,7%) | |
| Trudno powiedzieć | 9 (8,7%) | 5 (3,7%) | |
| Raczej tak | 16 (15,4%) | 16 (11,8%) | |
| Zdecydowanie tak | 73 (70,2%) | 107 (78,7%) | |
| Szczepionka zostanie odkryta w najbliższych tygodniach | | | n.i. |
| Zdecydowanie nie | 32 (30,8%) | 40 (29,4%) | |
| Raczej nie | 29 (27,9%) | 31 (22,8%) | |
| Trudno powiedzieć | 26 (25%) | 37 (27,2%) | |
| Raczej tak | 11 (10,6%) | 20 (1,5%) | |
| Zdecydowanie tak | 6 (5,8%) | 8 (5,9%) | |
| Czy w ostatnim sezonie zaszczepił(a) się Pan(i) przeciwko grypie? | | | $\chi^2 = 8,42; p < 0,05;$ współczynnik kontyngencji = 0,18 |
| Tak | 16 (15,4%) | 10 (7,4%) | |
| Nie | 83 (79,8%) | 125 (91,9%) | |
| Nie pamiętam | 5 (4,8%) | 1 (0,7%) | |

W zakresie deklarowanej gotowości do szczepienia nie stwierdzono różnic między grupami. Gotowość do zaszczepienia (odpowiedzi *zdecydowanie tak* i *raczej tak*) w grupie ze spektrum autyzmu zadeklarowało 71,2%, a w grupie porównawczej 69,1% uczestników. Negatywny stosunek (odpowiedzi *zdecydowanie nie* i *raczej nie*) wyraziło 9,6% osób ze spektrum autyzmu i ok. 14% osób z grupy porównawczej. Dość dużą grupę stanowiły osoby mające wątpliwości – odpowiednio 19,2% i 16,9%. Różnic istotnych statystycznie nie odnotowano także w przypadku oceny znaczenia badań naukowych nad opracowaniem szczepionki. Za ważne uznało te działania 85,6% grupy ze spektrum autyzmu oraz 90,4% grupy porównawczej. Badani z obu grup podobnie ocenili szanse na szybkie opracowanie szczepionki – większość sądziła, że nie zdarzy się to w najbliższych tygodniach. Około 15,4% osób ze spektrum autyzmu zadeklarowało, że w ostatnim sezonie zaszczepiło się przeciw grypie. W grupie kontrolnej było to 7,4%. Analiza statystyczna wykazała, że osoby ze spektrum autyzmu częściej deklarowały, że się zaszczepiły.

Symptomy lęku i depresji w badanych grupach

Wyniki skali HADS w badanych grupach przedstawia tabela 11.

Tabela 11
Nasilenie symptomów lęku i depresji

| Lęk i depresja | Grupa ze spektrum autyzmu | Grupa porównawcza | Porównanie grup |
|----------------------------------|---------------------------|-------------------|---|
| Objawy lęku | | | |
| Średnia (odchylenie standardowe) | 9,84 (5,13) | 8,25 (5,26) | $t(237) = 2,33; p < 0,05;$ $d \text{ Cohena} = 0,31$ |
| Rozpiętość punktów | 0–21 | 0–18 | |
| 0–7 punktów, n (%) | 56 (53,9%) | 87 (64%) | |
| 8–10 punktów, n (%) | 18 (17,3%) | 17 (12,5%) | |
| 11–21 punktów, n (%) | 30 (28,9%) | 31 (22,8%) | |
| Brak danych, n (%) | 0 | 1 (0,7%) | |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| Lęk i depresja | Grupa ze spektrum autyzmu | Grupa porównawcza | Porównanie grup |
|--|---------------------------|-------------------|--|
| Objawy depresji | | | |
| Średnia (odchylenie standardowe) | 7,63 (5,23) | 6,30 (4,64) | $t(237) = 2,15; p < 0,05;$ $d \text{ Cohena} = 0,28$ |
| Rozpiętość | 0–21 | 0–21 | |
| 0–7 punktów, n (%) | 40 (38,5%) | 72 (52,9%) | |
| 8–10 punktów, n (%) | 16 (15,4%) | 20 (14,7%) | |
| 11–21 punktów, n (%) | 48 (46,2%) | 43 (31,6%) | |
| Brak odpowiedzi, n (%) | 0 | 1 (0,7%) | |
| Wynik ogólny, średnia (odchylenie standardowe) | 20,62 (10,56) | 15,47 (9,39) | $t(237) = 3,98; p < 0,001;$ $d \text{ Cohena} = 0,52$ |

W przypadku wszystkich mierzonych wskaźników zdrowia psychicznego, tj. lęku, symptomów depresji oraz ogólnego dystresu, grupa ze spektrum autyzmu uzyskała wyniki wyższe niż grupa porównawcza. W grupie ze spektrum autyzmu u 28,9% osób wyniki wskazywały na kliniczne nasilenie symptomów lęku, a u 46,2% symptomów depresji. W grupie porównawczej było to odpowiednio 22,8% (lęk) i 31,6% (symptomy depresji). Wyniki wskazujące na lekkie nasilenie symptomów (przekraczające już jednak próg odcięcia) uzyskało w przypadku lęku 17% osób w grupie ze spektrum autyzmu i 13% osób w grupie porównawczej, a w przypadku depresji w obu grupach po 15% badanych.

Nasilenie cech autystycznych a symptomy lęku i depresji

W grupie ze spektrum autyzmu nasilenie cech autystycznych mierzonych kwestionariuszem AQ-10 mieściło się w przedziale od 2 do 10 punktów ($M = 7,27; SD = 2,30$). W grupie porównawczej wyniki ułożyły się w przedziale od 0 do 7 punktów ($M = 2,43; SD = 1,82$). Różnica między grupami w nasileniu cech autystycznych była istotna statystycznie ($U = 13221; p < 0,001$; wielkość efektu = 0,87). Zgodnie z informacjami opracowanymi przez autorów narzędzia (Allison i in., 2012), wynik 7 i więcej punktów wskazywać może na kliniczne nasilenie cech autystycznych. Wynik taki uzyskało 70 osób w grupie ze spektrum autyzmu oraz 6 osób w grupie porównawczej. Pozostałe osoby

w grupie spektrum autyzmu uzyskały wyniki niskie (0–3 punkty): 9 osób, i umiarkowane (4–6 punktów): 26 osób. W grupie porównawczej wyniki niskie uzyskały 102 osoby, wyniki umiarkowane 28 osób. Otrzymane wyniki stanowią potwierdzenie dla trafności doboru badanych do obu grup w zakresie obecności autystycznych charakterystyk. Należy zwrócić uwagę, że AQ-10 to narzędzie samoopisowe i badanie nim nie może stanowić podstawy dla sformułowania diagnozy spektrum autyzmu.

Związek między symptomami depresji i lęku a nasileniem cech autystycznych oraz poczuciem osamotnienia w czasie pandemii u osób ze spektrum autyzmu

Analiza korelacji między nasileniem cech autystycznych a nasileniem symptomów depresji w grupie osób ze spektrum autyzmu wskazała na słaby pozytywny związek między tymi zmiennymi ($r = 0,35$; $p < 0,001$). Im bardziej nasilone cechy autystyczne deklarowali badani z tej grupy, tym wyższy był u nich poziom nasilenia symptomów depresji. Podobny kierunek zależności wystąpił w przypadku związku między cechami autystycznymi a nasileniem lęku, ale związek ten był jeszcze słabszy ($r = 0,23$; $p < 0,05$).

W odniesieniu do poczucia osamotnienia przeprowadzona w próbie osób ze spektrum autyzmu analiza wykazała istotny związek z poziomem lęku ($F[4, 93] = 5,33$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,19$) i nasileniem symptomów depresji ($F[4, 93] = 9,28$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,29$). Osoby, które czuły się osamotnione, miały wyższy poziom lęku i depresji niż osoby deklarujące brak poczucia osamotnienia.

Związek między nasileniem lęku a częstością sprawdzania informacji na temat pandemii, oceną ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 i skutków choroby u osób ze spektrum autyzmu

Analiza korelacji wykazała związek między poziomem lęku a częstością sprawdzania informacji o koronawirusie (im wyższy poziom lęku przejawiali badani, tym częstsze sprawdzanie informacji deklarowali: $r = -0,30$; $p < 0,01$; zależność była ujemna, ponieważ skala odpowiedzi w przypadku częstości poszukiwania odpowiedzi była odwrócona). Związek wystąpił także między lękiem a szacowaniem zagrożenia zakażenia koronawirusem u siebie ($r = 0,22$; $p < 0,05$) lub starszej osoby bliskiej ($r = 0,32$; $p < 0,001$), a także oceną ryzyka

śmiertelnych skutków choroby u siebie ($r = 0,31$; $p < 0,01$) lub bliskiej osoby starszej ($r = 0,31$; $p < 0,01$). Stwierdzono również związek między poziomem lęku a oceną zapotrzebowania osób ze spektrum autyzmu na pomoc w sytuacji pandemii ($r = -0,40$; $p < 0,001$; skala odwrócona w przypadku oceny potrzeby pomocy), natomiast związek z oceną własnej potrzeby pomocy nie był istotny statystycznie. Lęk wiązał się także z deklarowanym ograniczeniem wychodzenia z domu ($t[95] = 3,40$; $p < 0,001$; $d = 1,13$). Osoby, które deklarowały, że ograniczyły wychodzenie z domu, przejawiały niższy poziom lęku ($M = 10,46$; $SD = 4,90$) niż osoby, które zadeklarowały brak zmiany zachowania w tym zakresie w czasie pandemii ($M = 4,90$; $SD = 4,93$).

PODSUMOWANIE I DISKUSJA

Najważniejsze otrzymane wyniki zostaną krótko omówione w kolejności pytań badawczych. Należy uwzględnić, że wszystkie informacje dotyczą początkowej fazy pandemii, od 21 marca do 4 maja 2020 r.

1. Skąd osoby ze spektrum autyzmu czerpały wiedzę na temat pandemii COVID-19 i jak często poszukiwały tych informacji?

Osoby ze spektrum autyzmu, poszukując informacji na temat pandemii, korzystały z takich samych źródeł, jak osoby z grupy porównawczej. Był to przede wszystkim Internet (ponad 90% osób w każdej z grup). W grupie ze spektrum autyzmu nieco większa była liczba osób, które zadeklarowały, że w ogóle nie szukają informacji na temat pandemii (12,5% w stosunku do 2,9% w grupie porównawczej). Niewielka przewaga osób ze spektrum autyzmu wśród deklarujących, że nie poszukują informacji na temat pandemii, utrzymała się w odpowiedziach na kolejne pytanie, które dotyczyło częstości poszukiwania informacji (8% w stosunku do 4% w grupie porównawczej). Osoby ze spektrum autyzmu deklarowały także częściej, że poszukują informacji na temat pandemii wielokrotnie w ciągu dnia (23% w zestawieniu z 9% w grupie porównawczej). Z danych tych może wynikać, że w grupie osób ze spektrum autyzmu częściej niż w grupie porównawczej zdarzały się sytuacje skrajne: braku zainteresowania sytuacją pandemiczną z jednej strony i potrzeby bardzo częstego sprawdzania informacji na jej temat z drugiej. Pierwsza z nich

mogła wiązać się ze społecznym „wyobcowaniem” części osób ze spektrum, ich „oderwaniem” od zewnętrznych okoliczności i zaabsorbowaniem własnymi zajęciami oraz zainteresowaniami. Na podstawie zebranych w tym badaniu informacji nie można z całą pewnością stwierdzić, że takie było podłoże deklarowanego braku poszukiwania informacji, jednakże odnotowana różnica w tym zakresie między badanymi grupami wydaje się odzwierciedlać tę charakterystykę osób ze spektrum autyzmu. Różnica ta mogła jednak również wynikać ze szczególnie wysokiego poczucia zagrożenia i unikania w związku z tym informacji na temat pandemii. Takiej interpretacji przeczyć jednak może odnotowana korelacja między poziomem lęku a deklarowaną częstością poszukiwania informacji. Poszukiwanie informacji o koronawirusie wielokrotnie w ciągu dnia wiązało się z wyższym poziomem lęku. Należy jednak zaznaczyć, że większość badanych osób ze spektrum autyzmu nie różniła się pod względem deklarowanej częstości poszukiwania informacji na temat pandemii od grupy porównawczej (w obu grupach najwięcej było osób, które sprawdzały te informacje raz na dzień lub na dwa dni – po 44%).

2. Jakich emocji osoby ze spektrum autyzmu doświadczały w związku z pandemią?

Osoby ze spektrum autyzmu deklarowały znacznie częstsze odczuwanie w czasie pandemii lęku, podenerwowania i napięcia oraz złości i gniewu niż osoby z grupy porównawczej. W przypadku zmian w odczuwaniu smutku i przygnębienia nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupami. Żadne pytanie ankiety nie dotyczyło bezpośrednio pozytywnych doświadczeń związanych z pandemią, ale 8 osób (7,7%) w grupie ze spektrum autyzmu w pytaniu otwartym zwróciło uwagę wyłącznie na pozytywne sytuacje. Dotyczyły one przede wszystkim braku konieczności wychodzenia z domu i kontaktowania się z innymi i poczucia „bycia jak inni”, a także możliwości oddania się ulubionym zajęciom. Mancini (2020) zwraca uwagę na to, że u pewnej grupy osób warunki związane z pandemią COVID-19 mogą sprzyjać poprawie funkcjonowania społecznego i zdrowia psychicznego. Może to dotyczyć tych osób ze spektrum autyzmu, dla których bezpośrednie kontakty społeczne (a także przebywanie w środowisku innym niż własny dom) stanowią szczególnie duże obciążenie.

3–4. Jak osoby ze spektrum autyzmu szacowały ryzyko zakażenia koronawirusem i zagrożenia życia u siebie oraz najbliższych? Jaki czas trwania pandemii przewidywały?

Połowa grupy ze spektrum autyzmu (i niemal połowa grupy porównawczej) oceniła ryzyko zakażenia się koronawirusem jako niskie (nieprzekraczające 20%). Większość osób w tej grupie nie spodziewała się także, że ewentualne zakażenie będzie miało w ich przypadku skutki śmiertelne (63%; w grupie porównawczej 40%). Osoby ze spektrum autyzmu mniej obawiały się poważnych skutków zdrowotnych pandemii dla siebie niż osoby z grupy porównawczej, wyżej niż osoby z grupy porównawczej szacowały natomiast ryzyko zakażenia się u bliskich im starszych osób: 9% oceniło to ryzyko jako wynoszące aż 80% lub więcej, a kolejne 17% jako wynoszące nie mniej niż 60% (w grupie porównawczej było to odpowiednio 4% i 7%). Analiza statystyczna nie wykazała różnic w oszacowaniu przez obie grupy ryzyka zagrożenia życia bliskich im osób starszych.

Osoby ze spektrum autyzmu szacowały czas trwania pandemii jako dłuższy. Około 25% osób z tej grupy i 5% osób z grupy porównawczej spodziewało się, że będzie on wynosił w Polsce ponad rok. W odniesieniu do sytuacji na świecie różnica była jeszcze większa: 47% w grupie ze spektrum autyzmu do 15% w grupie porównawczej zadeklarowało, że będzie ona trwała ponad rok. Rok był w ankiecie najdłuższym przedziałem czasu, jaki badani mogli wskazać. Z perspektywy czasu można stwierdzić, że oceny osób ze spektrum autyzmu były bardziej realistyczne niż osób z grupy porównawczej.

5. Zachowanie w czasie pandemii: czy osoby ze spektrum autyzmu deklarowały przestrzeganie reżimu sanitarnego?

Badani z obu grup deklarowali, że przestrzegają takich zasad reżimu sanitarnego, jak częste mycie rąk, noszenie maseczek i rękawiczek ochronnych, czy też unikanie dotykania twarzy. Częstość tego typu zachowań znacznie wzrosła u nich w porównaniu z czasem przed pandemią. Między grupami nie było także różnic w zakresie częstości stosowania środków dezynfekcyjnych oraz odkażania przedmiotów, ale w obu grupach większość stanowiły osoby, które wyraziły wątpliwość, czy robią to częściej niż przed pandemią lub też zadeklarowały, że częstość zachowań tego typu u nich nie wzrosła.

W odniesieniu do ograniczenia wychodzenia z domu wyniki były szczególnie interesujące. Większość badanych w obu grupach zadeklarowała, że wychodzi z domu rzadziej niż przed pandemią, jednakże aż 16,4% osób ze spektrum autyzmu odpowiedziało, że nie zmieniło swojego zachowania lub miało wątpliwość, czy taka zmiana nastąpiła. W grupie porównawczej zaledwie 1,5% osób odpowiedziało na to pytanie przecząco. Na podstawie pytań zadanych w tym badaniu nie można jednoznacznie ustalić, czy osoby ze spektrum autyzmu zadeklarowały, że nie przestrzegają zaleceń sanitarnych w tym zakresie i opuszczają dom podobnie często jak wcześniej, czy też że spędzanie większości czasu w domu w ich przypadku nie wynika ze spowodowanej pandemią zmiany stylu życia. Pewne światło rzuca na to jednak porównanie poziomu lęku u osób, które zadeklarowały ograniczenie wychodzenia z domu i tych, które zadeklarowały brak zmiany w tym zakresie. Poziom lęku był znacznie wyższy w tej drugiej grupie, co wydaje się wskazywać nie tyle na łamanie zakazu opuszczania domu, co raczej pewną stałą charakterystykę (preferowanie środowiska domowego jako mniej zagrażającego). Taką interpretację dodatkowo wzmacnia fakt, że większość osób ze spektrum autyzmu w niniejszym badaniu zadeklarowała przestrzeganie innych zasad reżimu sanitarnego. Można więc przypuszczać, że w wypadku ograniczenia wychodzenia z domu różnice międzygrupowe wynikały ze znacznie mniejszej aktywności tej grupy poza domem także w zwyczajnych okolicznościach sprzed pandemii. Mniejszą aktywność dorosłych ze spektrum potwierdzają także inne badania, wskazując na ich rzadszą obecność na rynku pracy, generalnie rzadsze wychodzenie z domu i korzystanie ze wsparcia członków rodziny w różnych sprawach (np. Lin, Yu, Yu, 2012).

6. Wsparcie społeczne: Czy osoby ze spektrum autyzmu potrzebują pomocy w sytuacji pandemii? Czy wsparcie jest im dostępne? Jakiego wsparcia potrzebują według nich osoby z autyzmem?

Większość (ponad 65%) badanych ze spektrum autyzmu zadeklarowała, że nie potrzebuje szczególnej pomocy w okresie pandemii, zaś pozostali zgłosili potrzebę otrzymania wsparcia lub nie byli pewni, czy pomoc taka jest im potrzebna. Ze względu na sytuację związaną z pandemią cztery osoby korzystały ze wsparcia terapeutycznego. Symptomatyczne jest, że blisko 60% badanych nie korzystało z żadnej formy terapii (nie tylko w okresie pandemii). Jest to

zbieżne z wynikami innych badań, wskazujących na to, że osoby dorosłe ze spektrum autyzmu są często pozbawione wsparcia terapeutycznego (Płatos i in., 2016; Płatos, Pisula, 2019). Interesujące jest, że gdy pytanie sformułowano w sposób bardziej ogólny, odnosząc je do osób ze spektrum autyzmu w ogóle, 61,5% badanych uznało, że pomoc w okresie pandemii jest potrzebna. Jedynie niespełna 5% badanych odpowiedziało na to pytanie przecząco. Najwięcej osób wskazało, że pomoc powinna dotyczyć radzenia sobie z lękiem i depresją. Należy oczywiście uwzględnić fakt, że w badaniu uczestniczyła szczególna grupa osób ze spektrum autyzmu. Były to osoby w normie intelektualnej, wiele z nich pracowało, funkcjonowało w bliskich związkach, część miała dzieci. Można więc uznać, że poziom przystosowania osób w tej grupie – przeciętnie rzecz biorąc – był znacznie wyższy niż ogólnie w populacji osób ze spektrum autyzmu. Być może ten fakt mieli na względzie badani, wskazując, że ogólnie rzecz biorąc osoby ze spektrum autyzmu potrzebują pomocy w czasie pandemii, a jednocześnie deklarując, że im samym taka pomoc nie jest potrzebna. Interesujące jest jednak, że dostrzeganie potrzeby wsparcia wiązało się z nasileniem symptomów lęku – zależność taka wystąpiła, gdy pytanie dotyczyło zapotrzebowania na wsparcie osób ze spektrum autyzmu „w ogóle”, a nie konkretnie uczestnika badania.

Brak możliwości uzyskania wsparcia w czasie pandemii od osób z najbliższego otoczenia zadeklarowało około 28% grupy ze spektrum autyzmu i blisko 24% osób w grupie porównawczej. Większość badanych ze spektrum autyzmu (ok. 62%) i 44% w grupie porównawczej odpowiedziało, że może liczyć na taką pomoc. Różnica między grupami wskazuje na większe poczucie dostępności wsparcia u osób ze spektrum autyzmu, choć jednocześnie w innym pytaniu blisko 1/3 tej grupy zadeklarowała poczucie osamotnienia w czasie pandemii (w grupie porównawczej było to ok. 14%). Aby móc pełniej zinterpretować te wyniki, trzeba byłoby zadać badanym dodatkowe pytania. Na podstawie uzyskanych informacji nie wiemy, czy poczucie osamotnienia było związane z pandemią, czy też stanowiło odzwierciedlenie ogólnego poczucia osamotnienia doświadczanego przez osoby ze spektrum autyzmu. Wyniki innych badań wskazują, że wiele osób z tej populacji deklaruje poczucie osamotnienia i związane z nim dyskomfort (Mazurek, 2014). Doświadczane przez nie trudności w budowaniu relacji społecznych różnego typu, a zwłaszcza bliskich relacji przyjacielskich lub romantycznych, z pewnością przyczyniają się do tego. Jak wykazały badania przeprowadzone w populacji ogólnej w początkowym okresie pandemii COVID-19 (Clair i in., 2021), poczucie izolacji społecznej

wynikającej z obowiązujących w przestrzeni publicznej ograniczeń wiązało się z obniżoną satysfakcją z życia, a także ze stosowaniem sposobów radzenia sobie ocenianych jako niekonstruktywne. W związku z tym istotną kwestię stanowi problem zapewnienia dostępu do szeroko rozumianego wsparcia społecznego grupom, o których wiemy, że mają obniżone zdolności budowania sieci wsparcia oraz korzystania z niej.

7. Jaki jest stosunek osób ze spektrum autyzmu do szczepień przeciwko COVID-19?

Większość osób ze spektrum autyzmu (nieco ponad 71%) oraz w grupie porównawczej (69%) zadeklarowała gotowość do zaszczepienia się przeciwko COVID-19, gdy odpowiednia szczepionka zostanie opracowana. Stosunkowo duża była też grupa osób, które miały wątpliwości co do zaszczepienia się (ok. 19% osób ze spektrum autyzmu i blisko 17% w grupie porównawczej). Około 10% i 14% wyraziło negatywny stosunek do szczepienia. Zdecydowana większość badanych w obu grupach uważała także, iż naukowcy powinni intensywnie pracować nad szczepionką (około 86% grupy ze spektrum autyzmu oraz 90% grupy porównawczej). Należy przypomnieć, że badanie przeprowadzono na początku pandemii, ponad pół roku przed tym, zanim opracowano szczepionki.

8. Jaki był poziom symptomów lęku i depresji u osób ze spektrum autyzmu w początkowym okresie pandemii? Jaki był związek między nasileniem cech autystycznych oraz poczuciem osamotnienia a poziomem doświadczanego lęku i symptomów depresji?

Ważną część badania odnosiła się do stanu psychicznego badanych w początkowym okresie pandemii. Osoby ze spektrum autyzmu w samoopisowym kwestionariuszu otrzymały wyniki wskazujące na wyższe nasilenie symptomów lęku, depresji i ogólnego dystresu niż osoby z grupy porównawczej. Niepokojąca była liczba osób, które uzyskały wynik wskazujący na kliniczne nasilenie symptomów lęku i depresji. W grupie ze spektrum autyzmu było to blisko 29% w przypadku lęku i nieco ponad 46% w przypadku symptomów depresji (w grupie porównawczej odpowiednio ok. 23% i 32%). Wyższe negatywne wskaźniki zdrowia psychicznego w postaci nasilenia symptomów lęku i depresji u osób ze spektrum autyzmu w porównaniu z próbami z populacji

ogólnej, bez diagnozy zaburzeń psychicznych czy chorób przewlekłych, były wielokrotnie odnotowywane w innych badaniach (przegląd systematyczny i metaanaliza: Hollocks i in., 2018). W niniejszym badaniu w obu grupach liczbę osób, które obserwowały u siebie symptomy lęku i depresji należy ocenić jako bardzo dużą. Wskazuje ona na trudności emocjonalne doświadczane w nietypowych i obciążających okolicznościach związanych z pandemią COVID-19. Trzeba jednak zaznaczyć, że wykorzystano narzędzie samoopisowe i otrzymane wyniki nie są równoznaczne z kliniczną diagnozą zaburzeń lękowych czy depresji. Podobne wyniki, wskazujące na podwyższony poziom lęku i depresji u dorosłych osób ze spektrum autyzmu oraz w grupie porównawczej w czasie pandemii, uzyskali Oomen, Nijhof i Wiersema (2020) w badaniach przeprowadzonych w trzech krajach (Belgii, Niderlandach i Wielkiej Brytanii). Osoby ze spektrum autyzmu wyrażały w nich większy wzrost obaw o swoje zwierzęta, pracę, dostęp do leków i pożywienia oraz ogólne bezpieczeństwo podczas pandemii niż osoby z grupy porównawczej.

Dodatkowe analizy wykazały, że poziom nasilenia symptomów lęku i depresji wiązał się w grupie ze spektrum autyzmu z nasileniem cech autystycznych (im więcej charakterystyk typowych dla spektrum autyzmu deklarowali badani, tym wyższe było nasilenie symptomów lęku i depresji) oraz z poczuciem osamotnienia (osoby, które czuły się osamotnione, przejawiały wyższy poziom lęku i nasilenia symptomów depresji niż osoby, które deklarowały brak poczucia osamotnienia). Podobną prawidłowość, jeśli chodzi o poczucie osamotnienia w czasie pandemii COVID-19 oraz jego związek z depresją, opisali Killgore, Cloonan, Taylor i Dailey (2020).

Wyniki badania wskazują, że niemal połowa badanych osób ze spektrum autyzmu dostrzegą u siebie mocno nasilone symptomy depresji, a około 30% symptomy lęku. Wskazuje to jednoznacznie na potrzebę wsparcia tej grupy osób w warunkach pandemii, a w świetle badania z takiego wsparcia korzystało jedynie ok. 4% osób. Wyniki wskazują również, że pewna grupa osób ze spektrum autyzmu (około 8%) oceniała sytuację pandemii jako pozytywną i łatwiejszą niż codzienność przed pandemią ze względu na brak konieczności wychodzenia z domu i bezpośredniego kontaktowania się z innymi osobami.

Badanie zostało przeprowadzone w szczególnej próbie osób ze spektrum autyzmu w normie intelektualnej, w większości kobiet, często aktywnie działających w mediach społecznościowych. Wyniki nie powinny być więc uogólniane na całą populację osób ze spektrum autyzmu.

Mocne strony i ograniczenia badania

Niniejsze badanie zostało przeprowadzone w szczególnym okresie, wkrótce po dotarciu do Polski pandemii COVID-19 i wprowadzeniu wielu restrykcji w życiu społecznym (w tym *lockdownu*). Objęto nim relatywnie dużą grupę dorosłych osób ze spektrum autyzmu w normie intelektualnej (ponad 100 osób) oraz dopasowaną do niej pod względem rozkładu płci, poziomu wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania grupę osób rozwijających się typowo, bez diagnozy zaburzeń psychicznych czy też chorób przewlekłych. Zebrano dzięki temu unikatowe informacje na temat spostrzegania przez osoby ze spektrum autyzmu różnych aspektów pandemii, deklarowanych przez nie w czasie *lockdownu* zachowań, zapotrzebowania na wsparcie i oceny dostępności wsparcia, a także ich stanu emocjonalnego.

Nie ulega jednak wątpliwości, że badanie to miało szereg ograniczeń. Przede wszystkim próba osób ze spektrum autyzmu nie była reprezentatywna dla całej tej populacji, podobnie zresztą jak grupa porównawcza nie była reprezentatywna dla populacji ogólnej. Wymóg reprezentatywności w odniesieniu do grup osób ze spektrum autyzmu jest generalnie trudny do spełnienia w badaniach, brakuje bowiem jednoznacznych danych niezbędnych do określenia charakterystyk demograficznych tej populacji. W badanej próbie ponad 64% stanowiły kobiety, co nie jest zgodne z proporcją płci charakterystyczną dla spektrum autyzmu. Również w próbie z populacji ogólnej kobiet było więcej (72%) niż mężczyzn. Zakwalifikowanie do próby ze spektrum autyzmu odbywało się na podstawie deklaracji osoby badanej, że otrzymała psychiatryczną diagnozę autyzmu dziecięcego, zespołu Aspergera lub innego całościowego zaburzenia rozwojowego. Dodatkowym argumentem na rzecz trafności doboru mogą być wyniki kwestionariusza AQ-10, służącego do pomiaru nasilenia cech autystycznych. Większość osób w próbie ze spektrum autyzmu uzyskała wynik przekraczający próg odcięcia i wskazujący na wysokie prawdopodobieństwo diagnozy ze spektrum autyzmu. Porównanie grup pod względem nasilenia cech autystycznych wykazało istotnie wyższe wyniki w grupie ze spektrum autyzmu. Ponadto kontakt z badanymi nawiązywano za pośrednictwem organizacji działających na rzecz osób ze spektrum autyzmu oraz grup takich osób w mediach społecznościowych, co także mogło zwiększać trafność doboru. Ograniczeniem badania był niewątpliwie charakter sondażu przeprowadzonego online, bez bezpośredniego kontaktu z uczestnikami. Mimo wymienionych ograniczeń zebrane informacje zasługują na uwagę i wskazują

pewne szczególne aspekty doświadczania sytuacji zagrożenia pandemicznego przez osoby ze spektrum autyzmu.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (wyd. 5). Waszyngton: Author. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Allison, C., Auyeung, B., Baron-Cohen, S. (2012). Toward brief „red flags” for autism screening: The Short Autism Spectrum Quotient and the Short Quantitative Checklist in 1,000 cases and 3,000 controls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(2), 202–212. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.11.003>
- Baldwin, S., Costley, D. (2015). The experiences and needs of female adults with high-functioning autism spectrum disorder. *Autism*, 20(4), 483–495. <https://doi.org/10.1177/1362361315590805>
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., Clubley, E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 5–17. <https://doi.org/10.1023/A:1005653411471>
- Boulter, C., Freeston, M., South, M., Rodgers, J. (2014). Intolerance of uncertainty as a framework for understanding anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(6), 1391–1402. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-2001-x>
- Camm-Crosbie, L., Bradley, L., Shaw, R., Baron-Cohen, S., Cassidy, S. (2018). ‘People like me don’t get support’: Autistic adults’ experiences of support and treatment for mental health difficulties, self-injury and suicidality. *Autism*, 23(6), 1431–1441. <https://doi.org/10.1177/1362361318816053>
- Clair, R., Gordon, M., Kroon, M., Reilly, C. (2021). The effects of social isolation on well-being and life satisfaction during pandemic. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8, 28. <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00710-3>
- Dunn, K. M., Jordan, K., Lacey, R. J., Shapley, M., Jinks, C. (2004). Patterns in consent in epidemiological research: Evidence from over 25,000 responders. *American Journal of Epidemiology*, 159(11), 1067–1094. <https://doi.org/10.1093/aje/kwh141>
- Fiorillo, A., Gorwood, P. (2020). The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *European Psychiatry*, 63(1), e32. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>

- Garcia, J. M., Lawrence, S., Brazendale, K., Leahy, N., Fukuda, D. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on health behaviors in adolescents with Autism Spectrum Disorder. *Disability and Health Journal*, 14(2), 101021. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101021>
- Groves, R. M., Cialdini, R. B., Couper, M. P. (1992). Understanding the decision to participate in a survey. *Public Opinion Quarterly*, 56(4), 475–495. <https://doi.org/10.1086/269338>
- Haider, N., Osman, A. Y., Gadzekpo, A., Akipede, G. O., Asogun, D., Ansumana, R., ... McCoy, D. (2020). Lockdown measures in response to COVID-19 in nine sub-Saharan African countries. *BMJ Global Health*, 5(10), e003319. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003319>
- Hollocks, M. J., Lerh, J. W., Magiati, I., Meiser-Stedman, R., Brugha, T. S. (2018). Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(4), 559–572. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002283>
- Keefer, A., Kreiser, N. L., Singh, V., Blakeley-Smith, A., Duncan, A., Johnson, C., ... Vasa, R. A. (2017). Intolerance of uncertainty predicts anxiety outcomes following CBT in youth with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(12), 3949–3958. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2852-z>
- Killgore, W. D. S., Cloonan, S. A., Taylor, E. C., Dailey, N. S. (2020). Loneliness: A signature mental health concern in the era of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290, 113117. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113117>
- Lin, L.Y., Yu, S.N., Yu, Y.T. (2012). A study of activities of daily living and employment in adults with autism spectrum disorders in Taiwan. *International Journal of Rehabilitation Research*, 35(2), 109–115. <https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e32835108b1>
- Loomes, R., Hull, L., Mandy, W. P. L. (2017). What is the male-to-female ratio in autism spectrum disorder? A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(6), 466–474. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.013>
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 291, 113190. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113190>
- Mancini, A. D. (2020). Heterogeneous mental health consequences of COVID-19: Costs and benefits. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S15–S16. <https://doi.org/10.1037/tra0000894>
- Mazurek, M. O. (2014). Loneliness, friendship, and well-being in adults with autism spectrum disorders. *Autism*, 18(3), 223–232. <https://doi.org/10.1177/1362361312474121>

- Meda, N., Pardini, S., Slongo, I., Bodini, L., Rigobello, P., Visioli, F., Novara, C. (2020). COVID-19 and depressive symptoms in students before and during lockdown. *Journal of Psychiatric Research*, 134, 69–77. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.045>
- Mutluer, T., Doenyas, C., Genc, A. H. (2020). Behavioral implications of the Covid-19 process for autism spectrum disorder, and individuals' comprehension of and reactions to the pandemic conditions. *Frontiers of Psychiatry*, 11, 561882. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.561882>
- Nezlek, J. B., Rusanowska, M., Holas, P., Krejtz, I. (2019). The factor structure of a Polish language version of the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). *Current Psychology*, 40(5), 2318–2326. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-0164-0>
- Oomen, D., Nijhof, A. D., Wiersema, J. R. (2020). The psychological impact of the COVID-19 pandemic on adults with autism: A survey study across three countries. *Molecular Autism*, 12(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s13229-021-00424-y>
- O'Rourke, D., Lakner, E. (1989). Gender bias: Analysis of factors causing male underrepresentation in surveys. *International Journal of Public Opinion Research*, 1(2), 164–176. <https://doi.org/10.1093/ijpor/1.2.164>
- Patel, J. A., Badiani, A. A., Nielsen, F. B. H., Assi, S., Unadkat, V., Patel, B., Hallas, C. (2020). COVID-19 and autism: Uncertainty, distress and feeling forgotten. *Public Health in Practice*, 1, 100034. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100034>
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., ... Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 883–892. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)
- Pisula, E. (2021). *Percepcja sytuacji pandemii, deklarowane zachowanie i symptomy lęku oraz depresji u osób dorosłych ze spektrum autyzmu w początkowej fazie pandemii COVID-19*. Warszawa: Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/C5AGD>
- Płatos, M., Goćłowska, K., Koper, M., Nadolska, A., Wojaczek, K., Woźniak-Rekucka, P., ... Pisula, E. (2016). *Ogólnopolski spis autyzmu. Sytuacja młodzieży i dorosłych z autyzmem w Polsce*. Warszawa: Stowarzyszenie Innowacji Społecznych „Mary i Max”.
- Płatos, M., Pisula, E. (2019). Service use, unmet needs, and barriers to services among adolescents and young adults with autism spectrum disorder in Poland. *BMC Health Services Research*, 19(1), 587. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4432-3>
- Prati, G. (2020). Mental health and its psychosocial predictors during national quarantine in Italy against the coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Anxiety, Stress, & Coping*, 34(2), 145–156. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1861253>

- Prati, G., Mancini, A. (2021). The psychological impact of COVID-19 pandemic lockdowns: A review and meta-analysis of longitudinal studies and natural experiments. *Psychological Medicine*, 51(2), 201–211. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000015>
- Smith, G. (2008). *Does gender influence online survey participation? A record-linkage analysis of university faculty online survey response behavior*. Pobrane z: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED501717.pdf>
- Wichowicz, H. M., Wieczorek, D. (2011). Badanie przesiewowe depresji poudarowej z użyciem Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psychiatria Polska*, 45(4), 505–514.
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (wyd. 11). Pobrane z: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Podziękowania

Składamy serdeczne podziękowania wszystkim Uczestnikom badania za poświęcenie czasu i podzielenie się swoimi odczuciami oraz przemyśleniami związanymi z pandemią COVID-19. Dziękujemy również organizacjom i instytucjom działającym na rzecz osób ze spektrum autyzmu, grupom na portalu Facebook, aktywistom i blogerom za wsparcie w rozpowszechnieniu informacji o badaniu.

WERONIKA HRYNISZAK  <https://orcid.org/0000-0002-4608-0873>
SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

KATARZYNA SANNA  <https://orcid.org/0000-0002-1903-1830>

BEATA SZRAMKA-PAWLAK  <https://orcid.org/0000-0001-7785-6956>

Zakład Psychologii Klinicznej i Zdrowia, Centrum Badań nad Rozwojem
Osobowości, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

COVID-19 a zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne: czy pandemia zmienia obraz OCD?

COVID-19 and obsessive-compulsive disorder: does the pandemic change the OCD?

Adres korespondencyjny: Weronika Hrynyszak
e-mail: whrynyszak@swps.edu.pl

Streszczenie

W tym rozdziale przedstawiamy przegląd badań odnośnie wpływu pandemii COVID-19 na zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD). Pandemia wpłynęła na zdrowie psychiczne zarówno w populacji osób zdrowych, jak i tych z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Badania wskazują na wzrost nasilenia objawów obsesyjno-kompulsyjnych oraz ponowne pojawienie się objawów w przypadku osób będących w remisji przed wystąpieniem pandemii. Nastąpił również wzrost ogólnego dys-tresu w populacjach klinicznej i nieklinicznej.

Słowa kluczowe: pandemia COVID-19, zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne

Abstract

In this chapter, we present a review of research about the impact of the COVID-19 pandemic on obsessive-compulsive disorder (OCD). The pandemic affected the mental health of non-clinical subjects and those with mental health problems. Studies point to the increase in the severity of obsessive-compulsive symptoms and the renewed occurrence of symptoms in the case of people in remission before the onset of the pandemic. There was also an increase in overall distress in both clinical and non-clinical populations.

Keywords: COVID-19 pandemic, obsessive-compulsive disorder

Charakterystyka zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego

Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne (*obsessive-compulsive disorder*, OCD) zaliczane jest do zaburzeń lękowych, a jego charakterystycznymi objawami są obsesje, czyli natrętne myśli w postaci idei, wyobrażeń czy impulsów, i/lub kompulsje (czynności natrętne, rytuały), czyli zachowania powtarzające się

(Butcher, Hooley, Mineka, 2017). Myśli natrętne są zazwyczaj lękotwórcze, co ma związek z przecenianiem przez osobę z OCD prawdopodobieństwa ich spełnienia się. Celem kompulsji jest zatem redukcja tego lęku poprzez wykonywanie czynności natrętnych (Leahy, Tirsch, Napolitano, 2011). Osoby cierpiące na zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne charakteryzują się również małą tolerancją na napięcie w sytuacjach stresowych, co zwrótnie wiąże się z potrzebą jak najszybszego obniżenia napięcia (Cogle, Timpano, Fitch, Hawkins, 2011; Macatee, Cogle, 2015; Moritz i in., 2018; Moulding, Doron, Kyrios, Nedeljkovic, 2008). Objawy o znacznym nasileniu są mocno angażujące, z tego względu zabierają sporą ilość czasu i powodują upośledzenie w różnych sferach życia (Butcher i in., 2017). Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne utrzymuje się średnio przez 8–9 lat życia, a objawy zajmują pacjentom średnio 4,6–5,9 godzin dziennie (Ruscio, Stein, Chiu, Kessler, 2010). Badania epidemiologiczne wskazują na częstość występowania zaburzenia u od 1,5% do 3,5% osób w ciągu całego życia (Canals, Hernández-Martínez, Cosi, Voltas, 2012; Fineberg i in., 2013; Grenier, Prévile, Boyer, O'Connor, 2009; Himle i in., 2008; Ruscio i in., 2010; Subramaniam, Abdin, Vaingankar, Chong, 2012). Szczegółowe statystyki epidemiologiczne oraz wykaz współwystępujących zaburzeń znajdują się w tabeli 1.

Tabela 1

Dane epidemiologiczne oraz współwystępujące zaburzenia psychiczne z zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym.

| Badanie | Kraj | Liczba badanych | Współwystępowanie | Rozpowszechnienie |
|---------------------|-------------------|-----------------|--|-------------------|
| Himle i in., 2008 | Stany Zjednoczone | 5191 | zaburzenie depresyjne, zespół stresu pourazowego, fobia społeczna, zaburzenia paniczne, uogólnione zaburzenie lękowe, agorafobia bez paniki, zaburzenia nastroju, zaburzenia odżywiania, uzależnienie od substancji | 1,6% |
| Grenier i in., 2009 | Kanada | 2798 | depresja, uogólnione zaburzenie lękowe, lęk paniczny bez agorafobii, epizody maniakalne, specyficzne fobie | 1,5% |
| Ruscio i in., 2010 | Stany Zjednoczone | 2073 | lęk paniczny, agorafobia bez paniki, fobia specyficzna, fobia społeczna, uogólnione zaburzenie lękowe, zespół stresu pourazowego, zaburzenia lękowe związane z separacją, poważne zaburzenie depresyjne, dystymia, zaburzenia dwubiegunowe (szeroko rozumiane), zaburzenia opozycyjno- | 2,3% |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| Badanie | Kraj | Liczba badanych | Współwystępowanie | Rozpowszechnienie |
|-------------------------|------------|-----------------|---|-------------------|
| | | | depresyjne, zaburzenia zachowania, zaburzenia z deficytem uwagi/nadpobudliwością psychoruchową, przerywane zaburzenia wybuchowe, nadużywanie/uzależnienie od alkoholu, nadużywanie/uzależnienie od narkotyków | |
| Canals i in., 2012 | Hiszpania | 1514 | uogólnione zaburzenie lękowe, lęk separacyjny, depresja, fobia społeczna, zaburzenia z deficytem uwagi, zaburzenia zachowania, lęk paniczny | 1,8% |
| Subramaniam i in., 2012 | Singapur | 6616 | zaburzenie depresyjne, uogólnione zaburzenie lękowe, zaburzenie afektywne dwubiegunowe | 3,0% |
| Fineberg i in., 2013 | Szwajcaria | 4547 | - | 3,5% |

Pacjenci, u których zdiagnozowano zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, różnią się pod względem prezentowanych objawów. Treści obsesji i kompulsji dotyczyć mogą zabrudzeń, utrzymania symetrii (na przykład „właściwy” sposób ułożenia gazet na stole), zrobienia krzywdy najbliższemu, przymusu zbierania i gromadzenia przedmiotów oraz tematów tabu, takich jak agresji, seksu czy religii (Butcher i in., 2017; Pużyński, Rybakowski, Wciórka, 2011).

U osób z diagnozą OCD występuje również tak zwane myślenie magiczne, które charakteryzuje się przekonaniem o istnieniu związków przyczynowo-skutkowych pomiędzy myśleniem i zachowaniem, które nie są uwarunkowane kulturowo, a nierzadko również są nielogiczne (Bolton, Dearsley, Madronal-Luque, Baron-Cohen, 2002). Kompulsje wydają się być związane z myśleniem magicznym, a ich stosowanie może łączyć się z poczuciem odzyskania kontroli oraz bezpieczeństwa, dzięki przekonaniu o zapobiegnięciu potencjalnemu zagrożeniu (Moulding, Kyrios, 2006).

Myśli natrętne nie są charakterystyczne tylko dla osób z OCD, występują również u osób zdrowych (Berry, Laskey, 2012). Powszechność myśli natrętnych sięga średnio aż 93% osób bez zdiagnozowanych zaburzeń klinicznych (Julien, O'Connor, Aardema, 2007). Skoro myśli natrętne są charakterystyczne również dla populacji nieklinicznej, nasuwa się pytanie, dlaczego w przypadku osób z zaburzeniem osiągają one formę patologii? Różnicy w przypadku występowania myśli natrętnych u osób z OCD oraz osób zdrowych upatruje się w częstotliwości, intensywności oraz czasie trwania natrętnych myśli (Berry,

Laskey, 2012). Ludzie zdrowi zgłaszają tylko sporadyczne doświadczanie myśli natrętnych (Belloch, Morillo, Lucero, Cabedo, Carrió, 2004). Natomiast myśli natrętne w OCD przybierają formę obsesji, które nie są zgodne z przekonaniem pacjenta, przez co stara się on ich wyzbyć (Purdon, Cripps, Faull, Joseph, Rowa, 2007). Myśli natrętne w OCD są bardziej gwałtowne i dziwaczne, a także częściej pojawiają się bez konkretnego czynnika wyzwalającego, chociaż również mogą pojawiać się w odpowiedzi na konkretny bodziec (Berry, Laskey, 2012). Na przykład u zdrowej osoby może pojawić się myśl natrętna dotycząca niepewności, czy zamknęła drzwi na klucz, z którą najprawdopodobniej poradzi sobie albo poprzez jednorazowe sprawdzenie, albo poprzez jej zignorowanie. U osoby z diagnozą OCD jednorazowe sprawdzenie może nie powodować redukcji lęku, a myśli natrętne będą pojawiały się coraz częściej i wzbudzały coraz więcej nieprzyjemnych dla pacjenta emocji (Butcher i in., 2017). Objawy w przypadku osób z OCD związane są także z poczuciem odpowiedzialności, czyli przekonaniem, że osoba ma wpływ na poszczególne wydarzenia poprzez pojawiające się w jej umyśle myśli (Salkovskis, Kirk, 1997). Stąd też zaprzestanie myślenia o niepokojących rzeczach jest znacznie trudniejsze dla osób z OCD niż dla osób zdrowych. Kolejna różnica pomiędzy osobami z zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi dotyczy sposobów radzenia sobie z myślami natrętymi. Osoby zdrowe wybierają częściej strategię radzenia sobie polegającą na dystrakcji (czyli przekierowaniem uwagi z jednego bodźca na inny), co odróżnia je od osób z OCD, które stosują głównie strategie tłumienia (Belloch i in., 2004). Osoby z rozpoznaniem OCD zgłaszają również większe niepowodzenie w kontroli myśli obsesyjnych (Bouvard, Fournet, Denis, Sixdenier, Clark, 2017).

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne – koncepcje wyjaśniające patomechanizm

OCD jest zaburzeniem o wieloczynnikowej etiologii (Fava i in., 2014). Prawdopodobnie, jak w przypadku innych zaburzeń zdrowia psychicznego, na powstawanie oraz utrzymywanie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych wpływają czynniki zarówno biologiczne, jak i środowiskowe.

Czynniki biologiczne.

Czynniki anatomiczno-fizjologiczne. Źródeł powstawania OCD upatruje się między innymi w czynnikach anatomiczno-fizjologicznych mózgu. Dla OCD charakterystyczne są zaburzenia poznawczej regulacji zachowań, która wynika z zaburzeń procesów poznawczo-kontrolnych oraz zachowań motorycznych. Zaburzenia te mogą być również związane ze zmniejszoną objętością istoty szarej w grzbietowej części kory przedczołowej przyśrodkowej. Autorzy uważają, że to właśnie zaburzenia w korze czołowej przyśrodkowej są kluczowe w patofizjologii OCD (Piras i in., 2015). Z drugiej strony, część badaczy wskazuje, że patofizjologia OCD nie jest związana z konkretnym obszarem mózgu, ale raczej z dysfunkcją połączeń między jego różnymi rejonami (Goodman, Storch, Sheth, 2021).

Czynniki genetyczne. Rolę w powstawaniu zaburzenia mają również czynniki genetyczne (Purty, Nestadt, Samuels, Viswanath, 2019). Wiele badań wskazuje, że OCD jest chorobą heterogeniczną, uwarunkowaną wielogenowo. Odziedziczalność w zależności od badań szacowana jest między 35% a 48% (Robbins, Vaghi, Banca, 2019). Wykazano częstsze występowanie OCD u krewnych pierwszego stopnia, osób z rozpoznaniem OCD niż w populacji ogólnej oraz u bliźniąt monozygotycznych w porównaniu do bliźniąt dizygotycznych. Większość badań wskazuje na znaczącą rolę genów związanych z układem serotonergicznym, dopaminergicznym i glutaminergicznym (Goodman i in., 2021).

Czynniki środowiskowe. W rozwoju patomechanizmu OCD uwzględnia się również czynniki środowiskowe. Komplikacje okołoporodowe (jak np. poród indukowany, kleszczowy, czy też opętlenie płodu pępowiną) zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych w przyszłości (Geller i in., 2008). W patomechanizmie zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych ważną rolę pełni również doświadczenie wydarzeń stresowych (Adams i in., 2018; Ferreira i in., 2021). Sarkhel, Praharaj oraz Sinha (2011) przeprowadzili badania, które wykazały, że osoby z OCD doświadczyły większej liczby wydarzeń stresowych w przeciągu pół roku przed pojawieniem się objawów, jak i w przeciągu całego życia, w porównaniu z grupą osób zdrowych. Im więcej wydarzeń stresowych pacjenci doświadczyli, tym nasilenie objawów OCD było większe. Z kolei w badaniach przeprowadzonych przez Morgado, Freitas, Bessę, Souse i Cerqueirę (2013) stwierdzono, że podwyższonemu poziomowi stresu towa-

rzyszyło zwiększone nasilenie myśli natrętnych, nie stwierdzono natomiast takiej relacji w odniesieniu do zachowań rytualnych. W porównaniu do osób zdrowych – u pacjentów ze zdiagnozowanym OCD wraz z odczuwanym wyższym poziomem stresu występował również podwyższony poziom kortyzolu we krwi. Patomechanizm OCD ma zarówno biologiczne, jak i psychologiczne źródła, co więcej – badania pokazują, że ważnym czynnikiem mogącym mieć związek z pojawieniem się oraz nasileniem się objawów, są sytuacje stresowe (Jelinek, Moritz, Miegel, Voderholzer, 2021; Khosravani, Aardema, Samimi Ardestani, Sharifi Bastan, 2021). W przeciągu ostatnich miesięcy pandemia COVID-19 stała się źródłem powszechnego stresu, a jej negatywne konsekwencje na zdrowie psychiczne są wykazywane zarówno w populacji osób zdrowych, jak i z zaburzeniami zdrowia psychicznego (Kaman, Sharma, Banerjee, 2021; Taylor i in., 2020).

Model poznawczy. Najbardziej popularny model psychologiczny wyjaśniający powstawanie i utrzymywanie objawów został przedstawiony przez Salkovskisa i Kirka (1997). Autorzy zakładają, że nieakceptowana myśl natrętna wywołuje interpretacje w postaci myśli automatycznej, która odpowiedzialna jest za powstawanie lęku. Z racji wysokiej nietolerancji nieprzyjemnych emocji, osoby z OCD w celu ich regulacji wykonują zachowania kompulsyjne. Zachowania te powodują krótkotrwałe obniżenie lęku, co skutkuje przymusem wykonywania kompulsji oraz utrzymywaniem i nasileniem się objawów. Stosowanie strategii radzenia sobie, takich jak na przykład mycie rąk czy ruminacje, chwilowo obniżają lęk, natomiast w perspektywie długoterminowej sprawiają, że objawy stają się coraz bardziej uporczywe.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne w świetle pandemii COVID-19

COVID-19 to nie pierwszy przypadek choroby wywołanej wirusem SARS (World Health Organization, 2003). Dane z poprzednich epidemii wskazują na poważne problemy zdrowotne w postaci zaburzeń zdrowia psychicznego u osób, które przeszły chorobę. Najczęściej obserwowane były zaburzenia depresyjne oraz zespół stresu pourazowego (Mak, Chu, Pan, Yiu, Chan, 2009). Tego typu sytuacje, leżące poza naszą kontrolą, wpływają na populację osób zdrowych. Najbardziej aktualne badania sugerują, że obecna pandemia COVID-19 również związana jest z dużym poziomem stresu czy też lęku u osób zdrowych (Huang,

Zhao, 2020; Taylor i in., 2020). Biorąc pod uwagę wysoką zaraźliwość wirusa SARS-CoV-2, u osób z OCD może wzrastać lęk przed zakażeniem, wywołując zwiększone nasilenie zachowań zabezpieczających, które krótkoterminowo mogą ten lęk zmniejszać, ale paradoksalnie w perspektywie długoterminowej go utrzymywać, a nawet zwiększać. Niemniej jednak, istnieją również dane, pokazujące, że osoby zdrowe demonstrujące zachowania zabezpieczające, takie jak mycie rąk czy noszenie maseczek, wykazywały niższy poziom stresu, lęku oraz objawów depresyjnych (Wang i in., 2020).

Pandemia jako sytuacja znajdująca się poza naszą kontrolą miała wpływ nie tylko na dobrostan i zdrowie psychiczne osób zdrowych, ale również osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi. Najnowsze badania wskazują, że w wyniku COVID-19 zaostrzyły się objawy wśród osób z diagnozą zaburzenia lękowego uogólnionego, zespołu lęku napadowego oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (Abba-Aji i in., 2020; Benatti i in., 2020; Javelot, Weiner, 2020; Li, Duan, Chen, 2020; Matsunaga, Mukai, Yamanishi, 2020; Tanir i in., 2020). Stresujące wydarzenia mogą znacząco wpływać na nasilenie objawów zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (Vidal-Ribas i in., 2015). Na przykład Kumar i Somani (2020) opisali przypadek pacjenta z diagnozą OCD, który pozostawał w remisji do momentu wystąpienia pandemii. W wyniku wystawienia na informacje dotyczące COVID-19 pacjent zauważył u siebie występowanie silnego strachu przed wirusem. Komunikaty odnośnie higieny, mycia rąk jako środka zapobiegającego zakażeniu przyczyniły się do powrotu kompulsji w postaci mycia rąk. Inne badania wykazały, że obecna pandemia wiąże się ze wzrostem części objawów OCD, takimi jak zanieczyszczenia zarazkami, poczucie odpowiedzialności za krzywdę, nieakceptowanych myśli oraz symetrii (Khosravani i in., 2021). Pandemia wpłynęła również na zwiększenie ogólnego nasilenia OCD.

Objawy OCD mogą być związane ze znacznym upośledzeniem funkcjonowania w wielu obszarach życia. Mimo to badania pokazują, że osoby doświadczające tych objawów sięgają po pomoc dopiero po około 10 latach (Foa i in., 2005). W związku z tym możemy się spodziewać, że w obecnej sytuacji nastąpi wzrost zgłoszeń do terapeutów z racji wszechobecnego, oddziałującego czynnika stresowego w postaci pandemii. Davide i in. (2020) zbadali grupę osób ze zdiagnozowanym OCD, które zakończyły terapię przed pandemią, aby sprawdzić ich stan psychiczny w trakcie kwarantanny. Wyniki wskazały, że u osób, u których po zakończeniu terapii przed pandemią utrzymywały się objawy, doszło do nasilenia obsesji i kompulsji, natomiast pacjenci pozostający

w remisji doświadczali ponownie objawów OCD. Wzrost obaw odczuwanych w związku z pandemią COVID-19 niekoniecznie musi być postrzegany jako część OCD wśród osób z tym zaburzeniem. Badania wskazują, że grupa ta dzieli się na osoby postrzegające swoje zmartwienia związane z wirusem jako część zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego, a także na jednostki odczuwające lęk związany z COVID-19 jako coś całkowicie odrębnego od swojego rozpoznania. Co więcej, objawy pogorszyły się w grupie osób, które doświadczały ich w związku z poczuciem zanieczyszczenia, natomiast efekt ten nie wystąpił w przypadku badanych z grup, gdzie dominującymi tematami obsesji były „symetria” i „tematy tabu”. Dodatkowo zebrane w badaniu dane jakościowe pokazały, że niektórzy z badanych mieli trudności w określeniu, czy reakcje na COVID-19 są reakcją racjonalną, czy nadmierną (Wheaton, Ward, Silber, McIngvale, Björgvinsson, 2021).

Jelinek i in. (2021) zaobserwowali wzrost nasilenia objawów u 72% pacjentów z OCD w związku z pandemią COVID-19. Większy wzrost występował w grupie osób z OCD związanym z myciem, w porównaniu z grupą OCD z innymi tematami dominującymi. Co więcej, grupy różniły się nie tylko nasileniem objawów, ale również ich źródłem. Grupa myjąca wskazywała takie czynniki, jak dostępność środków czyszczących oraz konflikty interpersonalne, natomiast grupa z innymi tematami dominującymi wymieniała częściej czynniki ekonomiczne. Pojawiły się przekonania nasilające objawy, takie jak – przeświadczenie, że inni ludzie zdają sobie sprawę z niebezpieczeństwa wirusów oraz zarazków, czy te, według których objawy dotyczące niebezpieczeństwa potwierdzają się.

Pandemia COVID-19 spowodowała podjęcie działań zabezpieczających przed wirusem zarówno przez osoby zdrowe, jak i dotknięte zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym. Na przykład badania przeprowadzone przez Knowles i Olatunji (2021) wskazały, że wśród studentów wzrosła częstotliwość obsesyjnego mycia rąk w porównaniu do okresu przed pandemią. Badania z początku pandemii dotyczące strategii radzenia sobie ze stresem w trakcie COVID-19 wykazały, że również osoby z OCD, podobnie jak grupa osób zdrowych, najczęściej stosowały strategie takie jak akceptacja, korzystanie ze wsparcia emocjonalnego, odwrócenie uwagi, aktywne radzenie sobie i planowanie. Wykazano również, że osoby z OCD częściej używały takich sposobów, jak korzystanie ze wsparcia instrumentalnego, zwrot ku religii, zaprzeczanie czy samoobwinianie w porównaniu z grupą osób zdrowych (Rosa-Alcázar i in., 2021). Większość badań odnośnie wpływu pandemii na zaburzenia obsesyj-

no-kompulsyjne skupia się na wzroście nasilenia objawów, ale nie poruszają tematu nastawienia pacjenta do swoich objawów, co, biorąc pod uwagę zalecenia higieniczne związane z ryzykiem zarażenia się COVID-19, może mieć szczególne znaczenie u tych pacjentów, u których dominują obsesje dotyczące zarazków i brudu oraz towarzyszące im rytuały w postaci czyszczenia.

Egodystoniczność objawów

Objawy, których doświadczają osoby cierpiące na OCD, są egodystoniczne, co oznacza, że pacjenci uznają je jako niechciane oraz niezgodne z ich przekonaniami (Butcher i in., 2017). Nasilenie objawów OCD jest tym niższe, im wyższa jest egodystoniczność objawów (Belloch, Roncero, Perpiñá, 2012). W przypadku, w którym pacjent traktuje je jako zgodne ze swoim światopoglądem, mówimy o egosyntoniczności. Egodystoniczność różni się w podtypach obsesji (Belloch i in., 2012; Purdon i in., 2007). W swoim badaniu Belloch i in. (2012) wykazali, że objawy związane z takimi tematami jak seks, religia czy agresja oceniane były jako bardziej egodystoniczne niż obsesje o treści porządkowania, wątpliwości, sprawdzania, zanieczyszczenia czy przesądu. Myśl, która oceniana była przez pacjentów jako najbardziej denerwująca i egodystoniczna, związana była również z negatywnymi emocjami oraz poczuciem bycia niemoralnym. Do innych wniosków doszli z kolei García-Soriano, Belloch, Morillo oraz Clark (2011), którzy wykazali, że porządkowanie, wątpliwości, sprawdzanie, zanieczyszczenia czy przesady związane są z większym nasileniem objawów OCD. Natomiast obsesje związane z zanieczyszczeniem były oceniane przez pacjentów jako mniej bezsensowne niż obsesje związane z tematami seksualnymi czy agresywnymi (Ryan, 2004). Czynnikiem, który może przyczyniać się do pojawienia się objawów bądź o charakterze egodystonicznym, bądź egosyntonicznym, wydaje się być temperament, a szczególnie taka cecha, jak wysoki poziom unikania szkody (Marchesi, Ampollini, DePanfilis, Maggini, 2008). Co więcej, poziom unikania szkód ma również związek z powstawaniem i utrzymywaniem się OCD (Marchesi i in., 2008; Richter, Summerfeldt, Joffe, Swinson, 1996). Purdon i in. (2007) zwracają uwagę na nieuwzględnienie pewnych aspektów w definicji egodystoniczności. Myśl może być również egosyntoniczna z pewnymi aspektami Ja, a egodystoniczna z innym, co oznacza, że niektóre z objawów mogą być zgodne z wartościami pacjenta. Oznacza to, że przykładowa osoba z głównym tematem higieny obawia się przenoszenia

chorób i postrzega siebie jako osobę troskliwą i dbającą o innych, więc treść objawów nie jest sprzeczna z Ja pacjenta, a doświadczanie ich jako nadmiernych i sprzecznych z racjonalnością jest sprzeczne z Ja.

Nastawienie pacjenta wobec objawów jest istotne między innymi z punktu widzenia skuteczności terapii (Gregertsen, Mandy, Serpell, 2017). Badania przeprowadzone w grupie osób z zaburzeniami odżywiania, a w szczególności anoreksji, gdzie objawy są egosyntoniczne, wskazują, że terapia może być problematyczna ze względu na zaprzeczanie istnienia choroby przez pacjentów. Upatruje się również korzyści płynących z egosyntoniczności objawów w anoreksji, takich jak subiektywne odczucia na przykład poczucie autonomii (Starzomska, 2008). Rozpatrywanie korzyści oraz gotowości do zmiany przez pacjentów z anoreksją wydaje się istotne w doborze odpowiednich form pomocy. Autorzy zwracają również uwagę na wpływ egosyntoniczności na nasilenie objawów oraz motywację do wyzdrowienia (Gregertsen i in., 2017). Objawy mogą się również zmieniać w trakcie trwania danego zaburzenia. Przykładem może być uzależnienie od alkoholu, w którym objawy postrzegane są jako egosyntoniczne, ale z czasem mogą przejść w objawy egodystoniczne z racji tego, że skutki działania substancji stają się bardziej nawykowe niż przyjemne (el-Guebaly, Mudry, Zohar, Tavares, Potenza, 2012).

Co prawda w grupie osób z OCD objawy są przede wszystkim traktowane jako egodystoniczne, natomiast mogło dojść do zmiany postrzegania swoich objawów w związku z sytuacją pandemiczną, co skłoniło nas do stworzenia modelu badania własnego. Aspekt problematycznej terapii może pojawić się w przypadku osób z OCD, które swoje objawy w postaci kompulsji mogą postrzegać jako odpowiedni styl życia w pandemii. Oznaczałoby to wyeliminowanie poczucia irracjonalności swoich objawów, które jest jedną z różnic w przypadku wymiaru egodystoniczności–egosyntoniczności osób z OCD oraz osób chorujących na anoreksję. W przypadku aktualnej sytuacji osoby z OCD mogą również czerpać korzyść z akceptacji objawów. Przykładowo, osoby z głównym tematem kompulsji związanym z myciem okazały się być bardziej pewne siebie oraz udzielały więcej rad odnośnie zapobiegania infekcjom niż osoby z OCD z innymi tematami dominującymi (Jelinek i in., 2021). Z praktycznego punktu widzenia badanie jest ważne, ponieważ pozwoli ocenić, czy i na ile w czasie trwania pandemii, a także po jej zakończeniu będzie potrzebne wsparcie oraz w jakich obszarach.

PODSUMOWANIE

Stres związany z pandemią COVID-19 znacząco wpływa zarówno na populację ogólną, jak i osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym również pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. OCD jest zaburzeniem, w którym część pacjentów swoje objawy związane ma z lękiem przed zanieczyszczeniami (Rachman, 2004). Choroba COVID-19 jest więc dla tych pacjentów szczególnie stresująca, a zalecenia odnośnie dobrej higieny, która chronić ma przed zakażeniem, mogą wzmacniać już istniejące zachowania. Co więcej, osoby te mogły uznać swoje nadmierne objawy jako środek zapobiegawczy przed zachorowaniem na COVID-19. Dysponujemy już badaniami ukazującymi wzrost nasilenia objawów OCD lub pojawienie się ich, natomiast z tego, co nam wiadomo, brak jest badań odnoszących się do przejścia z egodystonicznego do egosyntonicznego traktowania swoich objawów w wyniku akceptacji oraz racjonalizacji związanej z pandemią. Potencjalna zmiana objawów na egosyntoniczne jest obszarem wymagającym eksploracji ze względu na prowadzenie terapii oraz prawdopodobny wydłużony czas zgłoszenia się po profesjonalną pomoc.

BIBLIOGRAFIA

- Abba-Aji, A., Li, D., Hrabok, M., Shalaby, R., Gusnowski, A., Vuong, W., ... Agyapong, V. I. O. (2020). COVID-19 pandemic and mental health: Prevalence and correlates of new-onset obsessive-compulsive symptoms in a Canadian province. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 6986. <https://doi.org/10.3390/ijerph17196986>
- Adams, T. G., Kelmendi, B., Brake, C. A., Gruner, P., Badour, C. L., Pittenger, C. (2018). The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. *Chronic Stress*, 2, 2470547018758043. <https://doi.org/10.1177/2470547018758043>
- Belloch, A., Morillo, C., Lucero, M., Cabedo, E., Carrió, C. (2004). Intrusive thoughts in non-clinical subjects: The role of frequency and unpleasantness on appraisal ratings and control strategies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(2), 100–110. <https://doi.org/10.1002/cpp.397>
- Belloch, A., Roncero, M., Perpiñá, C. (2012). Ego-syntonicity and ego-dystonicity associated with upsetting intrusive cognitions. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 94–106. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9255-4>

- Benatti, B., Albert, U., Maina, G., Fiorillo, A., Celebre, L., Girone, N., ... Dell'Osso, B. (2020). What happened to patients with obsessive compulsive disorder during the COVID-19 pandemic? A multicentre report from tertiary clinics in Northern Italy. *Frontiers in Psychiatry, 11*, 720. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00720>
- Berry, L.-M., Laskey, B. (2012). A review of obsessive intrusive thoughts in the general population. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 1*(2), 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.02.002>
- Bolton, D., Dearsley, P., Madronal-Luque, R., Baron-Cohen, S. (2002). Magical thinking in childhood and adolescence: Development and relation to obsessive compulsion. *British Journal of Developmental Psychology, 20*(4), 479–494. <https://doi.org/10.1348/026151002760390819>
- Bouvard, M., Fournet, N., Denis, A., Sixdenier, A., Clark, D. (2017). Intrusive thoughts in patients with obsessive compulsive disorder and non-clinical participants: A comparison using the International Intrusive Thought Interview Schedule. *Cognitive Behaviour Therapy, 46*(4), 287–299. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1262894>
- Butcher, N. J., Hooley, M. J., Mineka, S. (2017). *Psychologia zaburzeń. DSM-V*. Gdańsk: GWP.
- Canals, J., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., Voltas, N. (2012). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(7), 746–752. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.06.003>
- Cogle, J. R., Timpano, K. R., Fitch, K. E., Hawkins, K. A. (2011). Distress tolerance and obsessions: An integrative analysis. *Depression and Anxiety, 28*(10), 906–914. <https://doi.org/10.1002/da.20846>
- Davide, P., Andrea, P., Martina, O., Andrea, E., Davide, D., Mario, A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. *Psychiatry Research, 291*, 113213. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113213>
- el-Guebaly, N., Mudry, T., Zohar, J., Tavares, H., Potenza, M. N. (2012). Compulsive features in behavioural addictions: The case of pathological gambling. *Addiction, 107*(10), 1726–1734. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03546.x>
- Fava, L., Bellantuono, S., Bizzi, A., Cesario, M. L., Costa, B., Simoni, E. D., ... Turreni Mancini, F. (2014). Review of obsessive compulsive disorders theories. *Global Journal of Epidemiology and Public Health, 1*, 1–13. <http://dx.doi.org/10.12974/2313-0946.2014.01.01.1>
- Ferreira, S., Couto, B., Sousa, M., Vieira, R., Sousa, N., Picó-Pérez, M., Morgado, P. (2021). Stress influences the effect of obsessive-compulsive symptoms on

- emotion regulation. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 594541. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.594541>
- Fineberg, N. A., Hengartner, M. P., Bergbaum, C. E., Gale, T. M., Gamma, A., Ajdacic-Gross, V., ... Angst, J. (2013). A prospective population-based cohort study of the prevalence, incidence and impact of obsessive-compulsive symptomatology. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(3), 170–178. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.755206>
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., ... Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 151–161. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.151>
- García-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C., Clark, D. A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 474–482. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.11.012>
- Geller, D. A., Wieland, N., Carey, K., Vivas, F., Petty, C. R., Johnson, J., ... Biederman, J. (2008). Perinatal factors affecting expression of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18(4), 373–379. <https://doi.org/10.1089/cap.2007.0112>
- Goodman, W. K., Storch, E. A., Sheth, S. A. (2021). Harmonizing the neurobiology and treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 178(1), 17–29. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20111601>
- Gregertsen, E. C., Mandy, W., Serpell, L. (2017). The egosyntonic nature of anorexia: An impediment to recovery in anorexia nervosa treatment. *Frontiers in Psychology*, 8, 2273. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02273>
- Grenier, S., Préville, M., Boyer, R., O'Connor, K. (2009). Prevalence and correlates of obsessive-compulsive disorder among older adults living in the community. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 858–865. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.04.005>
- Himle, J. A., Muroff, J. R., Taylor, R. J., Baser, R. E., Abelson, J. M., Hanna, G. L., ... Jackson, J. S. (2008). Obsessive-compulsive disorder among African Americans and blacks of Caribbean descent: Results from the national survey of American life. *Depression and Anxiety*, 25(12), 993–1005. <https://doi.org/10.1002/da.20434>
- Huang, Y., Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>

- Javelot, H., Weiner, L. (2020). Panic and pandemic: Review of the literature on the links between panic disorder and the SARS-CoV-2 epidemic. *L'Encephale*, 47(1), 38–42. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.010>
- Jelinek, L., Moritz, S., Miegel, F., Voderholzer, U. (2021). Obsessive-compulsive disorder during COVID-19: Turning a problem into an opportunity? *Journal of Anxiety Disorders*, 77, 102329. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102329>
- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F. (2007). Intrusive thoughts, obsessions, and appraisals in obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 27(3), 366–383. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.12.004>
- Kaman, S., Sharma, A., Banerjee, R. (2021). *Associativity between COVID-19 pandemic and serious mental illness: Rapid systematic review within salutogenesis model for public health management*. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/mgj45>
- Khosravani, V., Aardema, F., Samimi Ardestani, S. M., Sharifi Bastan, F. (2021). The impact of the coronavirus pandemic on specific symptom dimensions and severity in OCD: A comparison before and during COVID-19 in the context of stress responses. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 29, 100626. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100626>
- Knowles, K. A., Olatunji, B. O. (2021). Anxiety and safety behavior usage during the COVID-19 pandemic: The prospective role of contamination fear. *Journal of Anxiety Disorders*, 77, 102323. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102323>
- Kumar, A., Somani, A. (2020). Dealing with Corona virus anxiety and OCD. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102053. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102053>
- Leahy, R. L., Tirch, D., Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Nowy Jork: Guilford Press.
- Li, Y., Duan, W., Chen, Z. (2020). Latent profiles of the comorbidity of the symptoms for posttraumatic stress disorder and generalized anxiety disorder among children and adolescents who are susceptible to COVID-19. *Children and Youth Services Review*, 116, 105235. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105235>
- Macatee, R. J., Coughle, J. R. (2015). Development and evaluation of a computerized intervention for low distress tolerance and its effect on performance on a neutralization task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 48, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.01.007>
- Mak, I. W. C., Chu, C. M., Pan, P. C., Yiu, M. G. C., Chan, V. L. (2009). Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *General Hospital Psychiatry*, 31(4), 318–326. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.03.001>
- Marchesi, C., Ampollini, P., DePanfilis, C., Maggini, C. (2008). Temperament features in adolescents with ego-syntonic or ego-dystonic obsessive-compulsive symptoms.

- European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(6), 392–396. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0681-0>
- Matsunaga, H., Mukai, K., Yamanishi, K. (2020). Acute impact of COVID-19 pandemic on phenomenological features in fully or partially remitted patients with obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(10), 565–566. <https://doi.org/10.1111/pcn.13119>
- Morgado, P., Freitas, D., Bessa, J. M., Sousa, N., Cerqueira, J. J. (2013). Perceived stress in obsessive–compulsive disorder is related with obsessive but not compulsive symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 21. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00021>
- Moritz, S., Fink, J., Miegel, F., Nitsche, K., Kraft, V., Tonn, P., Jelinek, L. (2018). Obsessive–compulsive disorder is characterized by a lack of adaptive coping rather than an excess of maladaptive coping. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 650–660. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9902-0>
- Moulding, R., Doron, G., Kyrios, M., Nedeljkovic, M. (2008). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive checking: An extension to clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1472–1479. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.03.001>
- Moulding, R., Kyrios, M. (2006). Anxiety disorders and control related beliefs: The exemplar of Obsessive–Compulsive Disorder (OCD). *Clinical Psychology Review*, 26(5), 573–583. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.009>
- Piras, F., Piras, F., Chiapponi, C., Girardi, P., Caltagirone, C., Spalletta, G. (2015). Widespread structural brain changes in OCD: A systematic review of voxel-based morphometry studies. *Cortex*, 62, 89–108. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2013.01.016>
- Purdon, C., Cripps, E., Faull, M., Joseph, S., Rowa, K. (2007). Development of a measure of egodystonicity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21, 198–216. <https://doi.org/10.1891/088983907781494537>
- Purty, A., Nestadt, G., Samuels, J. F., Viswanath, B. (2019). Genetics of obsessive-compulsive disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(Suppl 1), S37–S42. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_518_18
- Pużyński, S., Rybakowski, J., Wciórka J. (2011). *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*, t. 2. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Rachman, S. (2004). Fear of contamination. *Behaviour Research and Therapy*, 42(11), 1227–1255. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.009>
- Richter, M. A., Summerfeldt, L. J., Joffe, R. T., Swinson, R. P. (1996). The Tridimensional Personality Questionnaire in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 65(3), 185–188. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(96\)02944-7](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(96)02944-7)
- Robbins, T. W., Vaghi, M. M., Banca, P. (2019). Obsessive-compulsive disorder: Puzzles and prospects. *Neuron*, 102(1), 27–47. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.01.046>

- Rosa-Alcázar, Á., García-Hernández, M. D., Parada-Navas, J. L., Olivares-Olivares, P. J., Martínez-Murillo, S., Rosa-Alcázar, A. I. (2021). Coping strategies in obsessive-compulsive patients during COVID-19 lockdown. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), 100223. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100223>
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53–63. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- Ryan, C. (2004). Differences in the appraisal of intrusive thoughts and contamination fears in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(2), 235–238. <https://doi.org/10.1017/S1352465804001237>
- Salkovskis, P. M., Kirk, J. (1997). Obsessive-compulsive disorder. W: D. M. Clark, C. G. Fairburn (red.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (s. 179–208). Nowy Jork: Oxford University Press.
- Sarkhel, S., Praharaaj, S., Sinha, V. (2011). Role of life events in obsessive compulsive disorder. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 48(3), 182–185.
- Starzomska, M. (2008). Egosyntoniczność jako patognomoniczny objaw anoreksji. *Psychoterapia*, 3(146), 61–74.
- Subramaniam, M., Abidin, E., Vaingankar, J. A., Chong, S. A. (2012). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(12), 2035–2043. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0507-8>
- Tanir, Y., Karayagmurlu, A., Kaya, İ., Kaynar, T. B., Türkmen, G., Dambasan, B. N., ... Coşkun, M. (2020). Exacerbation of obsessive compulsive disorder symptoms in children and adolescents during COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293, 113363. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113363>
- Taylor, S., Landry, C. A., Paluszek, M. M., Fergus, T. A., McKay, D., Asmundson, G. J. G. (2020). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorders*, 72, 102232. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102232>
- Vidal-Ribas, P., Stringaris, A., Rück, C., Serlachius, E., Lichtenstein, P., Mataix-Cols, D. (2015). Are stressful life events causally related to the severity of obsessive-compulsive symptoms? A monozygotic twin difference study. *European Psychiatry*, 30(2), 309–316. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.11.008>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

- Wheaton, M. G., Ward, H. E., Silber, A., McIngvale, E., Björgvinsson, T. (2021). How is the COVID-19 pandemic affecting individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 81, 102410. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102410>
- World Health Organization. (2003). *Severe acute respiratory syndrome (SARS)*. Pobrane z: [https://www.who.int/publications/i/item/severe-acute-respiratory-syndrome-\(sars\)-executive-board-113](https://www.who.int/publications/i/item/severe-acute-respiratory-syndrome-(sars)-executive-board-113)

MAŁGORZATA GAMBIN*  <https://orcid.org/0000-0001-7880-1447>

GRAŻYNA KMITA*  <https://orcid.org/0000-0003-0502-1882>

MAŁGORZATA WOŹNIAK-PRUS*  <https://orcid.org/0000-0002-9851-7176>

JOANNA BORUSZAK-KIZIUKIEWICZ  <https://orcid.org/0000-0003-0227-645X>

KAROLINA KUBICKA  <https://orcid.org/0000-0002-0796-6612>

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

Rodziny z dziećmi i nastolatkami w czasach pandemii COVID-19. Złożony obraz relacji

Families with children and teenagers during the COVID-19 pandemic. Complex picture of relationships

Autor korespondencyjny: Małgorzata Gambin
e-mail: mgambin@psych.uw.edu.pl

*Autorki o takim samym wkładzie w pisanie i przygotowanie tekstu.

Publikacja finansowana ze środków Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego oraz Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej przyznanych przez MNiSW w formie subwencji na utrzymanie i rozwój potencjału badawczego w roku 2020.

Streszczenie

Pandemia COVID-19 wiąże się z wielowymiarowym stresem oraz wieloma wyzwaniami, trudnościami i zmianami w funkcjonowaniu dzieci, nastolatków i ich rodziców, które w efekcie mogą oddziaływać na relacje rodzinne. W czasach pandemii, kiedy rodziny bardzo dużo czasu spędzają razem w domu, bliskie relacje rodzinne stały się również jednym z najważniejszych zasobów lub czynników ryzyka, od których zależy funkcjonowanie emocjonalne oraz adaptacja dzieci, nastolatków i rodziców w trakcie pandemii. Wpływ pandemii COVID-19 na relacje rodzinne jest niejednoznaczny i złożony: z jednej strony, rodziny mogły doświadczać eskalacji konfliktów i problemów relacyjnych, a z drugiej strony, niektórzy rodzice, dzieci i nastolatki doświadczyli większej bliskości oraz spędzali więcej czasu razem na wspólnych aktywnościach. W rozdziale zostanie zaprezentowany przegląd literatury na temat relacji w rodzinach z dziećmi w trakcie pandemii oraz przedstawione zostaną wyniki czterech projektów badawczych przeprowadzonych przez grupę badawczą Psychologiczne Aspekty Pandemii dotyczące relacji rodzinnych i funkcjonowania emocjonalnego dzieci, nastolatków i rodziców w trakcie pandemii: (1) *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego w trakcie roku trwania pandemii u osób dorosłych*; (2) *Rodzice i dzieci wobec pandemii*; (3) *Pandemia COVID-19 a zdrowie psychiczne i samopoczucie małych dzieci (1–6 lat) oraz ich rodzin*; (4) *Młodzież w wieku 16–18 lat wobec pandemii COVID-19*. Wyniki tych badań pokazują bardzo złożony i niejednoznaczny obraz relacji rodzinnych w trakcie pandemii związany z współwystępowaniem zarówno pozytywnych, jak i negatywnych doświadczeń w rodzinach z dziećmi. Omówione zostaną wnioski z prezentowanych badań dla praktyki klinicznej oraz dalszych prac badawczych dotyczących relacji rodzinnych w trakcie pandemii.

Słowa kluczowe: relacje rodzinne, relacja rodzic–dziecko, COVID-19, pandemia

Abstract

The COVID-19 pandemic is associated with a multidimensional stress and many challenges, difficulties and changes in the functioning of children, adolescents and their parents, which in turn may affect family relationships. In times of the pandemic, when families spend a lot of time together at home, close family relationships have also become one of the most important resources or risk factors for the emotional functioning and adaptation of children, adolescents and parents during the pandemic. The impact of the COVID-19 pandemic on family relationships is ambiguous and complex: on the one hand, families may have experienced escalating conflicts and relational problems, and on the other hand, some parents, children and teenagers experienced greater closeness and spent more time together on joint activities. The chapter will present a literature review concerning relations in families with children during the pandemic and the results of four research projects conducted by the research group Psychological Aspects of Pandemic on family relationships and emotional functioning of children, adolescents and parents during the pandemic: (1) *Determinants of depressive and generalized anxiety disorder symptoms during the one year of pandemic in adults*; (2) *Parents and children in the face of the pandemic*; (3) *The COVID-19 pandemic and the mental health and well-being of young children (1–6 years old) and their families*; (4) *Adolescents aged 16–18 facing the COVID-19 pandemic*. The results of these studies show a very complex and ambiguous picture of family relationships during the pandemic related to the coexistence of both positive and negative experiences in families with children. Conclusions from the presented studies for clinical practice and further research on family relationships during the pandemic will be discussed.

Keywords: family relationships, parent–child relationship, COVID-19, pandemic

Dla rodzin z dziećmi pandemia COVID-19 wiąże się z wielowymiarowym stresem, który jest spowodowany m.in. ogromnymi zmianami w codziennym funkcjonowaniu wynikającymi z czasowego zamknięcia placówek opiekuńczych i edukacyjnych, przejścia na zdalny tryb pracy i nauczanie na odległość czy obawami dotyczącymi zarówno zdrowia i życia własnego oraz bliskich osób, jak również sytuacji finansowej gospodarstwa domowego (De Young i in., 2021; Prime, Wade, Browne, 2020). Jedną z najbardziej zauważalnych zmian związanych z pandemią, której doświadczyło wiele rodzin, jest spędzanie większej ilości czasu razem w domu ze względu m.in. na pracę zdalną i naukę na odległość, czasowe zamknięcie żłobków czy przedszkoli oraz zawieszenie wielu zajęć pozalekcyjnych, aktywności dodatkowych i rozrywkowych, ograniczenie kontaktów z osobami spoza najbliższej rodziny, jak również dogodną izolacją (Prime i in., 2020). W prezentowanym artykule odnosząc się do wyników badań własnych, wyników prac badawczych prowadzonych przez inne zespoły oraz doświadczeń klinicznych, chcemy się przyjrzeć temu, w jaki sposób pandemia mogła oddziaływać na relacje rodzinne, jak również w jaki sposób jakość tych bliskich więzi mogła stać się czynnikiem ochronnym albo ryzyka dla zdrowia psychicznego i adaptacji dzieci, młodzieży i rodziców.

Wyzwania i zagrożenia dla funkcjonowania emocjonalnego dzieci i nastolatków w trakcie pandemii

W trakcie pandemii dzieci mogły doświadczać lęku i obaw dotyczących zdrowia najbliższych osób, jak również niepewnej sytuacji finansowej lub zawodowej rodziców (De Young i in., 2021; Prime i in., 2020; Wang, Zhang, Zhao, Zhang, Jiang, 2020; Weaver, Wiener, 2020). Badanie Idoiagi, Berasategi, Eiguren i Picazy (2021) wykazało, że dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym obawiają się zakażenia koronawirusem, ale głównie z powodu niepokoju oraz poczucia winy, że zarażą członków rodziny, w szczególności dziadków. Prawdopodobnie wiele dzieci i nastolatków w czasie pandemii współdziałało oraz reagowało na zmartwienia i niepokoje doświadczane przez rodziców i bliskie im osoby. Dzieci także były niejednokrotnie świadkami trudnych wydarzeń w rodzinie, np. utraty pracy przez rodzica, pogorszenia sytuacji finansowej, zachorowania na COVID-19, czy też nawet śmierci bliskiej osoby. Ich niepokój i poczucie niepewności mogły nasilać trudności w zrozumieniu sytuacji, a co za tym idzie – błędne interpretacje różnych informacji na temat wirusa SARS-CoV-2

i pandemii. Działania podjęte w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się pandemii, takie jak nauczanie na odległość, czasowe zamknięcie żłobków i przedszkoli, praca zdalna rodziców, obostrzenia dotyczące przemieszczania się, wiązały się z wieloma zmianami w codziennych rytuałach, porządku i rytmie dnia, do których członkowie rodziny musieli się szybko zaadaptować (De Young i in., 2021; Prime i in., 2020). Przedłużone zamknięcie szkoły mogło kolidować ze zdrowymi nawykami dotyczącymi aktywności na świeżym powietrzu i ekspozycji na światło dzienne, diety, snu, spędzania czasu przed ekranami (De Young i in., 2021; Prime i in., 2020). Dzieci i nastolatki mierzyli się także z ograniczeniami kontaktów z rówieśnikami, jak również różnymi innymi wyzwaniami związanymi z nauką na odległość. W czasie pandemii ograniczone zostały kontakty z innymi osobami niż domownicy (znajomymi, dziadkami), co wiązało się z utratą na pewien czas cennych chwil spędzanych przez dzieci na zabawie i wspólnych aktywnościach z dziadkami i innymi bliskimi osobami spoza kręgu domowników, czy utratą możliwości stopniowej separacji od rodziców poprzez samodzielny pobyt dziecka u dziadków lub innych bliskich.

Jakość relacji rodzinnych a funkcjonowanie emocjonalne dzieci i nastolatków w trakcie pandemii

Badania podłużne przeprowadzone w różnych krajach wskazywały na wzrost nasilenia objawów depresji i lęku oraz zachowań eksternalizacyjnych (zachowań agresywnych i opozycyjno-buntowniczych) u dzieci i młodzieży w trakcie pandemii COVID-19 w porównaniu z czasem przed pandemią (Bignardi i in., 2020; Cantiani i in., 2021; Khoury, Kaur, Gonzalez, 2021; Magson i in., 2021). Jakość relacji rodzinnych wydaje się być jednym z kluczowych czynników chroniących dzieci przed wzrostem nasilenia objawów depresji, lęku oraz zachowań eksternalizacyjnych w trakcie pandemii. Z badania podłużnego przeprowadzonego w Kanadzie wynikało, że rodzicielska wrogość mierzona przed pandemią była predyktorem wzrostu nasilenia objawów eksternalizacyjnych u dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym w trakcie pandemii, a matczyzny poziom lęku przed pandemią był predyktorem wzrostu objawów internalizacyjnych u dzieci w trakcie pandemii (Khoury i in., 2021). Badania podłużne przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych (Feinberg i in., 2021) wykazały, że rodzice dzieci w wieku wczesnoszkolnym w trakcie pandemii deklarowali niższy poziom pozytywnego rodzicielstwa oraz wzajemnego

wsparcia rodziców (partnerów) w porównaniu z czasami przed pandemią, jak również wyższe nasilenie objawów depresji oraz podwyższony poziom problemów internalizacyjnych i eksternalizacyjnych u dzieci. Jakość relacji rodzinnych była wzajemnie powiązana z funkcjonowaniem emocjonalnym dzieci i rodziców. Badanie przeprowadzone przez Glynn, Davis, Luby, Baram i Sandmana (2021) wykazało ponadto, że dbanie i utrzymanie przez rodzinę przewidywalnego, ustrukturalizowanego środowiska rodzinnego (m.in. dbanie o uporządkowany rytm dnia, zachowanie rytuałów) w trakcie pandemii jest jednym z najważniejszych predyktorów pozytywnego funkcjonowania emocjonalnego dzieci w wieku przedszkolnym, natomiast objawy depresji oraz stres rodzicielski matki były predyktorami większego nasilenia objawów u dziecka. Na podstawie przedstawionych badań można zatem sądzić, że to, na ile rodzice są w stanie być dla siebie i dziecka wsparciem w tej trudnej sytuacji, jak sami się odnajdują w sytuacji pandemii i jak (szczególnie matki) radzą sobie z emocjami, ma kluczowe znaczenia dla stanu emocjonalnego dziecka.

Zagrożenia dla rodzin z dziećmi ze specjalnymi potrzebami zdrowotnymi, rozwojowymi i edukacyjnymi

W czasie trwania pandemii funkcjonowanie, rozwój i zaspokojenie różnorodnych potrzeb rozwojowych i emocjonalnych dzieci jest w większym stopniu zależne od środowiska rodzinnego oraz różnorodnych zasobów rodziny nuklearnej niż w czasie przed pandemią (De Young i in., 2021; Prime i in., 2020). Może to być niezwykle trudne lub wręcz niemożliwe w rodzinach dzieci ze specjalnymi potrzebami zdrowotnymi, rozwojowymi i edukacyjnymi, które wymagają specjalistycznego wsparcia (Aishworiya, Kang, 2021). Wiele z tych dzieci i nastolatków w trakcie trwania pandemii zostało pozbawionych wsparcia specjalistów (psychoterapeutów, psychologów, logopedów, terapeutów) ze względu na to, że praca niektórych placówek czy punktów terapeutycznych została zawieszona. Nie wszystkie z nich oferowały kontynuację terapii online, nie wszyscy też mieli możliwość podjęcia się pracy w tej formie. Ta sytuacja mogła być szczególnie trudna dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwojowymi (np. całościowymi zaburzeniami rozwoju) oraz osób znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej. Ograniczony dostęp do niezbędnego leczenia i terapii mógł u części dzieci i nastolatków spowodować pogorszenie i regres w funkcjonowaniu (Aishworiya, Kang, 2021; Prime i in., 2020).

Zagrożenia dla funkcjonowania emocjonalnego dzieci i rodzin związane z restrykcjami w placówkach opiekuńczych, terapeutycznych i medycznych

W wielu placówkach opiekuńczych i terapeutycznych w Polsce ograniczone także zostały możliwości adaptacji dzieci do nowej sytuacji i osób w obecności rodzica (adaptacji do żłobka, przedszkola, nawiązania więzi z opiekunem i dziećmi w żłobku/przedszkolu, terapeutą, logopedą) ze względu na restrykcje związane z ograniczeniem pobytu rodziców na terenie tych placówek. Część rodziców mogła z tego powodu zrezygnować z rozpoczęcia edukacji przedszkolnej dziecka czy uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych, a dla niektórych dzieci i rodziców z kolei proces adaptacji do placówek opiekuńczych czy budowania bezpiecznej relacji z terapeutą mógł być niezwykle trudny. Rzecznik praw dziecka Mikołaj Pawlak (2021) wystąpił do dyrektorów żłobków i przedszkoli z apelem o umożliwienie przebywania rodzica w placówce w przypadku odbywania przez dziecko okresu adaptacyjnego, zwracając uwagę na zagrożenia dla zdrowia psychicznego małych dzieci.

Ponadto w wielu placówkach medycznych w Polsce (w szczególności na oddziałach szpitalnych) możliwy był pobyt tylko jednego rodzica wraz z dzieckiem, a uniemożliwione zostały odwiedziny drugiego rodzica czy innych bliskich osób (Styczyński i in., 2020) w celu ograniczenia ryzyka zakażenia COVID-19. W tej sytuacji to jeden opiekun (najczęściej matka) doświadczał wyzwań i trudności związanych z opieką i wspieraniem dziecka w tej niezwykle trudnej sytuacji. Jednocześnie sam był pozbawiony różnych form wsparcia ze strony najbliższych poprzez konieczność pozostania w szpitalu bez możliwości jego opuszczenia, co mogło potęgować odczuwany stres i wtórnie niekorzystnie oddziaływać na stan emocjonalny zarówno opiekuna, jak i dziecka. W szczególnej sytuacji znaleźli się rodzice noworodków wymagających leczenia w warunkach oddziałów neonatologicznych i intensywnej terapii, m.in. rodzice dzieci urodzonych przedwcześnie. W czasie pierwszego *lockdownu*, na wiosnę 2020 roku, tego typu oddziały całkowicie wstrzymały możliwość odwiedzin noworodka przez rodziców. W kolejnych miesiącach odwiedziny przywrócono, jednak ze znacznymi ograniczeniami dotyczącymi liczby osób odwiedzających dziecko (tylko jeden rodzic), godzin, w jakich rodzic może przebywać przy dziecku itp. Mogło to być dodatkowym źródłem stresu dla matek i ojców najmłodszych dzieci, a ponadto stanowić dodatkowy czynnik ryzyka dla ich relacji i tak już obciążonej lękiem o życie, zdrowie i dalszy rozwój niemowlęcia.

Wyzwania i zagrożenia dla rodziców w trakcie pandemii

Rodzice mierzyli się także z wieloma dylematami i trudnymi wyborami, np. w jakim stopniu ograniczać kontakty społeczne dzieci ze względu na obawy przed zakażeniem członków rodziny? Takie dylematy mogły być szczególnie trudne w rodzinach, w których jeden z domowników znajdował się w grupie ryzyka ciężkiego przebiegu i śmierci w wyniku zakażenia SARS-CoV-2. Rodzice pracując zdalnie lub hybrydowo z jednej strony mogli spędzać więcej czasu w domu, z rodziną, a jednocześnie doświadczali braku jasnych granic między pracą i domem (Chung, Lanier, Wong, 2020; Cluver i in., 2020; Coyne i in., 2020; De Young i in., 2021; Di Giorgio, Di Riso, Mioni, Cellini, 2020; Prime i in., 2020). Często zastępowali lub uzupełniali nauczycieli szkoły czy przedszkola, wspomagając dzieci w procesie edukacji, co mogło być źródłem dodatkowego obciążenia dla nich i niekorzystnie wpływać na jakość ich relacji z dzieckiem. Mierzyli się z wyzwaniem łączenia bardzo wielu obowiązków (pracy, obowiązków domowych, opieki nad dziećmi, wspierania dzieci w nauce). Obecność rodzica pracującego zdalnie lub hybrydowo oznaczała dla niektórych dzieci jedynie fizyczną obecność opiekuna w domu. Mimo obecności rodzica w domu, często nie był on emocjonalnie dostępny dla dziecka, to znaczy, że nie mógł w pełni odpowiadać na potrzeby dziecka, ponieważ realizował zadania związane ze swoją pracą. Mniejsza dostępność emocjonalna mogła być też związana z doświadczaniem objawów depresji i lęku, przeżywaniem stresu i niepokoju dotyczącego różnych aspektów życia w trakcie pandemii przez rodzica. W efekcie dzieci mogły odczuwać frustrację wynikającą z tego, że choć opiekun jest blisko w sensie fizycznym, to i tak jest dla nich niedostępny.

Przemoc i konflikty rodzinne w trakcie pandemii COVID-19

Z badania przeprowadzonego przez Chung i in. (2020) wiosną 2020 roku w Singapurze wynikało, że w grupie rodziców dzieci w wieku do 12. roku życia wyższy poziom doświadczanego wpływu pandemii COVID-19 na życie rodzinne związany był z wyższym stresem rodzicielskim, który z kolei wiązał się z bardziej surowym, negatywnym rodzicielstwem oraz niższym poziomem bliskości w relacji dziecko-rodzic. Przeżywany stres związany z pandemią oraz przebywanie przez długi okres czasu razem w domu wszystkich członków systemu rodzinnego mogły być katalizatorami kryzysów rodzinnych, powo-

dować eskalację konfliktów, a w niektórych przypadkach mogło dochodzić do aktów przemocy domowej (Bradbury-Jones, Isham, 2020; De Young i in., 2021; Prime i in., 2020). Restrykcje związane z pandemią COVID-19 dawały sprawcom przemocy większą swobodę krzywdzenia bliskich bez kontroli i ponoszenia konsekwencji, a ofiarom utrudniały uzyskanie pomocy, uniknięcie i zmniejszenie kontaktu ze sprawcą (Bradbury-Jones, Isham, 2020). Od początku trwania pierwszego *lockdownu* w Polsce zaobserwowano wzrost liczby rozmów dotyczących zdrowia psychicznego oraz znaczący wzrost interwencji w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia dziecka w ramach telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży, prowadzonego przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (FDDS; Dąbrowska, 2021). Ponadto z badań przeprowadzonych przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (Szredzińska, Włodarczyk, 2021) wynika, że 10,8% nastolatków raportowało doświadczenie przemocy ze strony bliskich osób z rodziny w okresie między marcem a czerwcem 2020 roku. Przemocy psychicznej doświadczyło 9,2% uczestników badania, a przemocy fizycznej 3,2%, badanych, zaś świadkiem przemocy w domu było 5,4% nastolatków. Zdecydowana większość nastolatków (87,4%) miała w swoim otoczeniu przynajmniej jedną osobę, ze strony której mogła liczyć na wsparcie w trudnej sytuacji. Jednak, aż 9% nastolatków wskazało, że nie ma w ogóle w swoim otoczeniu takiej osoby. Nastolatki najczęściej jako osobę wspierającą wskazywali matkę (67,2%), w drugiej kolejności kolegę lub koleżankę (42,8%), na trzecim miejscu był wymieniany ojciec (40%), a następnie brat, siostra lub inne dziecko z rodziny (29,8%). Doświadczenie krzywdzenia istotnie wiązało się z brakiem osoby wspierającej w otoczeniu. Wykazano także, że istotnym czynnikiem mającym związek z ryzykiem wystąpienia krzywdzenia dzieci, jest mieszkanie z osobą, która nadużywa środków psychoaktywnych lub z osobą cierpiącą na chorobę psychiczną. Badacze i klinicyści zwracają uwagę na to, że pandemia COVID-19 może mieć nieproporcjonalnie silne negatywne skutki dla dzieci i rodzin doświadczających przed pandemią takich trudności i czynników ryzyka dla adaptacji, jak: niski status ekonomiczny, skłonność do zaburzeń psychicznych lub uzależnień członków rodziny (Asbury, Fox, Deniz, Code, Toseeb, 2021; De Young i in., 2021; Gruber i in., 2020). Te czynniki ryzyka mogą sprzyjać wystąpieniu kolejnych doświadczeń w trakcie pandemii, mających negatywne skutki dla rozwoju dziecka i funkcjonowania całej rodziny, takich jak np. przemoc w rodzinie i poważne konflikty rodzinne.

Pozytywne aspekty pandemii COVID-19 dla funkcjonowania rodzin z dziećmi

Pomimo możliwych negatywnych konsekwencji pandemii COVID-19 dla relacji rodzinnych, badacze i klinicyści zwracają uwagę na to, że zmiany i restrykcje związane z pandemią, prowadzące do spędzania większej ilości czasu wspólnie w domu przez rodziców i dzieci, mogły być dla części rodzin również związane z pewnymi pozytywnymi doświadczeniami w relacjach rodzinnych (Bruining, Bartels, Polderman, Popma, 2020; Gambin, Woźniak-Prus i in., 2020; Penner, Ortiz, Sharp, 2021; Pyżalski, 2020a, 2020b, 2021; Szredzińska, Włodarczyk, 2021; Twenge, Coyne, Carroll, Wilcox, 2020; Wagner, Cierpka, 2022). Przede wszystkim wiele rodzin miało niepowtarzalną okazję do wspólnego spędzenia dużej ilości czasu razem. Dało im to możliwość częstszych wspólnych aktywności, m.in. wspólnych zabaw, wspólnego gotowania, wspólnego spożywania posiłków, majsterkowania, a także różnych interakcji opiekun – dziecko, takich jak m.in.: żarty, przytulanie, rozmowy o emocjach dziecka i rodzica, które przyczyniają się do emocjonalnej bliskości i ciepłych relacji z rodzicami (Öner, 2010; Slade, Grienberger, Bernbach, Levy, Locker, 2005). Co ważne, dotyczyło to zarówno dzieci młodszych, jak i nastolatków, które spędzały czas z rodzicami i rodzeństwem na wspólnych posiłkach, rozmowach czy rozrywkach (Twenge i in., 2020). Ponieważ większość zajęć pozalekcyjnych została odwołana podczas pandemii, wiele dzieci miało więcej czasu na swobodną zabawę, która przyczynia się do dobrego samopoczucia poznawczego, fizycznego, społecznego i emocjonalnego, a także do bliskości w relacjach rodzic–dziecko (Ginsburg, 2007; Tamis-LeMonda, Shannon, Cabrera, Lamb, 2004). W trakcie pandemii niektóre dzieci i młodzież miały więcej przestrzeni i czasu na relaks, wypoczynek i dłuższy sen. Podczas pandemii COVID-19 wielu ojców było bardziej zaangażowanych w opiekę nad dziećmi (Alon, Doepke, Olmstead-Rumsey, Tertilt, 2020): zaczęło pracować zdalnie z domu lub ich praca została zawieszona na czas wzmoczonych restrykcji, co spowodowało wydłużenie czasu spędzanego z dziećmi. Dodatkowo niektóre dzieci i nastolatki doświadczyli mniejszej presji edukacyjnej, zmniejszenia liczby stresorów związanych ze szkołą i relacjami z rówieśnikami (Bruining i in., 2020; Penner i in., 2021; Twenge i in., 2020).

Badanie Idoiagi i in. (2021) wykazało, że hiszpańskie dzieci w trakcie *lockdownu* odczuwały sprzeczne i konfliktowe emocje: z jednej strony czuły się przestraszone, zdenerwowane, samotne, smutne, znudzone i zezłoszczone, ale też równocześnie w czasie zamknięcia w domu z rodzicami doświadczały poczucia bezpieczeństwa, spokoju i szczęścia. Niejednoznaczność wpływu

pandemii na relacje rodzinne uczniów podkreśla również Pyżalski (2020a, 2020b, 2021). W badaniu *Zdalne nauczanie a adaptacja do warunków społecznych podczas epidemii koronawirusa*, w którym brali udział uczniowie klas 6–8 szkoły podstawowej oraz klas szkół ponadpodstawowych, jak również ich rodzice i nauczyciele, występował znacząco większy odsetek uczniów i rodziców, którzy intensywniej angażowali się we wspólne aktywności z rodziną w trakcie pandemii niż przed pandemią, w porównaniu z osobami, które w trakcie pandemii robiły to rzadziej. Zarazem wyższy okazał się odsetek uczniów, którzy częściej kłócili się z członkami rodziny w trakcie pandemii. Większość uczniów nie zauważyła zmian w relacjach z rodzicami i opiekunami w czasie pandemii (ok. 68%), natomiast zbliżony odsetek uczniów zauważył pogorszenie i polepszenie tych relacji (odpowiednio około 13% i 12%). Pewną niejednoznaczność można również zaobserwować w badaniach amerykańskich z udziałem nastolatków. Wynika z nich, że w czasie pandemii znacząco więcej czasu młodzież poświęcała na korzystanie z różnego rodzaju mediów, ale z drugiej strony więcej czasu adolescenti spędzali z najbliższymi, między innymi grając wspólnie w gry komputerowe czy oglądając filmy (Twenge i in., 2020).

Badania grupy badawczej Psychologiczne Aspekty Pandemii dotyczące relacji w rodzinach z dziećmi i funkcjonowania emocjonalnego dzieci, młodzieży i rodziców w trakcie pandemii

Celem badań prowadzonych w ramach grupy badawczej Psychologiczne Aspekty Pandemii było m.in. lepsze zrozumienie, w jaki sposób pandemia COVID-19 zmieniła relacje w rodzinach z dziećmi, jak również jakie znaczenie miały te relacje dla adaptacji i zdrowia psychicznego dzieci, nastolatków i rodziców. Poniżej przedstawiamy wyniki czterech odrębnych projektów badawczych dotyczących emocjonalnego funkcjonowania rodziców, dzieci i nastolatków oraz zmian w relacjach rodzinnych w czasie trwania pandemii COVID-19.

Uwarunkowanie objawów depresji i lęku uogólnionego w trakcie roku trwania pandemii: badania zespołu Małgorzaty Gambin

Badanie przeprowadzone przez zespół dr hab. Małgorzaty Gambin (Gambin, Oleksy i in., 2021; Gambin, Sękowski i in., 2020; Gambin, Sękowski, Woźniak-

-Prus, Pisula i in., 2021; Gambin, Sękowski, Woźniak-Prus, Wnuk i in., 2021) miało na celu zbadanie nasilenia oraz uwarunkowań objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie pandemii COVID-19. Między innymi analizowane w nim były związki trudnych relacji z domownikami (doświadczenie konfliktów, braku prywatności) i posiadania dzieci z funkcjonowaniem emocjonalnym uczestników badania. Pięciokrotnie (w maju, czerwcu, lipcu i grudniu 2020 r. oraz w kwietniu 2021 r.) przebadano za pośrednictwem panelu internetowego ogólnopolską próbę osób dorosłych mieszkających w Polsce. W trakcie wiosennego *lockdownu* (początek maja 2020 r.) najwyższy poziom objawów depresji i lęku uogólnionego przejawiały osoby w wieku 18–24 lata, podczas gdy w grudniu 2020 r. i kwietniu 2021 r. najwyższy poziom objawów depresji deklarowały osoby w wieku 35–44 lata. We wszystkich czterech falach badania osoby w wieku poniżej 45 lat charakteryzowały się wyższym nasileniem objawów depresji i lęku uogólnionego niż osoby powyżej 45. roku życia. Ponadto rodzice dzieci w wieku do 18 lat mieli większe nasilenie objawów depresji w grudniu 2020 r. i kwietniu 2021 r. niż osoby, które nie posiadały dzieci w tym wieku. Większość osób biorących udział w badaniu deklarowało niskie nasilenie objawów lęku uogólnionego i depresji (60%) w trakcie wszystkich pięciu fal badania. Jednak znaczna część osób badanych przejawiała chroniczne nasilenie objawów lęku oraz depresji (23%) w trakcie roku trwania pandemii. Niewielki procent osób badanych doświadczył pogorszenia lub zmniejszenia nasilenia objawów w trakcie trwania pandemii. Predyktorem znalezienia się w grupie charakteryzującej się chronicznie podwyższonym nasileniem objawów był młodszy wiek osób badanych, gorzej oceniana sytuacja finansowa, trudności w regulacji emocji oraz wyższy poziom osobistej przykrości, wyższe odczuwane zagrożenie związane z chorobą COVID-19, jak również stan zdrowia zwiększający ryzyko jej ciężkiego przebiegu. Objawy depresji i lęku uogólnionego we wszystkich falach wiązały się najsilniej z trudnościami doświadczanymi w domu (trudnymi relacjami z bliskimi, poczuciem braku prywatności, zmęczeniem nadmiarem obowiązków) oraz niepokojem i niepewnością związanymi z rozprzestrzenianiem się epidemii. Tak więc czas wzmoczonych restrykcji wydawał się szczególnie wymagający dla rodzin doświadczających trudnych, konfliktowych relacji, które mogły nasilać objawy depresji i lęku. Z drugiej strony, chronicznie doświadczane objawy dystresu emocjonalnego mogły prowadzić do jeszcze większego pogorszenia relacji rodzinnych. W świetle wcześniejszych badań wskazujących na to, że objawy depresji u rodzica utrzymujące się w dłuższym

okresie czasu mają negatywne skutki dla funkcjonowania emocjonalnego dzieci i całej rodziny (m.in. Gotlib, Colich, 2014; Kane, Garber, 2004; Kopala-Sibley, Jelinek, Kessel, Frost, Klein, 2016), szczególną uwagę powinno się poświęcić rodzicom doświadczającym chronicznego (utrzymującego się przez długi okres czasu) nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego w trakcie pandemii. Rodzice doświadczający chronicznie objawów depresji mogą mieć trudności we wspieraniu dzieci w regulacji emocji, zaspakajaniu ich potrzeb emocjonalnych i rozwojowych.

Rodzice i dzieci wobec pandemii: badania zespołu Grażyny Kmity

Celem projektu było przyjrzenie się emocjonalnemu funkcjonowaniu rodziców i dzieci oraz zmianom w relacjach rodzinnych w czasie trwania pandemii COVID-19 (Gambin, Woźniak-Prus i in., 2020). Badanie było prowadzone w ramach panelu internetowego Ariadna i miało charakter prospektywny. Rodzice wychowujący dzieci w wieku od okresu niemowlęcego do 18 lat czterokrotnie wypełnili internetowy zestaw kwestionariuszy: na początku maja, a następnie w czerwcu, lipcu i grudniu 2020 roku. W pierwszym pomiarze uczestniczyli rodzice 459 dzieci (228 matek i 231 ojców). Badanie powtórzono w kwietniu 2021 roku. Jak wynika z przeprowadzonych analiz, aż 70% rodziców deklarowało, że wiosenny *lockdown* w 2020 roku miał również pozytywne strony dla relacji rodzic–dziecko, takie jak: możliwość spędzania z dzieckiem większej ilości czasu, wspólne rozmowy, zabawy, gry, różnego typu zajęcia domowe, poczucie większej bliskości, wsparcia, porozumienia. Co więcej, okazało się, że najważniejszymi predyktorami pozytywnych doświadczeń w relacji dziecko–rodzic w czasie pandemii były m.in. poczucie posiadania wsparcia społecznego oraz poczucie własnej skuteczności rodzicielskiej. Dodatkowo predyktorami pozytywnych doświadczeń w relacji ojciec–dziecko był wyższy poziom empatii (zwiększone afektywne komponenty empatii). W relacji matka–dziecko predyktorem pozytywnych doświadczeń był z kolei poznawczy wymiar empatii, czyli zdolność do przyjmowania przez matkę perspektywy innej osoby.

Ojcowie doświadczali najwyższego poziomu lęku w maju i grudniu, a najniższego w lipcu 2020 roku. Natomiast matki doświadczały wyższego nasilenia objawów depresji i lęku niż ojcowie we wszystkich falach badania. Rodzice obserwowali u swoich dzieci wyższe nasilenie objawów zaniepokojenia,

lęku i napięcia w maju i czerwcu w porównaniu z lipcem oraz grudniem 2020 roku, a następnie ponownie w kwietniu 2021 roku, czyli w czasie tzw. „trzeciej fali” koronawirusa. Ponadto z naszych analiz wynika, że pomiędzy majem a grudniem 2020 roku, w miarę przedłużania się stanu niepewności, zmęczenia, obciążenia obowiązkami, rodzice/partnerzy dostrzegali pewien spadek pozytywnych interakcji (np. okazywania sobie wzajemnie zrozumienia, rozmawiania o zainteresowaniach i miłych sprawach, słuchania siebie nawzajem) i doświadczali niższego poziomu wsparcia ze strony partnera lub partnerki. Nie wykazano różnic w częstości negatywnych interakcji w relacji z partnerem/partnerką.

Wyniki tych badań również wskazują na to, że pandemia COVID-19 mogła mieć niejednoznaczny wpływ na relacje rodzinne. Z jednej strony, członkowie rodziny mogli doświadczyc większej liczby pozytywnych doświadczeń w relacji rodzic–dziecko, z drugiej strony, wraz z przedłużaniem się pandemii oraz związanego z nią przeciążenia obowiązkami i stresem mogli mieć mniej przestrzeni i czasu na bycie razem i pozytywne interakcje w relacji z partnerem. Dodatkowo wskazane zostały ważne czynniki ochronne (poczucie własnej skuteczności oraz wsparcie społeczne, poziom empatii afektywnej i poznawczej), na które można oddziaływać w trakcie interwencji psychologicznych.

Pandemia COVID-19 a zdrowie psychiczne i samopoczucie małych dzieci (1–6 lat) oraz ich rodzin: badanie kierowane przez Joanną Boruszak-Kizukiewicz

Celem badania jest analiza skutków pandemii COVID-19 dla zdrowia psychicznego małych dzieci w perspektywie długofalowej (12 miesięcy; De Young, i in., 2021). Badanie jest realizowane w ramach współpracy międzynarodowej z Queensland Centre for Perinatal and Infant Mental Health w Australii (kierownik projektu: dr Alexandra De Young). Poza Australią i Polską w badaniu biorą udział zespoły z USA, Holandii, Hiszpanii, Szkocji, Grecji, Cypru i Turcji. W pierwszej fali badania przeprowadzonej na jesieni 2020 r. wzięło udział 1112 matek dzieci w wieku do 6. roku życia, które wypełniły ankietę online na platformie Qualtrics. W trakcie pandemii COVID-19 połowa lub ponad połowa matek nie dostrzegła większej zmiany w zachowaniu swoich dzieci lub obserwowała poprawę w funkcjonowaniu dziecka. Jednak około 10–15% kobiet obserwowało u swoich dzieci większe nasilenie problemów emocjonalnych, w tym przede wszystkim trudności związanych z rozstaniem

z opiekunem i separacją, ale też trudności w uspokojeniu. Większość matek zaobserwowała pozytywne zmiany związane z pandemią, takie jak: wzrost poczucia bliskości między członkami rodziny; więcej dobrze spędzonego czasu z rodziną; większą wdzięczność i docenienie tego, co mają; zdanie sobie sprawy, że ich rodzina może sobie poradzić w trudnych czasach. W przypadku poszczególnych pozytywnych zmian niewielka część matek (poniżej 10%) doświadczyła ich w bardzo znacznym stopniu, około 20% w znacznym stopniu, około 20% w umiarkowanym stopniu, natomiast około 30% w pewnym stopniu, a 15–20% w ogóle takiej zmiany nie doświadczyło.

Pomimo że u większości dzieci matki nie obserwowano pogorszenia w funkcjonowaniu emocjonalnym i relacyjnym w trakcie pandemii, niepokojące jest, że aż 10–15% matek obserwowało wzrost nasilenia tych problemów. W związku z tym, że wczesne dzieciństwo to okres krytyczny dla rozwoju mózgu, kształtowania się zdrowia fizycznego i psychicznego oraz rozwoju ufnej więzi w relacji rodzic–dziecko, bardzo ważne jest poświęcenie dużej ilości wsparcia rodzinom z małymi dziećmi w trakcie pandemii, jak również kontynuowanie badań podłużnych dotyczących rozwoju i funkcjonowania małych dzieci w trakcie i po pandemii.

Młodzież w wieku 16–18 lat wobec pandemii COVID-19: badanie kierowane przez Małgorzatę Woźniak-Prus

Celem projektu było zbadanie nasilenia objawów lęku uogólnionego i depresji oraz trudności doświadczanych przez młodzież w okresie późnej adolescencji (16–18 lat) w czasie trwania pandemii. Badanie zostało przeprowadzone trzykrotnie w sierpniu, we wrześniu i w listopadzie 2020 roku za pomocą panelu internetowego. Terminy kolejnych pomiarów były wybrane ze względu na sytuację epidemiologiczną, jak i cykl roku szkolnego. Pierwszy pomiar miał miejsce w wakacje i wzięło w nim udział 360 nastolatków. W drugiej fali badania przypadającej na okres po rozpoczęciu nauki stacjonarnej w szkołach we wrześniu uczestniczyło 281 osób. W ostatnim pomiarze dokonanym w okresie trwającej około miesiąca nauki zdalnej w listopadzie wzięło udział 228 adolescentów. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego było u badanych nastolatków najniższe w sierpniu, w trakcie wakacji, kiedy mieli przerwę w nauce szkolnej. W tym okresie, w związku z niską dzienną liczbą zakażeń SARS-CoV-2, większość restrykcji mających na celu

ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa została zniesiona. Można zatem przypuszczać, że wielu adolescentów mogło wtedy w większym stopniu niż we wcześniejszych miesiącach zaspokajać swoje potrzeby m.in.: kontaktu z rówieśnikami, wyjazdów, brania udziału w aktywnościach rozrywkowych. Mieli czas i przestrzeń na wypoczynek, realizację swoich zainteresowań, swobodę bez nieustannej bliskości członków rodziny.

Wraz z rozpoczęciem roku szkolnego poziom lęku i niepokoju u nastolatków się podwyższył. Wielu adolescentów podkreślało, że najważniejszą pozytywną stroną powrotu do szkoły jest możliwość kontaktu z kolegami i koleżankami, jednak równocześnie niektórzy z nich zwracali uwagę na trudności związane z powrotem do szkolnego rytmu dnia, niedogodnościami związanymi z restrykcjami w szkole oraz dojazdami do szkoły. Zarówno objawy lęku, jak i depresji były najsilniej związane we wrześniu z trudnymi relacjami z nauczycielami w szkole. Dodatkowo objawy lęku wiązały się ze zwiększoną liczbą codziennych obowiązków.

Pod koniec listopada, w trakcie trwania nauki zdalnej poziom depresji i lęku u nastolatków podwyższył się i osiągnął najwyższy poziom spośród wszystkich trzech fal badania. Nastolatki zwracali uwagę na trudności związane z nauką zdalną, takie jak trudności techniczne oraz ograniczony kontakt z rówieśnikami. Jednak dostrzegali także pozytywne strony tej formy nauki, wśród których wymienili: większą ilość czasu wolnego, swobody, możliwość spędzania większej ilości czasu w domu oraz dłuższą ilość snu. Najsilniejszym predyktorem objawów depresji i lęku uogólnionego w listopadzie były trudne relacje w domu. Można zatem sądzić, że czas podwyższonej restrykcji i nauki zdalnej był szczególnie trudny dla nastolatków doświadczających problemów w relacjach rodzinnych, a mógł być łatwiejszy dla tych, których relacje z bliskimi w domu były pozytywne i wspierające. Natomiast w trakcie powrotu do szkoły grupa nastolatków doświadczająca trudnych relacji z nauczycielem była najbardziej narażona na wzrost niepokoju i obniżonego samopoczucia.

Ograniczenia badań

Prezentowane badania miały pewne ograniczenia, które należy uwzględnić, odnosząc się do otrzymanych wyników. Po pierwsze, były one przeprowadzone za pomocą paneli internetowych lub platformy Qualtrics. Z jednej strony, taka forma badania w ogóle umożliwiła ich przeprowadzenie. Z drugiej strony, mo-

gła spowodować, że badana grupa miała specyficzną charakterystykę, można bowiem przypuszczać, że osoby udzielające odpowiedzi miały łatwy dostęp do komputera i Internetu oraz nie miały problemów z posługiwaniem się tego rodzaju mediami. Uczestnicy badania dysponowali też czasem, co może być szczególnie ważne w odniesieniu do rodziców, którzy mogli poświęcić go na przeczytanie pytań i udzielenie odpowiedzi. Można przypuszczać, że wielu rodziców przeciążonych sytuacją wynikającą z pandemii nie była w stanie wziąć udziału w badaniu. Warto zatem w kolejnych badaniach starać się dotrzeć do możliwie najbardziej zróżnicowanej pod tym względem grupy badawczej. Ponadto w przypadku badania rodziców można mieć wątpliwości, czy opracowana ankieta w pełni uwzględniała specyfikę funkcjonowania i rozwoju dzieci w tak szerokim przedziale wieku. W przyszłych badaniach warto byłoby przygotować odrębne wersje ankiety dla rodziców dzieci z różnych grup wiekowych, a także dzieci rozwijających się typowo vs. z różnymi szczególnymi potrzebami rozwojowymi i zdrowotnymi. Dokonywane pomiary miały głównie charakter samoopisowy. Zebrane dane odzwierciedlają zatem subiektywne doświadczenia i odczucia respondentów, co oczywiście przy niektórych zmiennych jest nieuniknione. W przypadku takich zmiennych, jak np. nasilenie objawów depresji czy lęku, dobrze byłoby w kolejnych badaniach uwzględnić także inne źródła informacji. Trudno jest też ocenić, w jakim stopniu na udzielone odpowiedzi wpłynął nastrój w czasie badania, czy aktualne doświadczenia, które były udziałem uczestników. W okresie adolescencji obserwuje się dużą labilność emocjonalną (Oleszkowicz, Senejko, 2011), co mogło bezpośrednio wpłynąć na udzielane przez tą grupę respondentów odpowiedzi.

PODSUMOWANIE

Na podstawie naszych wyników badań można przypuszczać, że relacje z najbliższymi mają duże znaczenie dla funkcjonowania emocjonalnego wszystkich członków rodziny: dorosłych, nastolatków oraz dzieci – szczególnie w czasie wzmożonych restrykcji, kiedy rodzina jest zmuszona więcej czasu spędzać wspólnie w domu. Czas pandemii jest szczególnie trudny dla dzieci, nastolatków i osób dorosłych doświadczających konfliktowych, trudnych relacji. Mają oni ograniczone możliwości na spędzanie czasu poza domem oraz utrudniony dostęp do wsparcia społecznego spoza rodziny. Wydaje się, że w tych rodzinach pandemia COVID-19 może prowadzić do eskalacji i nasilania się problemów

relacyjnych, emocjonalnych i rozwojowych dzieci i nastolatków. Z drugiej strony, w niektórych rodzinach pandemia COVID-19 mogła prowadzić do pozytywnych odczuć i zmian: doświadczenia większej bliskości, większej ilości czasu spędzanego razem z członkami rodziny, mniejszej presji edukacyjnej i społecznej, zwolnienia tempa życia. Pandemia COVID-19 mogła być okazją do odkrycia własnych zasobów, nowych sposobów radzenia sobie, nowych sposobów spędzania czasu wolnego, mogła dawać poczucie siły w radzeniu sobie z kryzysami. Można przypuszczać, że w wielu rodzinach pozytywne i negatywne doświadczenia mogły ze sobą współwystępować i przeplatać się ze sobą wzajemnie, a obraz relacji rodzinnych i funkcjonowania rodziny w tych trudnych czasach wydaje się niezwykle złożony i niejednoznaczny. Konieczna jest kontynuacja badań w szczególności podłużnych nad konsekwencjami pandemii COVID-19 dla funkcjonowania dzieci, młodzieży i rodzin.

BIBLIOGRAFIA

- Aishworiya, R., Kang, Y. Q. (2021). Including children with developmental disabilities in the equation during this COVID-19 pandemic. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 2155–2158. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04670-6>
- Alon, T. M., Doepke, M., Olmstead-Rumsey, J., Tertilt, M. (2020). The impact of COVID-19 on gender equality. *National Bureau of Economic Research. Working Papers*, 26947. <https://doi.org/10.3386/w26947>
- Asbury, K., Fox, L., Deniz, E., Code, A., Toseeb, U. (2021). How is COVID-19 affecting the mental health of children with special educational needs and disabilities and their families? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51(5), 1772–1780. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04577-2>
- Bignardi, G., Dalmaijer, E. S., Anwyll-Irvine, A. L., Smith, T. A., Siugzdaite, R., Uh, S., Astle, D. E. (2021). Longitudinal increases in childhood depression symptoms during the COVID-19 lockdown. *Archives of Disease in Childhood*, 106(8), 791–797. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2020-320372>
- Bradbury-Jones, C., Isham, L. (2020). The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2047–2049. <https://doi.org/10.1111/jocn.15296>
- Bruining, H., Bartels, M., Polderman, T. J., Popma, A. (2020). COVID-19 and child and adolescent psychiatry: An unexpected blessing for part of our population?

- European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 1139–1140. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01578-5>
- Cantiani, C., Dondena, C., Capelli, E., Riboldi, E. M., Molteni, M., Riva, V. (2021). Effects of COVID-19 lockdown on the emotional and behavioral profiles of preschool Italian children with and without familial risk for neurodevelopmental disorders. *Brain Sciences*, 11(4), 477. <https://doi.org/10.3390/brainsci11040477>
- Chung, G., Lanier, P., Wong, P. Y. J. (2020). Mediating effects of parental stress on harsh parenting and parent-child relationship during coronavirus (COVID-19) pandemic in Singapore. *Journal of Family Violence*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00200-1>
- Cluver, L., Lachman, J. M., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., ... Butchart, A. (2020). Parenting in a time of COVID-19. *The Lancet*, 395(10231), e64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30736-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30736-4)
- Coyne, L. W., Gould, E. R., Grimaldi, M., Wilson, K. G., Baffuto, G., Biglan, A. (2020). First things first: Parent psychological flexibility and self-compassion during COVID-19. *Behavior Analysis in Practice*, 14, 1092–1098. <https://doi.org/10.1007/s40617-020-00435-w>
- Dąbrowska, P. (2021). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w roku 2020 na podstawie rozmów w 116 111 – telefonie zaufania. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 20(2), 63–75.
- De Young, A. C., Vasileva, M., Boruszak-Kiziukiewicz, J., Demipence Seçinti, D., Christie, H., Egberts, M. R., COVID-19 Unmasked Global Collaboration. (2021). COVID-19 Unmasked Global Collaboration Protocol: Longitudinal cohort study examining mental health of young children and caregivers during the pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1940760. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1940760>
- Di Giorgio, E., Di Riso, D., Mioni, G., Cellini, N. (2020). The interplay between mothers' and children behavioral and psychological factors during COVID-19: An Italian study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(9), 1401–1412. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01631-3>
- Feinberg, M. E., A Mogle, J., Lee, J. K., Tornello, S. L., Hostetler, M. L., Cifelli, J. A., ... Hotez, E. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on parent, child, and family functioning. *Family Process*, 61(1), 361–374. <https://doi.org/10.1111/famp.12649>
- Gambin, M., Oleksy, T., Sękowski, M., Wnuk, A., Woźniak-Prus, M., Kmita, G., ... Bonanno, G. A. (2021). Pandemic trajectories of depressive and anxiety symptoms and their predictors: Five-wave study during the COVID-19 pandemic in Poland. *Psychological Medicine*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0033291721005420>

- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Cudo, A., Hansen, K., Gorgol, J., ... Maison, D. (2020). *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19—Raport z pierwszej fali badania podłużnego*. Uniwersytet Warszawski. Pobrane z: <http://psych.uw.edu.pl/2020/05/27/raport-z-i-fali-badaniapodluznego-uwarunkowania-objawow-depresji-i-leku-uogolnionego-u-doroslychpolakow-w-trakcie-epidemii-covid-19/>
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Pisula, E., Hansen, K., Kmita, G., ... Bargiel-Matusiewicz, K. (2021). *Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19. Raport z badań podłużnych*. Uniwersytet Warszawski. Pobrane z: http://psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/98/2021/01/Raport_objawy_depresji_leku_IV_fale.pdf
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Wnuk, A., Oleksy, T., Cudo, A., ... Maison, D. (2021). Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity. *Comprehensive Psychiatry*, 105, 152222. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152222>
- Gambin, M., Woźniak-Prus, M., Sekowski, M., Cudo, A., Pisula, E., Kiepusa, E., ... Kmita, G. (2020). *Factors related to positive experiences in parent-child relationship during the COVID-19 lockdown. The role of empathy, emotion regulation, parenting self-efficacy and social support*. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/yhtqa>
- Ginsburg, K. R. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*, 119(1), 182–191. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-2697>
- Glynn, L. M., Davis, E. P., Luby, J. L., Baram, T. Z., Sandman, C. A. (2021). A predictable home environment may protect child mental health during the COVID-19 pandemic. *Neurobiology of Stress*, 14, 100291. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2020.100291>
- Gotlib, I. H., Colich, N. L. (2014). Children of parents with depression. W: I. H. Gotlib, C. L. Hammen (red.), *Handbook of depression* (s. 240–258). Nowy Jork–Londyn: The Guilford Press.
- Gruber, J., Prinstein, M. J., Clark, L. A., Rottenberg, J., Abramowitz, J. S., Albano, A. M., ... Weinstock, L. M. (2020). Mental health and clinical psychological science in the time of COVID-19: Challenges, opportunities, and a call to action. *American Psychologist*, 76(3), 409–426. <https://doi.org/10.1037/amp0000707>
- Idoaga, N., Berasategi, N., Eiguren, A., Picaza, M. (2020). Exploring children's social and emotional representations of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11, 1952. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01952>

- Kane, P., Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 339–360. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.03.004>
- Khoury, J. E., Kaur, H., Gonzalez, A. (2021). Parental mental health and hostility are associated with longitudinal increases in child internalizing and externalizing problems during COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 12, 706168. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.706168>
- Kopala-Sibley, D. C., Jelinek, C., Kessel, E. M., Frost, A., Klein, D. N. (2016). Parental depressive history, parenting styles, and child psychopathology over six years: The contribution of each parent's depressive history to the other's parenting styles. *Developmental Psychology*, 29(4), 1469–1482. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000396>
- Magson, N. R., Freeman, J. Y., Rapee, R. M., Richardson, C. E., Oar, E. L., Fardouly, J. (2021). Risk and protective factors for prospective changes in adolescent mental health during the COVID-19 pandemic. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(1), 44–57. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01332-9>
- Oleszkowicz, A., Senejko, A. (2011). Dorastanie. W: J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* (s. 258–285). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Öner, S. (2010). Children as intentional agents – The contribution of sensitive caregiving on the way to the development of theory of mind. *Journal of European Psychology Students*, 2(1), 3. <http://doi.org/10.5334/jeps.al>
- Pawlak, M. (2021). *Apel Rzecznika Praw Dziecka do dyrektorów żłobków i przedszkoli*. Pobrane z: <https://brpd.gov.pl/2021/09/04/apel-rzecznika-praw-dziecka-do-dyrektorow-zlobkow-i-przedszkoli/>
- Penner, F., Ortiz, J. H., Sharp, C. (2021). Change in youth mental health during the COVID-19 pandemic in a majority Hispanic/Latinx US sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(4), 513–523. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.12.027>
- Prime, H., Wade, M., Browne, D. T. (2020). Risk and resilience in family well-being during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 75(5), 631–643. <https://doi.org/10.1037/amp0000660>
- Pyżalski, J. (2020a). Ważne relacje uczniów i nauczycieli w czasie edukacji zdalnej. W: G. Ptaszek, G. D. Stunża, J. Pyżalski, M. Dębski, M. Bigaj (red.), *Edukacja zdalna: co stało się z uczniami, ich rodzicami i nauczycielami?* (s. 112–123). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Pyżalski, J. (2020b). Zmiany w zakresie czasu poświęcanego wybranym aktywnościom w czasie pandemii. W: G. Ptaszek, G. D. Stunża, J. Pyżalski, M. Dębski, M. Bigaj (red.), *Edukacja zdalna: co stało się z uczniami ich rodzicami i nauczycielami?* (s. 124–133). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

- Pyżalski, J. (2021). Zdrowie psychiczne i dobrostan młodych ludzi w czasie pandemii COVID-19 – przegląd najistotniejszych problemów. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 20(2), 92–115.
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283–298. <https://doi.org/10.1080/14616730500245880>
- Styczyński, J., Balwierz, W., Wachowiak, J., Dembowska-Bagińska, B., Matysiak, M., Kazanowska, B., ... Szczepański, T. (2020). Zapobieganie i kontrola COVID-19 na pediatrycznych oddziałach hematologii i onkologii lub przeszczepiania komórek krwiotwórczych oraz w odpowiednich poradniach specjalistycznych: zalecenia Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej. *Przegląd Pediatryczny*, 49(2), 1–5.
- Szredzińska, R., Włodarczyk, J. (2021). Doświadczenia krzywdzenia oraz dobrostan psychiczny polskich nastolatków w pierwszym okresie pandemii. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 20(2), 38–62.
- Tamis-LeMonda, C. S., Shannon, J. D., Cabrera, N. J., Lamb, M. E. (2004). Fathers and mothers at play with their 2-and 3-year-olds: Contributions to language and cognitive development. *Child Development*, 75(6), 1806–1820. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00818.x>
- Twenge, J. M., Coyne, S. M., Carroll, J. S., Wilcox, W. B. (2020). *Teens in quarantine: Mental health, screen time, and family connection*. Pobrane z: <https://ifstudies.org/ifs-admin/resources/final-teenquarantine2020.pdf>
- Wagner, A., Cierpka, A. (2022). Powrót do rodzinnych domów w czasie pandemii COVID-19 w doświadczeniu polskich studentów. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 313–340). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial11>
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J., Zhang, J., Jiang, F. (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*, 395(10228), 945–947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
- Weaver, M. S., Wiener, L. (2020). Applying palliative care principles to communicate with children about COVID-19. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e8–e11. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.020>

ADRIANA WAGNER

ANNA CIERPKA  <https://orcid.org/0000-0003-2846-3413>

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

Powrót do rodzinnych domów w czasie pandemii COVID-19 w doświadczeniu polskich studentów

Return to family homes during the COVID-19 pandemic in the experience of Polish students

Autor korespondencyjny: Anna Cierpka
e-mail: anna.cierpka@psych.uw.edu.pl

Streszczenie

W wyniku pandemii wirusa SARS-CoV-2 wielu studentów powróciło do rodzinnych domów i ponownie zamieszkało ze swoimi rodzinami pochodzenia. Młodzi dorośli zostali zatrzymani w realizacji zadań rozwojowych poprzez istotne okoliczności zewnętrzne, trudne i nieprzewidywalne. Celem prezentowanego badania jest pogłębiona eksploracja, zrozumienie i szczegółowe opisanie, jakie znaczenia nadają temu doświadczeniu jego uczestnicy. Przeprowadzono częściowo ustrukturyzowane wywiady w grupie ośmiu studentów Uniwersytetu Warszawskiego. Wykorzystano metodę Interpretacyjnej Analizy Fenomenologicznej (*Interpretative Phenomenological Analysis*, IPA). Sprawdzano, jak uczestnicy badania rozumieją i doświadczają swoich powrotów do domów, jakie mają motywacje i stosunek do nich, co im pomaga/przeszkadza w radzeniu sobie z tym doświadczeniem oraz jak rozumieją jego znaczenie dla własnego funkcjonowania i relacji z bliskimi. Wyodrębniono szereg kategorii tematycznych, opisujących różnorodność znaczeń i doświadczeń powrotów do rodzinnych domów, cechy wspólne i indywidualne dla poszczególnych uczestników badania. Wnioski z analizy zebranego materiału posłużyć mogą jako wskazówki do pracy terapeutycznej z młodymi dorosłymi potrzebującymi pomocy w sytuacji pandemii.

Słowa kluczowe: studenci, powrót do rodzinnego domu, COVID-19, kryzys, IPA

Abstract

Due to the COVID-19 pandemic, many students returned to their family homes and resumed living with their families of origin. The unpredictable and challenging crucial external circumstances prevented the young adults from realizing their developmental tasks. The presented study aims to closely investigate, understand and describe the meanings ascribed by the participants to these experiences. The author conducted

semi-structured interviews among eight students from the University of Warsaw using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA method). The survey investigated the participants' understanding and experience returning home as well as their motivations and attitudes towards it; the interview also included the question about factors that facilitate and hinder coping with this experience and the participants' perception of its significance in terms of their existence and relationships. The study distinguished several thematic categories that describe the diversity of meanings and experience of returning home and the average and individual features for particular participants. The conclusions from the analysis may serve as guidelines for further therapeutic work with young adults in need of psychological help in a pandemic situation.

Keywords: students, return home, COVID-19, crisis, IPA

Dnia 10 marca 2020 roku, w związku z rozszerzaniem się epidemii COVID-19 w Polsce, władze Uniwersytetu Warszawskiego zdecydowały o zawieszeniu wszystkich zajęć stacjonarnych. Jeszcze tego samego dnia podobne działania podjęły kolejne uniwersytety, a 11 marca wydane zostało rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, które przesądziło o zawieszeniu zajęć na wszystkich uczelniach publicznych i niepublicznych w Polsce. Rozporządzenie początkowo obowiązywało do 14 kwietnia, jednak ostatecznie zajęcia odbywały się w trybie zdalnym do końca semestru letniego (Łukaszewska, 2020). Nowy rok akademicki większość uczelni w kraju rozpoczęła w formie hybrydowej, co oznacza, że część zajęć odbywała się w murach uczelni, a część – online. Od 26 października zajęcia na uczelniach odbywały się wyłącznie w formie zdalnej, dopuszczono jedynie kilka wyjątków. Od pierwszego zawieszenia zajęć stacjonarnych, tj. od marca 2020 r., dokonywało się dużo intensywnych zmian. Wprowadzano lub wycofywano kolejne obostrzenia i ograniczenia, zamknięte zostały akademiki, miejsca pracy i spotkań, wprowadzono nakaz nauki zdalnej. Z tego powodu wielu studentów postanowiło wrócić do swoich rodzinnych domów. To szczególne, niespotykane dotąd doświadczenie, zatrzymało realizację zadań rozwojowych i wkraczanie w dorosłość.

Pozycja grupy młodych dorosłych wydaje się być szczególnie trudna ze względu na fakt, iż kryzys pandemiczny nałożył się w ich przypadku z kryzysem rozwojowym (Erikson, 2004). Przymusowa izolacja społeczna ograniczyła ich możliwości eksploracji, a także poddała ponownie kontroli rodziców. Młodzi dorośli zostali zablokowani w separacji od rodziny pochodzenia, czyli w kluczowym kroku dla rozwijającej się dorosłości (Arnett, 2007). Kryzys ekonomiczny znacząco utrudnił im wejście na rynek pracy i budowanie niezależności finansowej, rozumianej nie tylko jako obiektywne kryterium dorosłości, ale także czynnik rozwoju tożsamości i dojrzałości psychicznej (Brzezińska, Kaczan, Piotrowski, Rękosiewicz, 2011). Wyniki badań prowadzonych w Polsce dowodzą, iż grupą najsilniej odczuwającą objawy depresji i lęku w pierwszych miesiącach pandemii byli młodzi dorośli (osoby w wieku od 18. do 24. roku życia), szczególnie ci, którzy przebywali na kwarantannie lub w izolacji, a także ankietowani, których sytuacja zawodowa pogorszyła się (Gambin i in., 2021).

W badaniach zrealizowanych wśród studentów Uniwersytetu Jagiellońskiego (Grodzicki i in., 2020) za główne źródła stresu w okresie pandemii uznano: sesję egzaminacyjną i jej zaliczenie; obawę o pracę i własną sytuację finansową; niepewność o własną pracę w przyszłości; niemożność zrealizowania w terminie praktyk studenckich; a także niepewność związaną z trybem realizacji zajęć i trudności w podjęciu decyzji, czy zostać w mieście studiowania, czy wrócić do rodzinnego domu. Wyróżniono również trzy fazy reakcji emocjonalnej na przebieg pandemii, tj.: marzec – ekscytacja, podniecenie, szok, poczucie jedności z innymi studentami, ale też entuzjazm wynikający z zawieszenia zajęć; kwiecień – spadek nastroju, poczucie znudzenia, uwięzienia w mieszkaniach, poczucie rozleniwienia, nastroje depresyjne; od początku maja do momentu publikacji badań (tj. do lutego 2021 r.) – podwyższenie nastroju wynikające z przyzwyczajenia do odbywania zajęć zdalnie, wychodzenia z domu (wraz ze złagodzonymi obostrzeniami), pomocy ludziom.

Zgodnie z raportem Niezależnego Zrzeszenia Studentów (Białas i in., 2020), co czwarty ankietowany student (26%), wybierając odpowiedzi *zdecydowanie* lub *raczej tak*, zadeklarował chęć skorzystania z bezpłatnego wsparcia psychologicznego. Badania zrealizowane przez UMCS Lublin (Góra i in., 2020) dowodzą, że większość badanych studentów cechuje się odpowiednią adaptacją w stosunku do sytuacji pandemii. Taki rezultat uzyskano przez wprowadzenie zachowań zorientowanych na cel, rekomendowanych przez międzynarodowe i krajowe organizacje zdrowotne. Odnotowano również istnienie grupy stu-

dentów szczególnie wrażliwej na negatywny wpływ pandemii – obserwuje się u nich częstsze występowanie negatywnych emocji i uporczywych negatywnych myśli połączonych z somatyzacją (Góra i in., 2020). W badaniach przeprowadzonych na terenie Wielkiej Brytanii (Savage i in., 2020) wykazano negatywny wpływ COVID-19 na zdrowie psychiczne wielu studentów oraz obniżenie ich aktywności fizycznej. W USA (Wang i in., 2020) odnotowano alarmującą liczbę zgłaszanych objawów depresji, stanów lękowych i myśli samobójczych wśród studentów. W badaniach prowadzonych na terenie Indonezji (Irawan, Dwisona, Lestari, 2020) zaobserwowano zmiany nastroju wśród studentów, fazy podobne jak w przypadku badań UJ (Grodzicki i in., 2020) i wyraźną potrzebę pomocy psychologicznej. W Grecji (Kamarianos, Adamopoulos, Lambropoulos, Stamelos, 2020) natomiast wykazano, iż studenci dobrze adaptują się do sytuacji pandemii i łatwo przestawili na zdalny tryb nauczania. Jedne z najbardziej pogłębionych badań przeprowadzono na terenie Chin (Peters i in., 2020), gdzie za pomocą autoetnograficznych tekstów szczegółowo opisujących doświadczenia studentów Beijing Normal University w czasie pandemii ukazano różne doświadczenia, reakcje i mechanizmy radzenia sobie z nauką zdalną – od pogardy po dumę z szybkiej reakcji i przeformułowania systemu nauczania.

Dostępne dotychczas wyniki badań wskazują zatem na ogromną różnorodność doświadczeń młodych dorosłych. Dostarczają dowodów przemawiających zarówno za dobrą adaptacją, jak i szczególnie złą kondycją psychiczną młodych dorosłych w okresie pandemii. Celem niniejszej pracy jest pogłębiona eksploracja, zrozumienie i szczegółowe opisanie, jakie znaczenia nadają temu doświadczeniu jego uczestnicy – polscy studenci Uniwersytetu Warszawskiego. Wnioski z analizy zebranego materiału posłużyć mogą jako wskazówki do pracy terapeutycznej z młodymi dorosłymi potrzebującymi pomocy w sytuacji pandemii.

METODA

Biorąc pod uwagę eksploracyjny charakter badania oraz postawiony cel, zdecydowano się na metodę Interpretacyjnej Analizy Fenomenologicznej (Smith, Flowers, Larkin, 2009; por. Pietkiewicz, Smith, 2012). Polega ona na ukazaniu sposobu, w jaki badani nadają sens zjawiskom, które są przedmiotem analizy, a następnie przedstawieniu ich interpretacji z perspektywy

badacza. Metoda opiera się na założeniu, że człowiek aktywnie angażuje się w interpretację zdarzeń, obiektów i ludzi, których spotyka w swoim życiu. Aby zbadać ten proces, IPA odwołuje się do podstawowych zasad fenomenologii, hermeneutyki i ideografii (por. Pietkiewicz, Smith, 2012). Metoda wymaga szczegółowej analizy wypowiedzi uczestników badania, w której badacz próbując zrozumieć, w jaki sposób rozmówca konstruuje rzeczywistość, stara się odkodować jej znaczenie.

Procedura badawcza

Materiał do analizy zebrano drogą wywiadu pogłębionego, częściowo ustrukturyzowanego. Ze względu na zachowanie zasad bezpieczeństwa w okresie pandemii wywiady zostały przeprowadzone online, za pomocą platformy Zoom. Przed rozpoczęciem każdego spotkania przedstawiono jego cel, poinformowano osoby badane o anonimowości i poufności danych, a także uzyskano zgodę na badanie i sporządzenie nagrania głosowego. Następnie przystępowano do właściwej części wywiadu. W pierwszej kolejności osoba badana proszona była o przedstawienie siebie („Czy mógłbyś/mogłabyś przedstawić mi się w paru zdaniach?”). Następnie zadawane było pytanie będące głównym bodźcem narracyjnym („Z powodu pandemii COVID-19 wielu studentów ponownie zamieszkało w swoich rodzinnych domach. To dość specyficzna sytuacja, czy możesz mi powiedzieć, jak to było u Ciebie?”). Odpowiedź na nie stanowiła podstawę do dalszych pytań rozwijających i pogłębiających opisywane treści. Koncentrowano się na tym, jak uczestnicy badania rozumieją i doświadczają swoje powroty do domów, jakie mają motywacje i stosunek do nich, co im pomaga/przeszkadza w radzeniu sobie z tym doświadczeniem oraz jak rozumieją jego znaczenie dla własnego funkcjonowania i relacji z bliskimi. Po przeprowadzonym wywiadzie uczestnicy proszeni byli o wypełnienie ankiety online, zawierającej pytania dotyczące podstawowych danych demograficznych, warunków życia w pandemii oraz sytuacji materialnej.

Osoby badane

Uczestnicy badania zostali pozyskani metodą „kuli śnieżnej” za pomocą Facebooka. Zgodnie z teoretycznymi założeniami IPA zastosowano dobór

celowy (Smith i in., 2009). Podstawowym kryterium był warunek, aby osoby przed pandemią mieszkały poza domem rodzinnym, przynajmniej przez 1 rok, a w wyniku pandemii powróciły i ponownie zamieszkały ze swoimi rodzinami. Zadbano o jak największą homogeniczność grupy. Wywiady zostały przeprowadzone z 8 studentami różnych kierunków Uniwersytetu Warszawskiego, w tym 4 kobietami i 4 mężczyznami, od 21. do 24. roku życia ($M = 22$; $SD = 1,09$). Wszyscy uczestnicy przed pandemią mieszkali w Warszawie, natomiast w czasie pandemii wrócili do swoich rodzinnych domów, 4 osoby na wieś, 2 do małego miasta i 2 do dużego. Połowa badanych to osoby niepracujące, 2 osoby zatrudnione były na umowę o pracę, a 2 na umowę zlecenie. Ich sytuacja zawodowa nie zmieniła się z powodu pandemii, jednak 3 osoby doświadczyły braku ciągłości wynagrodzenia w czasie *lockdownu*. Swoją sytuację materialną 6 osób oceniło jako przeciętną, 2 osoby powyżej przeciętnej. Połowa uczestników badania deklaruje pogorszenie sytuacji materialnej w wyniku pandemii. Żaden z badanych nie był objęty kwarantanną ani przymusową izolacją społeczną, pozostawali w domu z własnej woli. Wszyscy ocenili swoje warunki życia w czasie pandemii jako dobre lub bardzo dobre. Okres pozostania w domu był różny w przypadku każdego badanego. Opisując wyniki eksploracji, używamy kodu literowego A–H dla oznaczenia Rozmówców. Z cytowanych wypowiedzi usunięte zostały wszelkie informacje pozwalające na identyfikację uczestników badania.

Plan analizy materiału badawczego

Opracowanie wywiadów zostało przeprowadzone zgodnie z procedurą IPA (Pietkiewicz, Smith, 2012; Smith i in., 2009). Proces analizy składał się z kilku etapów. Początkowo sporządzono dokładną transkrypcję nagrań, zawierającą wypowiedzi badanych, ale również zapis komunikatów niewerbalnych (tj. gestów, mimiki, zmiany tonu głosu). Następnie wielokrotnie odsłuchano i czytano tekst sporządzonych transkrypcji, w celu jak najgłębszego „zanurzenia się w danych”. Na tym etapie stworzone zostały notatki zawierające obserwacje i spostrzeżenia badacza, opis myśli i odczuć, które towarzyszyły podczas badania, jak i w czasie odczytywania transkrypcji. Następnie przekształcono stworzone wcześniej notatki w metakategorie tematyczne (tematy główne), odnoszące się do psychologicznego sposobu doświadczania badanego zjawiska z uwzględnieniem indywidualnej perspektywy jednostki oraz kontekstu spo-

łeczno-kulturowego. Następnie w obrębie metakategorii wyróżniono kategorie, które mają eksponować bardziej szczegółowe wątki wypowiedzi badanych oraz podkategorie, które jako najmniejsze jednostki są najbliższej wypowiedzi osób badanych i dokładnie opisują ich przeżycia (tematy szczegółowe).

WYNIKI I DISKUSJA

W procesie analizy zebranych danych skonstruowano sześć tematów głównych, które wyłoniły się jako najważniejsze w opisanu znaczenia powrotu studentów do rodzinnych domów w czasie *lockdownu*. Każdy z tematów głównych zawiera związane z nim tematy szczegółowe, opisujące różne wymiary tematów głównych. W poniższej tabeli zostały przedstawione uzyskane tematy główne i szczegółowe. W następnych podrozdziałach każdy z nich został szczegółowo omówiony w świetle teorii i dotychczas przeprowadzonych badań.

Tabela 1

Tematy główne i szczegółowe uzyskane w grupie studentów wracających do domów rodzinnych w czasie lockdownu

| | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Lockdown – wydarzenie kryzysowe | Dezinformacja |
| | Panika |
| | Ambiwalencja |
| | Zamrożenie działania |
| Powrót do domu | Powrót do bezpiecznej bazy |
| | Porażka |
| | Optymalne warunki przetrwania |
| | Zagrożenie |
| | Odcięcie |
| | Nowa struktura |
| | Nuda |
| Życie z rodziną | Obustronna pomoc i wsparcie |
| | Zbliżenie |
| | Obciążenie |
| | Zależność i kontrola |

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| | |
|------------------|---------------------------------|
| Aktywność zdalna | Nowa tożsamość |
| | Letarg |
| | Niewystarczająca alternatywa |
| | Adaptacja |
| Życie społeczne | Dotkliwa strata |
| | Głód relacji |
| | Frustracja |
| | Warunek normalności |
| | Powrót do relacji z przeszłości |
| Wolny czas | Dyskomfort |
| | Szansa |
| | Przestrzeń na refleksję |

Lockdown – wydarzenie kryzysowe

Wyniki wskazują, że zamknięcie uniwersytetu doświadczono zostało przez uczestników badania jako **wydarzenie kryzysowe**. Zapanowały w nim **dezinformacja i panika**, uczestnicy zmagali się z **ambiwalentnymi uczuciami i trudnością w kontynuowaniu działania**. Przykładowo, Rozmówca B podkreśla w swojej wypowiedzi brak jasnych zaleceń i instrukcji ze strony rządu, niemożność polegania na autorytetach, prawie, czy instytucjach państwowych:

To była totalna dezinformacja, taka, że nawet władze UW nie wiedziały, co robić. Ze strony rządu nie było jasnych informacji: jak mamy się zachować, co mamy robić, czy powinniśmy wrócić do domu, czy właśnie nie powinniśmy wracać, żeby tego nie rozprzestrzeniać... Moim zdaniem nie było procedur, czułem się jakby taki zagubiony, że powinienem podjąć decyzję, ale nie wiedziałem, która powinna być właściwa.

Rozmówcy także opisują, że był to czas przeżywania wewnętrznego konfliktu, na którego szali ważyło się dobro społeczne, zatrzymanie rozprzestrzeniającego się wirusa i zwalczenie pandemii z dobrostanem własnym i zadbaniem o siebie:

Rozmówca D:

I na początku przez tydzień nie wracałem, bo miałem dyskusję pod tytułem, yyy... dyskusje sam ze sobą, że mówią, żeby się nie przemieszczać, więc mówię sobie dobra, nie będę się przemieszczał na drugi koniec Polski. Ale jak stwierdziłem, że mam siedzieć dalej kolejne dwa miesiące, to wolę raz się przemieścić i siedzieć tam. Najwyżej zrobię sobie sam kwarantannę, jakkolwiek bym uważał to za słuszne, a nie uważałem już, jak wtedy przyjechałem, niż siedzieć dwa miesiące samemu w Warszawie, nie robiąc nic bardziej, niż bym robił w domu i tak nie spotykając się z ludźmi.

Uczestnicy badania czuli się zmuszeni do poszukiwań nowej formy adaptacji, zmiany sposobu zachowania, przyjęcia nowych postaw, a nawet podjęcia nowego stylu życia. Opis ten odzwierciedla psychologiczne koncepcje kryzysu (Dąbrowski, 1979; Kubacka-Jasiecka, 2003; Wawrzyniak, 2015). Wśród wymienianych przez uczestników badania źródeł stresu znalazły się studia zdalne oraz niepewność, czy zostać w mieście studiowania, czy wracać do rodzinnego domu, co potwierdza doniesienia z wcześniejszych badań (Grodzicki i in., 2020). Rozmówcy nie wspominali jednak o lękach związanych z pracą, przyszłością zawodową i sytuacją finansową. Częściej wymienianym stresorem był lęk o najbliższych. Różnice te wynikać mogą z charakterystyki grupy badanej. Wszyscy rozmówcy ocenili swoją sytuację materialną jako dobrą lub bardzo dobrą. W badaniach (Gambin i in., 2021) wykazano, że im wyżej osoby badane oceniały sytuację materialną własnej rodziny, tym niższe deklarowały nasilenie objawów depresji i lęku we wszystkich falach pandemii. Ponadto uczestnicy badania są w fazie wczesnej dorosłości. Stopniowo uniezależniają się od rodziny pochodzenia, jednak wszyscy korzystają jeszcze z jej wsparcia finansowego. Być może stąd ich głównym zmartwieniem jest troska o najbliższych – martwiąc się o członków rodziny, martwią się również o swoją przeszłość i sytuację finansową.

Powrót do domu

Uczestnicy badania zdecydowali się na powrót do rodzinnego domu na czas trwania pandemii. **Powrót** interpretowany był w różnorodny i wielowymiarowy sposób: jako **powrót do bezpiecznej bazy**, jako **porażka**, zawód, krok w tył w historii życiowej, jako **szukanie optymalnych warunków przetrwania w czasach pandemii**, jako **zagrożenie**, jako **odcięcie** od świata, wyrwanie z dotychczasowego życia i doświadczenie **nowej struktury**, a także

jako zamknięcie w więzieniu **nudy**. Każdy z Rozmówców w jakimś stopniu doświadczył wszystkich wymienionych wymiarów przeżywania powrotu, jednak w każdej z opowieści inny wymiar był dominujący. Wszyscy uczestnicy uznali rodzinny dom za najbardziej optymalne miejsce przetrwania pandemii. Mieli tam więcej przestrzeni, dostęp do natury, a także szerszy zasób aktywności. Powrót do dobrze znanego miejsca, a także do osób bliskich – dawał im poczucie bezpieczeństwa i wsparcia:

Rozmówca E:

Takie poczucie, że jest się w domu, że jest to miejsce, które się zna, bezpieczne trochę tak i czułam się wtedy, jakbym była w takiej jakiejś bańce, że jestem zamknięta w tym domu i to jest... w tym... moje, to nigdzie nie ucieknie, nic mi się nie stanie. Więc na pewno z tego czerpałam poczucie bezpieczeństwa.

Rozmówca H:

Ja byłam trochę w złym miejscu jeśli chodzi o moje studia i generalnie ja mieszkam sama. Przede wszystkim też odczuwałam jakąś taką samotność, kiedy jeszcze nie chodziłam na zajęcia i byłam właściwie zadowolona, że zaczęliśmy to nauczanie zdalne, bo jednak gdzieś tam, pomimo tego, że przez półtora roku mieszkam sama i do tej pory mieszkało mi się zawsze dobrze samej i lubię jakby spędzać z samą sobą czas, to odczuwałam taką potrzebę..., że tak, to będzie dla mnie dobre wrócić do domu.

Rozmówcy przyznają również, że powrót był dla nich korzystniejszy finansowo. Nie widzieli sensu pozostania w miejscu studiowania. W ich rozumieniu oddalenie się od centrum zmniejszało ryzyko zakażenia. Jednocześnie mieli świadomość rosnącego ryzyka rozprzestrzenienia wirusa w wyniku migracji oraz obawiali się narażenia domowników. Niektórzy zmagali się z decyzją o powrocie lub odłożyli ją w czasie:

Rozmówca E:

Pamiętam że przeżywam taki duży strach, bo mam dziadków i na początku zdecydowałam się, że ja nie pojedę, że będę tutaj siedziała. Bo ja nie chcę zarazić.

Powrót doświadczany był również jako zawód, niespełnienie oczekiwań swoich i bliskich. Uczestnicy zostali odcięci od swojej codzienności i studenckiego życia. Doświadczyli uczucia straty, lęku i niepokoju, a także specyficznego wrażenia, że coś ich omija:

Rozmówca E:

Byłam na wsi, mając 24 lata, z dziadkami przez ten cały czas, ta wioska jest bardzo malutka, tam nie ma żadnych młodych ludzi, w ogóle jest taka troszkę... odcięta. Znajomi, którzy tam kiedyś byli... no to mi też wszyscy gdzieś tam powyjeżdżali, więc..., no to była główna wada. No i czułam się taka po prostu... że coś mi ucieka. Wiem, że wszystkim troszkę to uciekało, ale jednak brakowało tego, że mogę sobie w mieście gdzieś tam wyjść. Takie rzeczy typu, nie wiem, kawa na wynos czy jakieś takie sprawy, co po prostu lubiałam na co dzień, no to mi zostało to odebrane, więc to była główna wada tego wszystkiego, czyli że byłam zupełnie odcięta, gdzieś tam pośrodku niczego.

Osadzenie w nowej rzeczywistości wymagało reorganizacji codziennej struktury i nawyków, a także rezygnacji ze swoistego dla młodych dorosłych uniezależniania się na rzecz dostosowania do innych domowników. Uczestnicy uważają, że powrót do domu ograniczył grono spotykanych przez nich osób, dostępnych treści poznawczych i podejmowanych aktywności, przez co wywołał uczucie nudy i monotonii.

Życie z rodziną

Powrót do domu oznaczał także ponowne **zamieszkanie z rodziną**, co według rozmówców ma swoje zalety i wady. Podział obowiązków domowych, niższe koszty utrzymania, **wzajemna pomoc i wsparcie** oceniane były bardzo pozytywnie. Z kolei odpowiedzialność za członków rodziny, zobowiązania wobec nich i konieczność dostosowywania się, były dla niektórych uczestników dużym **obciążeniem**. Rozmówcy doświadczali także **poczucia zależności i kontroli**, które podważały ich subiektywne poczucie dorosłości. Ponowne zamieszkanie z rodziną w ocenie uczestników spowodowało **zbliżenie** i pogłębienie łączących ich relacji, jednocześnie w niektórych przypadkach wywołało zmęczenie, chęć odsunięcia się i uniezależnienia.

W niektórych wypowiedziach wsparcie ze strony rodziny zostało szczególnie podkreślone:

Rozmówca H:

Powiem tak, wydaje mi się, że gdybym nie wróciła do domu w czasie pandemii, to ja nie skończyłabym tych studiów i ja prawdopodobnie rzuciłabym to i myślę żebym znalazła coś zupełnie innego... A nawet jeśli nie, to nie wiem, w jakim byłabym stanie...

Rozmówca B:

Ratowały mnie tylko obowiązki wobec rodziny, przynajmniej dostawałem jakieś zadania, wymagania, że pora wstać i to w trybie, że muszę je wykonać, więc musiałem być ogarnięty i uważny.

W przytoczonych wypowiedziach zaobserwować można różnorodność i szerokość wpływu udzielanego wsparcia. Rodzina wpływała na motywację, poczucie kompetencji, sprawczości, a także regulację emocji. Ponadto wsparcie to działało obustronnie, Rozmówcy uważają, że było to wzajemne przyjmowanie i udzielanie pomocy. Dostrzegają wartość w bliskości rodziny w obliczu kryzysu:

Rozmówca B:

Tak, ja czułem wsparcie i to wsparcie działało w dwie strony, że ja daję wsparcie i od rodziny dostaję wsparcie. Ja wiem, że mama też była spokojniejsza, mając mnie tuż obok siebie, wiedziała, że jestem bezpieczny, no i też miała świadomość, że gdyby jej się coś stało, to ja mogę pomóc. I też miałem to poczucie, że jestem kompetentny, więc w razie czego, to się przydam, a tak, to byłbym bezsilny.

Ponowne zamieszkanie w domu rodzinnym często postrzegane było także jako zbliżenie. Rozmówcy podają, że spędzali więcej czasu ze swoimi rodzinami, częściej podejmowali wspólne aktywności. Uważają, że ich relacje pogłębiły się, stały się bliższe, bardziej autentyczne i szczerze. Nazywają to doświadczenie nadrobieniem zaległości czy pewnego niedosytu z przeszłości.

Rozmówca C:

Poprawił mi się kontakt z rodzicami i czuję że jestem bliżej z nimi, bo przez te cztery lata studiów ten kontakt się jakby trochę rozluźnił, a w czasie pandemii się jednak trochę jakby poprawił.

Życie z rodziną doświadczane było również jako obciążenie. Odpowiedzialność za członków rodziny, zobowiązania wobec nich i konieczność dostosowywania się rodziców w rozmówcach dyskomfort i chęć powrotu do samodzielnego życia. Niektórzy w obliczu choroby bądź niedyspozycji bliskich zostali sparentyfikowani, zaproszeni do roli osoby dorosłej, odpowiedzialnej za życie rodziny, a jak sami przyznają, oni jeszcze nie czują się gotowi do tej roli i nie chcą się jej podejmować:

Rozmówca B:

Tak ja chciałem też być odpowiedzialny tylko za siebie, a nie tylko za pozostałych członków rodziny i nie chciałem trochę też słuchać nieustannych planów dnia i rozkazów z ich strony, ponieważ jakiegokolwiek plany dnia ja posiadałem, to i tak musiałem być dostępny, że tak powiem, więc moje plany dnia to był po prostu jakiś chaos, spontaniczność i one zmieniały się każdego dnia zależnie od tego, co musiałem akurat zrobić.

Powrót do rodzinnego gniazda opisywany był również jako powrót pod rodzicielskie skrzydła kontroli i zależności. Niektórzy badani doświadczyli frustracji z powodu ograniczenia ich wolności. Uwagi i rady rodziców odbierali jako podważenie ich dorosłości i kompetencji do zarządzania sobą.

Rozmówca C:

Taka właśnie kontrola odnośnie tego: „a weź się może połóż”, „a może zabierz się do pisania tego licencjatu”, jakby takie wypominanie, jak i co się powinno robić ze swoim życiem, ze swoim czasem, ze studiami. (...) Jestem już dorosła i mogę decydować sama o swoim życiu i o tym, co robię, a z drugiej strony, wiem, mieszkam pod „ich” dachem, więc może poniekąd mają rację. To znaczy takie czynności, jak wspólne sprzątanie, wspólne gotowanie to rozumiem, jakby, bo mieszkamy razem, więc robimy takie rzeczy razem, ale odnośnie mojej nauki i tego, co robię w moim czasie wolnym, to nie powinni się wtrącać.

Powrót do rodzinnego domu zatem w rozmaity sposób wpływał na rozwój wyłaniającej się dorosłości uczestników badania. Wszyscy uczestnicy przed pandemią byli w fazie wchodzenia we wczesną dorosłość (Levinson, 1986). Mieszkając osobno, stopniowo dystansowali się od modelu funkcjonowania w rodzinie pochodzenia, budując w ten sposób własne Ja. Wracając w wyniku *lockdownu* i ponownie zamieszkując ze swoimi rodzinami, zostali zablokowani w separacji, czyli kluczowym zadaniu rozwojowym tego okresu. Pobyt w rodzinnym domu w pewien sposób pomagał im w kryzysie pandemicznym, jednocześnie był jednak także utrudnieniem w kryzysie rozwojowym. Wyniki badania potwierdzają obecne w literaturze tezy na temat istotnego znaczenia separacji, niezależności finansowej i posiadania pracy dla rozwoju dorosłości (Brzezińska i in., 2011; das Dores Guerreiro, Abrantes, 2004; Levinson, 1986). Doświadczenia rozmówców obrazują również opisywany przez Arnetta (2007) czas „bycia pomiędzy” (*in-between*). Czuli się zbyt dorośli, by pozostać w domu pod opieką i kontrolą rodziny, a jednocześnie zbyt młodzi, by brać na siebie odpowiedzialność za rodzinę.

Powrót studentów do rodzinnych domów stworzył nowy rodzaj kryzysu – młodego dorastającego człowieka wracającego do rodzinnego domu, który musi zaadaptować się do „nowej-starej” rzeczywistości – do nieznannej sytuacji w znanym już miejscu. Młody dorosły musi zawalczyć, aby nie zrobić kroku w tył, nie stracić dorosłości, którą już osiągnął, a przy tym dostosować się do domowników i odnaleźć się na nowo w systemie rodzinnym: reformułować swoją rolę, obowiązki i prawa. Część osób badanych odczuwała dyskomfort z powodu długotrwałego pobytu w domu i zdecydowała się na powrót do miejsca studiowania, mimo trwającej pandemii. Trzech uczestników badania nie odczuwało takiego dyskomfortu, przebywając w domu, nie czuli się zablokowani w rozwoju dorosłości i nie planowali powrotu. Osoby te deklaryowały ponadprzeciętną sytuację materialną, przebywając w domu nie czuły się obciążone przerastającymi ich obowiązkami ani nadmiernie kontrolowane przez rodziców. Jednocześnie wykazywały cechy typowe dla fazy wyłaniającej się dorosłości, takie jak: eksplorację, koncentrację na sobie czy niezależne poszukiwania (Arnett, 2007). Wydaje się, iż fizyczna separacja nie jest jedyną drogą osiągnięcia dorosłości, lecz jest to pewien standard w kulturach indywidualizmu (Arnett, 2007). W kulturach kolektywnych (Hofstede, Hofstede, Minkov, 2011) ludzie osiągają dorosłość, nie oddalając się od swoich rodzin. Być może również w Polsce istnieją osobowości, rodziny i środowiska kulturowe, które stwarzają warunki do rozwoju dorosłości bez konieczności separacji. W celu pogłębienia tematu należy podjąć dalsze badania, umożliwiające szerszy ogląd zjawiska i generalizację wyników. Ciekawym do eksploracji tematem byłby również sposób, w jaki rodziny pochodzenia doświadczyły powrotów ich dorastających dzieci. W przeprowadzonym badaniu uczestnicy relacjonują, że rodziny przyjęły ich z otwartością, z łatwością wprowadziły ich w domowe realia. Niektórzy rozmówcy opisywali swoją obecność w domu jako niezwykle pomocną. Warto byłoby jednak zapytać o doświadczenia ich rodziców, dziadków, rodzeństwa.

Aktywność zdalna

Uczestnicy badania wspominają także powrót do rodzinnego domu w okresie pandemii przez pryzmat **aktywności zdalnej**. Przeniesienie wielu form działalności do rzeczywistości online wiązało się z przyjęciem **nowej**, wirtualnej **tożsamości**, która zdaniem rozmówców różni się od tożsamości fizycznej, co

potwierdza stanowiska obecne w literaturze (Suler, 2005). Rozmówcy zauważają różnicę w ich własnym obrazie w świecie fizycznym i wirtualnym. Doświadczenie takiego rozdźwięku prowadzić może do kryzysu tożsamości, wymaga jej konsolidacji i ponownej integracji. Rodzi również trudność w odbiorze innych. Konfrontacja ich cech fizycznych z wirtualnymi wymaga również zbudowania nowego obrazu znanych już osób:

Rozmówca B:

Zauważyłem różnicę w sobie i znajomych, od tego [imię] fizycznego. Jeżeli spotkała-byś mnie fizycznie, to twierdzę, że może byłbym, mógłbym się wydać tobie w jakimś stopniu, bądź w szczegółach, innym człowiekiem niż teraz widzisz mnie zdalnie. Że jednak ludzie projektują swoją osobowość przez Internet, *social media*, nawet w sposób, w jaki trzyma się kamerkę do wykładowcy czy do człowieka, to już jest jakby projekcja, którą my ustalamy i tworzymy i może być fałszywa.

Rozmówcy dostrzegają większą możliwość manipulacji i kreowania swojej osobowości w sieci. Narzędzia zdalne pozwalają na komunikację za pomocą różnych modalności: mikrofonu, kamery, czatu. Umożliwiają uczestniczenie w interakcji, dając dużo większą kontrolę nad własnym wizerunkiem. Niektórzy postrzegają to jako budowanie fałszywej tożsamości, innym daje poczucie autentyczności i bycia prawdziwym sobą. Anonimowość zmniejszyła stres wynikający z wystawienia na ocenę społeczną:

Rozmówca G:

Bycie sobą, bycie jakimś takim małym kwadracikiem na zoomie, którego nawet nikt za bardzo nie zauważa... ekstra! Od razu mi się spodobało zdalne nauczanie. Nie miałem żadnego problemu. Wiem, że niektórym się to bardzo nie podobało, że nie słyszą głosu, że nie widzą twarzy... bardzo ich to denerwowało, no ale – no niestety tak po prostu było.

Aktywność zdalna, a właściwie brak konieczności wychodzenia z domu, przemieszczania się i dbania o wygląd fizyczny, w narracjach uczestników miała bardzo duży wpływ na ich procesy motywacyjne i emocjonalne – wprowadzała ich w stan **letargu**. Powszechnym zjawiskiem wśród rozmówców był spadek motywacji, koncentracji i zaangażowania. Uważali, że w czasie izolacji pracowali wolniej i mniej wydajnie. Dom nie był dla nich sprzyjającym środowiskiem pracy:

Rozmówca G:

Ja zauważyłem, że nie jestem taki efektywny, pracując z domu. Liczba wprowadzanych dokumentów w domu, w pandemii, a wcześniej w biurze, to po prostu jakaś masakra, nie ma porównania. Moja efektywność w pracy spadła tragicznie.

Rozmówcy skarżyli się na zmęczenie, rozleniwienie, trudność w rozpoczynaniu i podtrzymaniu różnych aktywności. Twierdzili, że o wiele trudniej było im utrzymać uwagę na zajęciach zdalnych niż tych odbywających się na żywo w sali:

Rozmówca C:

Takie zmęczenie też było większe, jeżeli się siedziało cały dzień przed komputerem i człowiek się łatwiej dekoncentrował i nie mógł się skupić na tym, co powiedzieć, jakoś mam wrażenie, że bardziej dryfował myślami w przestrzeni niż jest to w rzeczywistości, jak się widzi na zajęciach... I to było chyba tym cięższym aspektem przedstawienia się w czasie pandemii.

Brak konieczności wychodzenia z domu, zadbania o wygląd fizyczny, utrzymania konkretnej pozycji ciała i przemieszczania się w pośpiechu obniżały stan napięcia w ciele, wywołując rozluźnienie. Jednocześnie doprowadziły do trudności w zarządzaniu procesami motywacyjnymi i samoregulacji. Najbliższe otoczenie i czynniki fizyczne silnie oddziaływały na procesy psychiczne:

Rozmówca B:

Zacząłem chodzić w piżamie, bo już przyzwyczałem się do tego, że jednak na części studiów mogę być w piżamie. Mogę działać tak, że mogę zrobić pewne rzeczy później, a nie teraz, zaraz, bo za chwilę muszę iść na uczelnię i mam ciągły brak czasu, tylko mam całkiem sporo tego czasu, więc jakoś to odkładałem w czasie, taka prokrastynacja trochę..., która była okropna.

Aktywność zdalna zrodziła w niektórych rozmówcach poczucie straty, niedosytu i frustracji. Okazało się, że pewne kierunki studiów wymagają specyficznej interakcji, niemożliwej do zrealizowania online. Zajęcia zdalne nie były w stanie zastąpić wyjazdów terenowych, doskonalenia umiejętności praktycznych, czy też zapewnić warunków niezbędnych do zaistnienia umysłu zbiorowego (Nęcka, 1989):

Rozmówca A:

Nasz kierunek wymaga właśnie tego... nauczanie zdalne tak nie do końca jest w stanie jakby sprostać wiedzy, jaką my... Bo my mamy wiedzę bardzo taką praktyczną. Więc byłam zła, że jest nauczanie zdalne trochę, bo zabrało nam to wyjazdy różne terenowe, zamiast tych wyjazdów mieliśmy wykłady online, także to też... to też nie było fajne.

Komunikacja zdalna nie była dla rozmówców satysfakcjonująca. Towarzystwo im trudności techniczne, takie jak: niestabilne łącze, niedobór lub zawodność narzędzi, a także opór psychiczny przed mówieniem do kogoś, kogo nie widać lub obawa przed byciem niezrozumianym:

Rozmówca C:

Koncepcja mówienia do tych 30 osób, które są, a których nie widzisz, plus jakieś trudności techniczne w stylu pisanie rzeczy myszką, bo jeszcze na początku w ogóle nie miałem tabletu graficznego, to w ogóle... Ja mam brzydki charakter pisma normalnie, a myszką to już jest w ogóle skrajnie nieczytelne... Więc uważałem, że nie byłbym zrozumiany przez grupę, na jakimś poziomie satysfakcjonującym... dla mnie i dla odbiorców również.

Ostatecznie kontakt online uznany został przez rozmówców za niewystarczający. Interakcja na żywo, twarzą w twarz jest dla nich unikalnym doświadczeniem, niemożliwym do zastąpienia za pomocą dostępnych technologii zdalnych.

Utrzymywanie się w czasie obostrzeń przekładało się też na zmiany w procesie doświadczania rzeczywistości. Jeden z rozmówców w niezwykle obrazowy sposób ilustruje dynamikę tego procesu w czasie *lockdownu*:

Rozmówca B:

To ja bym to podzielił na trzy okresy w sumie, bo zaraz jak wróciłem do domu, to jakoś tak opadły emocje, że jednak spokojnie, to nie jest tak śmiertelne i zagrażające życiu i jakoś to przetrwamy. Jakiś pierwszy miesiąc, połowa marca i kwiecień, bo w sumie studia zdalne, można to robić z domu, to jest bardzo wygodne i trochę... Nie to że się cieszyłem, ale łatwo było się do tego zaadaptować i znaleźć też plusy w tej sytuacji. Potem nadeszła trochę taka monotonia, nuda i rutyna i starałem się zachować dobre nawyki. Czyli wstać, ogolić się, pościelić łóżko, założyć ubrania. Nawet miałem taktykę, żeby wyjść z domu i wejść do domu, tak jakby wychodziło się do pracy i wracało się z pracy, tak żeby być ogarniętym, żeby mieć tą uważność na tym samym poziomie. Też mimo że już nie biegałem, to starałem się ćwiczyć stacjonarnie

w domu, różne ćwiczenia wykonywać. Rozmawiałem też z siostrą, żeby jej było dobrze, i z mamą, żeby ją odciążyć jakoś, a także rozmowy z dziadkami. Właśnie udało mi się utrzymać te nawyki jakoś przez dwa miesiące, ale już końcówka *lockdownu*, ten maj, czerwiec, to zacząłem sobie coraz bardziej odpuścić i coraz bardziej zaniedbywać te nawyki, że na przykład już zacząłem chodzić w piżamie, bo już przyzwyczaiłem się do tego, że jednak na części studiów mogę być w piżamie. Mogę działać tak, że mogę zrobić pewne rzeczy później, a nie teraz, zaraz, bo za chwilę muszę iść na uczelnię i mam ciągły brak czasu, tylko mam całkiem sporo tego czasu, więc jakoś to odkładałem w czasie, taka prokrastynacja trochę..., która była okropna..., którą w pewnym momencie u siebie zauważyłem... Że coraz więcej rzeczy odkładałem na później. No i poza tym już w maju, czerwcu potrafiłem spać bardzo długo... Potrafiłem spać jakieś 16 godzin. Uświadomiłem sobie, że spałem 16 godzin, więc z 24 godzin to jest mniej, niż funkcjonowałem tak naprawdę. Kontakty ze znajomymi zamieniły się w tym momencie na granie i rozmawianie w sieci, ponieważ aktywności typu jeżdżenie po pustym mieście już nam się skończyły, więc nic nie było dostępnego... To zaczęliśmy po prostu grać w gry razem z ośmioma kolegami i grając też w sieci, też w piżamie, więc ratowały mnie tylko obowiązki wobec rodziny, przynajmniej dostawałem jakieś zadania, wymagania, że pora wstać i to w trybie, że muszę je wykonać, więc musiałem być ogarnięty i uważny. Więc ten okres końcówki w domu był moim zdaniem najgorszy, ponieważ czułem się bardzo rozleniwiony i to była ta prokrastynacja.

Podsumowując, Rozmówca B wyodrębnił trzy fazy:

- 1) marzec: okres względnej równowagi, skrajne emocje trochę opadły, pojawiły się radość i rozluźnienie z powodu nauki zdalnej,
- 2) kwiecień: nuda i rutyna, zmęczenie i znużenie pracą przed komputerem, próba walki, utrzymania nawyków, pobudzanie koncentracji i motywacji,
- 3) maj–czerwiec: odpuszczenie, rozleniwienie, prokrastynacja, spadek nastroju.

Wyodrębnione fazy przypominają trzy fale reakcji emocjonalnej wyodrębnione w badaniach przeprowadzonych z udziałem studentów Uniwersytetu Jagiellońskiego (Grodzicki i in., 2020). Reszta uczestników badania również potwierdza ten schemat: początkowo doświadczyli ekscytacji, następnie stopniowego rozleniwienia, zmęczenia i obniżenia nastroju, a od czerwca stopniowego polepszenia samopoczucia.

Uczestnicy badania uznali aktywność zdalną za **niewystarczającą alternatywę**, która nie jest w stanie zastąpić im żywej interakcji. Niektórzy doświadczyli trudności w komunikacji zdalnej z powodu problemów technicznych,

jak i oporów psychicznych. W rozmowie przeprowadzonej 06.02.2021 r. po raz pierwszy pojawił się temat **adaptacji** do aktywności zdalnej:

Rozmówca E:

Na pewno się coś zmieniło... Tylko, że ja na tyle już się przyzwyczałam do tej sytuacji. Tyle to trwa, myślę, że teraz byłoby mi trudno się w ogóle przestawić, żeby chodzić na zajęcia takie stacjonarnie.

Pozostali uczestnicy prezentowali różne stanowiska. Niektórzy, podobnie jak zacytowany wyżej rozmówca, przyznają, że pomimo doświadczanych trudności udało im się zaadaptować, inni deklarują satysfakcję z nauki zdalnej i łatwość adaptacji, jeszcze inni wyrażają duże rozgoryczenie względem nauki zdalnej, z wytésknieniem czekając na powrót do trybu stacjonarnego. Uzyskane wyniki potwierdzają doniesienia zarówno o wyjątkowo trudnej sytuacji młodych dorosłych w czasie *lockdownu* (Gambin i in., 2021; Savage i in., 2020; Wang i in., 2020), jak i o pozytywnej adaptacji do nauki zdalnej (Góra i in., 2020; Kamarianos i in., 2020). Nikt z badanych nie wspominał o potrzebie pomocy czy wsparcia psychologicznego, jedna osoba jest w trakcie psychoterapii. Uczestnicy opowiadali o doświadczeniu złości, lęku, poczuciu bezradności i kontroli, z którymi jednak udało im się samym uporać. Wśród stosowanych mechanizmów radzenia wymieniają: korzystanie ze wsparcia rodziny, koncentrację na pozytywnych aspektach sytuacji, wzbudzanie wdzięczności, a także neutralizację natrętnych myśli poprzez uniwersalizację doświadczenia „wszyscy tak mają”.

Życie społeczne

Podczas pobytu w domu za najbardziej **dotkliwą stratę** uczestnicy badania uznali **ograniczenie życia społecznego**. Odczuwali silny **głód relacji**, który wywołał zmianę w sposobie ich przeżywania. Rozmówcy uważają, że stali się bardziej życzliwi i wyrozumiali. Zaczęli bardziej doceniać kontakt z drugim człowiekiem, pogłębiać go i aktywnie szukać możliwości spotkania:

Rozmówca E:

Jako osoba, która wcześniej jakoś w ogóle specjalnie o tym nie myślała, że jest mi to jakoś szczególnie potrzebne. Czasami dochodziło do tego, że wręcz unikałam ludzi,

to teraz aż łaknę tego kontaktu i czuję jakoś się taka bardziej uważna na innych ludzi. Moje relacje stały się jakieś takie głębsze bym powiedziała.

W przypadku niektórych rozmówców długotrwała deprivacja kontaktów społecznych wywołała silną **frustrację**, motywującą ich do łamania obowiązujących restrykcji:

Rozmówca G:

No i też chęć spotkania się z kimś... poza tymi restrykcjami sanitarnymi, bo już naprawdę u większości ludzi znika takie dbanie o tę odpowiedzialność społeczną i powoli zaczyna się już kombinowanie, no bo zaufanie spadło dość mocno do tych restrykcji. Z mojej strony też już jest raczej zażenowanie... takimi sytuacjami, że komuś wolno więcej niż mi, jeżeli chodzi o polityków... więc no... pewnie też to próba powrotu do normalnego życia mimo zakazów... o, może tak.

Spotkania na żywo w większej grupie osób dają i jednocześnie **warunkują** u rozmówców **poczucie normalności**. Jest to jedyny aspekt życia, z którym nie udało im się pogodzić w okresie pandemii. Opisując możliwość spotkania się ze znajomymi, rozmówcy wielokrotnie posługiwali się słowem „normalność”:

Rozmówca G:

No na pewno chciałoby się już wrócić do normalności, żeby wyjść, nie wiem, na piwo z kolegami spotkać się. No bo ostatni raz widzieliśmy się... pewnie z... kilka miesięcy temu. Jedynie co, to możemy się spotkać na zoomie i nie wiem, wypić kieliszka, że tak powiem. Więc na pewno jest już takie wyczekiwanie na..., może nie na całkowitą normalność, bo to, to pewnie jeszcze daleko, ale chociaż do jakiejś takiej względnej normalności, nie..., no może chociaż trochę da radę, w jakichś tam reżimach sanitarnych się spotkać, coś porobić wspólnie.

Życie społeczne, bezpośrednie kontakty z rówieśnikami, spotkania twarzą w twarz w większej grupie osób dają i jednocześnie warunkują poczucie normalności. Jest to jedyny wymieniany przez rozmówców aspekt życia niemożliwy do zastąpienia w czasie pandemii. Uczestnicy badania zaadaptowali się do nowych warunków życia, sposobu nauczania i realizacji pracy, można powiedzieć, że stworzyli sobie nową „pandemiczną” normalność, w której tej jednej jakości nie udało się zastąpić:

Rozmówca C:

No czasem brakowało mi tego kontaktu z kimś spoza rodziny i nawet jak z moimi przyjaciółkami zgadywałyśmy się raz na jakiś czas na rozmowę video, właśnie też takie imprezki wieczorne przy winku, ale no..., to nie jest to samo... zdecydowanie nie. No, ale, no próbowaliśmy jakoś podtrzymać tę normalność.

Powrót do rodzinnego domu przyczynił się jednak do **odnowienia relacji z przeszłości**, utraconych w wyniku wyprowadzki na studia:

Rozmówca H:

Ale wiesz co ważne, myślę na plus, z tego mojego powrotu do domu, jest to, że właśnie bardzo dużo moich znajomych, takich naprawdę przyjaciół, z którymi się rozjechaaliśmy w różne części świata, albo gdzieś na różne części Polski, po prostu wróciło i jak było tam jakieś nie wiem, zniesienie obostrzeń, to jakieś nie wiem wypadły do parku wspólnie, czy... czy po prostu, nie wiem, odwiedzanie się pojedynczo... Myślę, że to było takie fajne po prostu, wrócić do tego...

Wolny czas

Powrót do rodzinnego domu, aktywność zdalna i ograniczenie życia społecznego spowodowały, że uczestnicy badania zyskali dodatkowy **czas wolny**, który był przez nich różnie doświadczany i interpretowany. Dla niektórych stał się źródłem **dyskomfortu**, budził niepokój i lęk przed zmarnowaniem go. Rozmówcy doświadczali trudności w zarządzaniu czasem, podzieleniem go na różne dziedziny życia. Zdezorganizowany, ograniczony codzienny schemat dnia był powodem napięcia:

Rozmówca H:

I w momencie, w którym tak siadłam i tak w sumie miałam tylko te moje zajęcia, w sensie tylko te zajęcia na uczelni, to zaczęłam trochę fiksować, panikować.

Uczestnicy badania opisują zmiany w doświadczaniu czasu, jego przemian. Monotonia, rutyna i brak wyjątkowych, znaczących zdarzeń sprawiały, że dni zlewały się w płynną całość:

Rozmówca B:

I ludzie często nie wiedzą, co zrobili z tym czasem, jakby ja też tak mam, że nie pamiętam, co ja wtedy tak naprawdę robiłem. No może nie mam totalnej ciemności,

ale pamiętam dni, które mijały bardzo szybko, przepływały jak woda, ale nie kojarzę, żeby w nich coś się działo.

Zarzucają sobie zaniedbanie samorozwoju rozumianego jako aktywne spędzanie czasu wolnego. Za przyczynę doświadczanych trudności uznali niepewność, która uniemożliwiała im planowanie działania. Czas wolny stał się również **szansą** na doświadczenie nudy, która motywowała do eksploracji i rozwoju (Dąbrowski, 1979). Stał się impulsem do realizacji pasji, marzeń i celów, na które wcześniej nie mieli czasu. Wolny czas stworzył również **przestrzeń na wzbudzenie refleksji**. Niektórzy zaczęli analizować swoje zachowanie i codzienne funkcjonowanie, co nie zawsze sprzyjało ich dobremu samopoczuciu. Inni opowiadają o wzbudzeniu wdzięczności i uważności, doświadczeniu poznania siebie i poszerzenia świadomości:

Rozmówca C:

I w sumie też zrozumiałam dużo rzeczy, doceniłam, że mam do kogo wrócić, że nie muszę siedzieć sama tam w Warszawie, jak jest taka sytuacja. Że mam oparcie...

Rozmówca B:

Zaczęliśmy bardziej doceniać otoczenie, które znajduje się dookoła nas. W naszym obszarze, którego wcześniej nie..., tak naprawdę nie używaliśmy, nie to, że nie dbaliśmy o ogródek, tylko nie spędzaliśmy tam tak dużo czasu, jak wtedy spędzaliśmy. Ponieważ to było coś nowego, można było się oderwać od rzeczywistości, zaczęliśmy coś odkrywać, chodzić na spacerów gdzieś indziej, np. do takiego małego lasu, gdzie mogliśmy przynajmniej jakoś wyjść i to była jakaś taka iluzja wolności w tej całej izolacji, aby jak najbardziej zadbać o to zdrowie psychiczne.

PODSUMOWANIE

Przytaczane wokół wyodrębnionych tematów – jako egzemplifikacje – wypowiedzi Rozmówców pozwalają zobaczyć wspomnianą już różnorodność doświadczania powrotów do domów rodzinnych. Trudno jest podsumować w kilku zdaniach bogactwo subiektywnych przeżyć w opisywanej sytuacji, tym bardziej, iż te same wybory z jednej strony chroniły, z drugiej – zatrzymywały w rozwoju. Jednym pomagały w przetrwaniu, innym przeszkadzały i wprowadzały obciążające ruminacje. Przedstawione tematy wyłoniły się jako

najważniejsze w opisanu znaczenia powrotu, acz w opowieściach Rozmówców pojawiały się one w rozmaitej odsłonie. Wolimy pozostać przy sporządzonym powyżej szczegółowym opisie doświadczenia uczestników badania, aby nie uprościć nadmiernie przeprowadzonych obserwacji i pozostać na właściwym dla paradygmatu poziomie głębokości rozumienia fenomenu.

Zastosowany model metodologiczny pozwala na głęboką eksplorację badanego zjawiska, ma jednak także swoje ograniczenia. Wymaga doboru celowego i homogeniczności grupy (Pietkiewicz, Smith, 2012), przez co uczestnicy badania są do siebie podobni pod względem profilu socjodemograficznego, osobistych cech i doświadczeń. Uczestnicy są studentami różnych kierunków Uniwersytetu Warszawskiego, deklarują stabilną sytuację materialną. Wszyscy zgodzili się i chętnie wzięli udział w badaniu, co może świadczyć o tym, że nie mieli wyjątkowo trudnych czy traumatycznych doświadczeń związanych z powrotem do domów rodzinnych w okresie pandemii. Żadna z osób badanych nie była objęta kwarantanną ani przymusową izolacją społeczną. Z dotychczas przeprowadzonych badań wiemy, że niższy status socjoekonomiczny, doświadczanie trudnych relacji z bliskimi w domu oraz konieczność odbycia izolacji lub kwarantanny są ważnymi czynnikami ryzyka objawów depresji i lęku we wszystkich falach epidemii (Gambin i in., 2021). Uczestnicy badania nie tworzą reprezentatywnej grupy, dlatego nie można odnosić wyników do całej populacji młodych dorosłych w Polsce. Przedstawione zostały jedynie możliwe sposoby doświadczania i interpretacji powrotów do rodzinnych domów w wyniku pandemii COVID-19 uczestników badania. Interpretacje doświadczeń Rozmówców stworzono w oparciu o uzyskane w wywiadach dane, jednak zostały one poddane czynnikowi subiektywności badacza (Pietkiewicz, Smith, 2012). W zastosowanym paradygmacie badawczym jest to wpisane w procedurę, warto jednak zauważyć, iż inny badacz, stosując tę samą metodę, mógłby dojść do odmiennych opisów i konkluzji (Stemplewska-Żakowicz, 2008).

Badanie przeprowadzone zostało online, za pomocą wideorozmowy na platformie Zoom. Choć wyniki badań (Barak, Gluck-Ofry, 2007) sugerują, że komunikacją online i offline rządzą wspólne psychologiczne zasady, to jednak jest to inny rodzaj interakcji. Komunikacja za pośrednictwem Internetu ogranicza możliwość odbierania i interpretowania sygnałów niewerbalnych, reakcje przekazywane są z opóźnieniem, pojawiają się również trudności natury technicznej. To wszystko wpływa na poczucie komfortu podczas prowadzonej rozmowy, a także specyfikę nawiązywanej relacji (Tidewell, Waither, 2002). Względna anonimowość środowiska internetowego obniża lęk społeczny,

sprzyja większej otwartości i łatwości nawiązywania relacji interpersonalnych (Sanecka, 2014). Jednak bardzo duży wpływ na ilość udzielanych o sobie informacji ma indywidualny stosunek do komunikacji online (Attrill, Jail, 2011). Jeden z uczestników zauważył i wypunktował różnicę w kontakcie fizycznym i wirtualnym – stwierdził, że komunikacja online daje większą możliwość projekcji i manipulacji swoim wizerunkiem, co może wpływać na odbiór jego osoby i interpretację jego zachowań. Pozostaje otwartym pytanie, jakie znaczenie dla prowadzonego badania miał kontakt zapośredniczony przez media.

Kolejnym ograniczeniem jest retrospektywny charakter metody badania. Uczestnicy proszeni byli o opisanie wspomnień sprzed 6 do 12 miesięcy. Z jednej strony, czas ten pozwala na zdystansowanie, emocjonalne ochłonięcie i ustosunkowanie się do zdarzeń. Z drugiej strony, wspomnienia przywoływane z pamięci ulegają zniekształceniu (Loftus, Palmer, 1974). Ponadto noetyczny charakter języka w relacjonowaniu zdarzeń daje ograniczony dostęp do doświadczeń jednostki. Zanotowano także pewną zmienność w opisie doświadczeń w zależności od momentu prowadzenia wywiadu w trakcie trwania pandemii.

Niemniej jednak przeprowadzona eksploracja pozwoliła dostrzec różnorodność znaczeń i doświadczeń powrotów studentów do rodzinnych domów. Było to dla Rozmówców niezwykle ważne, nietypowe wydarzenie życiowe, oddziałujące na psychiczne funkcjonowanie, rozwój poczucia dorosłości i tożsamości. Pogłębiona analiza tego fenomenu daje dostęp do przeżyć studentów, może także pomóc w zrozumieniu ich doświadczeń, a także udzieleniu im w razie potrzeby pomocy psychologicznej. Czas pokaże, na ile opisywane doświadczenie stanie się punktem zwrotnym w rozwoju tożsamości młodego pokolenia – tak jak doświadczenie wojny czy stanu wojennego dla pokoleń poprzednich.

BIBLIOGRAFIA

- Arnett, J. J. (2007). *Adolescence and emerging adulthood: A cultural approach*. New Jersey: Pearson Education.
- Attrill, A., Jail, R. (2011). Revealing only the superficial me: Exploring categorical self-disclosure online. *Computers in Human Behavior*, 27(5), 1634–1642. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2011.02.001>
- Barak, A., Gluck-Ofri, O. (2007). Degree and reciprocity of self-disclosure in online forums. *Cyberpsychology and Behavior*, 10(3), 407–417. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9938>

- Białas, K., Glaba, P., Hanusko, K., Serafin, P., Waryszak, M., Zdrał, S. (2020). *Sytuacja studentów w czasie epidemii koronawirusa*. Warszawa: Niezależne Zrzeszenie Studentów.
- Brzezińska, A., Kaczan, R., Piotrowski, K., Rękosiewicz, M. (2011). Odroczone dorosłość: fakt czy artefakt? *Nauka*, 4, 67–111.
- das Dores Guerreiro, M., Abrantes, P. (2004). Moving into adulthood in a southern European country: Transitions in Portugal. *Portuguese Journal of Social Science*, 3(3), 191–209. <https://doi.org/10.1386/pjss.3.3.191/1>
- Dąbrowski, K. (1979). *Dezintegracja pozytywna*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Erikson, E. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Wnuk, A., Oleksy, T., Cudo, A., ... Maison, D. (2021). Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity. *Comprehensive Psychiatry*, 105, 152222. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152222>
- Góra, K., Bijas, K., Dziubek, J., Korniluk, A., Kurtyka, J., Ledwoń, A., Gerłowska, J. (2020). Dobrostan studentów w czasie pandemii koronawirusa SARS-CoV-2. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia–Psychologia*, 33(3), 261–278. <http://dx.doi.org/10.17951/j.2020.33.3.261-278>
- Grodzicki, M., Grzymała-Moszczyńska, J., Kostera, M., Lubacha, J., Krzemińska, K., Łapniewska, Z., ... Wójcik, G. (2020). *W jaki sposób pandemia COVID-19 wpływa na sytuację ekonomiczną i psychospołeczną studentów?* Kraków: Uniwersytet Jagielloński.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., Minkov, M. (2011). *Kultury i organizacje*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Irawan, A. W., Dwisona, D., Lestari, M. (2020). Psychological impacts of students on online learning during the pandemic COVID-19. *KONSELI Jurnal Bimbingan dan Konseling*, 7(1), 53–60. <https://doi.org/10.24042/kons.v7i1.6389>
- Kamarianos, I., Adamopoulos, A., Lambropoulos, H., Stamelos, G. (2020). Towards an understanding of university students' response in times of pandemic crisis (COVID-19). *European Journal of Education Studies*, 7(7), 20–40. <http://doi.org/10.46827/ejes.v7i7.3149>
- Kubacka-Jasiecka, D. (2003). Interwencja kryzysowa z perspektywy psychosocjokulturowego paradygmatu kryzysu. W: D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna – nowe ujęcia i możliwości* (s. 146–175). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

- Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 4, 3–13. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.41.1.3>
- Loftus, E. F., Palmer, J. C. (1974). Reconstruction of automobile destruction: An example of the interaction between language and memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 13(5), 585–589. [https://doi.org/10.1016/S0022-5371\(74\)80011-3](https://doi.org/10.1016/S0022-5371(74)80011-3)
- Łukaszewska, K. (2020). Wiosna, która przejdzie do historii. *Uniwersytet Warszawski. Pismo Uczelni*, 2(95), 6–7.
- Necka, E. (1989). *Trening twórczości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Profesjonalne.
- Peters, M. A., Wang, H., Ogunniran, M. O., Huang, Y., Green, B., Chunga, J. O., ... Hayes, S. (2020). China's internationalized higher education during COVID-19: Collective student autoethnography. *Postdigital Science and Education*, 2, 968–988. <https://doi.org/10.1007/s42438-020-00128-1>
- Pietkiewicz, I., Smith, J. A. (2012). Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(2), 361–369.
- Sanecka, E. (2014). Samoujawnianie online. Przegląd teorii i wyników wcześniejszych badań. W: K. Tucholska, M. Wysocka-Pleczyk (red.), *Człowiek zalogowany, t. 3. Różnorodność sieciowej rzeczywistość* (s. 34–45). Kraków: Biblioteka Jagiellońska.
- Savage, M. J., James, R., Magistro, D., Donaldson, J., Healy, L. C., Nevill, M., Hennis, P. J. (2020). Mental health and movement behaviour during the COVID-19 pandemic in UK university students: Prospective cohort study. *Mental Health and Physical Activity*, 19, 100357. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2020.100357>
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Londyn: Sage.
- Stemplewska-Żakowicz, K. (2008). Obiektywność i inne metodologiczne cnoty z perspektywy postmodernistycznej wrażliwości badawczej. W: B. de Barbaro, B. Janusz, K. Gdowska (red.), *Narracja. Teoria i praktyka* (s. 75–103). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Suler, J. (2005). The online disinhibition effect. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 2(2), 184–188. <https://doi.org/10.1002/aps.42>
- Tidwell, L. G., Waither, J. B. (2002). Computer-mediated communication effects on disclosure, impressions, and interpersonal evaluations: Getting to know one another a bit at a time. *Human Communication Research*, 28, 317–348. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2002.tb00811.x>
- Wang, X., Hegde, S., Son, C., Keller, B., Smith, A., Sasangohar, F. (2020). Investigating mental health of US college students during the COVID-19 pandemic: Cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9), e22817. <https://doi.org/10.2196/22817>

Wawrzyniak, J. K. (2015). Kryzysy typowe dla okresu starości. W: A. Fabiś, J. K. Wawrzyniak, A. Chabior (red.), *Ludzka starość* (s. 53–63). Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

ZOFIA BORSKA-MĄDRZYCKA  <https://orcid.org/0000-0002-8082-790X>

KAROLINA MAŁEK  <https://orcid.org/0000-0001-8885-3750>

EWA MALINOWSKA  <https://orcid.org/0000-0002-0881-1401>

MATEUSZ PŁATOS  <https://orcid.org/0000-0003-3749-5505>

AGNIESZKA WOJNAROWSKA  <https://orcid.org/0000-0003-1129-6700>

WOUTER DE RAAD  <https://orcid.org/0000-0003-2687-5086>

ALBERTYNA OSIŃSKA  <https://orcid.org/0000-0002-2174-9729>

Zespół ds. Rozwoju Dydaktyki, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

Doświadczenia nauczycieli akademickich Uniwersytetu Warszawskiego podczas pierwszych miesięcy pandemii COVID-19. Badanie jakościowe

Experiences of academic teachers at the University of Warsaw during the first months of the COVID-19 pandemic. Qualitative research

Autor korespondencyjny: Karolina Małek
e-mail: kmałek@psych.uw.edu.pl

Sposób cytowania: Borska-Mądrzycka, Z., Małek, K., Malinowska, E., Płatos, M., Wojnarowska, A., de Raad, W., Osińska, A. (2022). Doświadczenia nauczycieli akademickich Uniwersytetu Warszawskiego podczas pierwszych miesięcy pandemii COVID-19. Badanie jakościowe. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 341–369). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial12>

Streszczenie

Konieczność zmiany sposobu nauczania akademickiego podczas pierwszych miesięcy pandemii COVID-19 miała charakter nagły, stawiając wykładowców i studentów przed poważnym wyzwaniem merytorycznym oraz organizacyjnym. Nowy sposób nauczania potocznie określano mianem nauczania zdalnego, które w literaturze odnosi się do przemyślanego procesu projektowania i realizowania kursów przy zastosowaniu celowo wybranych narzędzi online. Doświadczenia dydaktyczne pierwszych miesięcy pandemii należy zatem raczej określić jako *Emergency Remote Teaching* (ERT), co wskazuje na nagły i reaktywny charakter oddziaływań dydaktycznych (Hodges, Moore, Lockee, Trust, Bond, 2020). Przeprowadzone badanie jakościowe miało charakter eksploracyjny. Jego celem było uzyskanie informacji dotyczących doświadczeń wykładowców akademickich UW. Zainteresowani byliśmy zarówno tym, co badani przeżywali jako trudne i wyczerpujące, jak i tym, co postrzegali jako korzyści w zaistniałej sytuacji. Celem badania było również rozpoznanie, w jaki sposób doświadczenia te mogą kształtować obraz i nastawienie wobec metod nauczania zdalnego, które, choć coraz bardziej popularne, pozostaje wciąż w polskiej rzeczywistości akademickiej w niewielkim stopniu wykorzystane w praktyce dydaktycznej. We wrześniu i październiku 2020 roku przeprowadzono online 12 częściowo ustrukturyzowanych wywiadów z pracownikami dydaktycznymi różnych jednostek Uniwersytetu Warszawskiego, którzy zgłosili się na ochotnika do wzięcia udziału w badaniu. Wyniki przeprowadzonej analizy tematycznej otrzymanych wywiadów pozwalają na wyodrębnienie wiązek treściowych, m.in. roli wykładowcy we wspomaganie i wspieraniu studentów w procesie uczenia się w sytuacji kryzysowej, znaczenia lokalnej sieci wsparcia społeczności uniwersyteckiej dla poczucia dobrostanu wykładowców, znaczenia wcześniejszych doświadczeń edukacji online dla efektywnego prowadzenia zajęć w sytuacji ERT, a także postrzeganych zmian w pracy dydaktycznej. Uzyskane wyniki pozwalają na rozumienie perspektywy wykładowców wobec zmian zachodzących w sposobie prowadzenia dydaktyki w kontekście trwającej pandemii COVID-19.

Słowa kluczowe: nauczanie zdalne, nauczanie na odległość, *Emergency Remote Teaching*, wykładowcy, edukacja wyższa, pandemia COVID-19

Abstract

The sudden necessity to change the method of teaching during the first months of the COVID-19 pandemic presented academic teachers and students with serious substantive and organizational challenges. This mode of teaching has been often mistakenly addressed as distance learning, which in the literature refers to a well-thought-out process of designing and delivering courses with the use of purposefully selected online education methods. Thus, the didactic experiences of the first months of the pandemic should rather be described as Emergency Remote Teaching (ERT). The term indicates the sudden and reactive nature of didactic interactions (Hodges, Moore, Lockee, Trust, Bond, 2020). The goal of our qualitative, exploratory study was to obtain information on the teaching experiences of university lecturers. We were interested both in what the respondents experienced as difficult and challenging, and what experiences were perceived as beneficial. The aim of the study was also to identify how lecturer's meaning given to specific pandemic circumstances can shape the image and attitudes towards distance learning methods, which, although increasingly popular, are still hardly used in Polish academic didactic practice. In September and October 2020, 12 partially structured online interviews were carried out with teaching staff from various units of the University of Warsaw who volunteered to take part in the study. During the thematic analysis of the interviews, various themes emerged e.g. the role of the lecturer in assisting and supporting students in the learning process in a crisis, the importance of the university community support network for the sense of well-being of lecturers, the importance of prior online education experiences for effective teaching in an ERT situation, as well as the perceived changes in didactic work. The obtained results make it possible to understand the lecturers' perspective on changes in higher education didactics in the context of the ongoing COVID-19 pandemic.

Keywords: remote learning, distance learning, Emergency Remote Teaching, lecturers, higher education, COVID-19 pandemic

Nowy kontekst dydaktyki uniwersyteckiej

W związku z rozwojem pandemii COVID-19, w marcu 2020 roku większość uczelni wyższych w Polsce, w tym Uniwersytet Warszawski, przeszło w system uczenia na odległość, przynoszący nagłe i znaczące zmiany w procesie edukacyjnym. Digitalizacja edukacji stała się koniecznością, zaś korzystanie z różnorodnych narzędzi i platform wdrożone musiało zostać w trybie natychmiastowym, stawiając przed wszystkimi – wykładowcami i studentami – wyzwania związane z nabywaniem lub rozwojem kompetencji cyfrowych, a także przystosowaniem do nowego trybu uczenia się i nauczania. Ten gwałtowny zwrot w sposobie uczenia w odpowiedzi na sytuację kryzysową został określony jako *Emergency Remote Teaching* (ERT; Bozkurt, Sharma, 2020), podkreślając tym samym różnice między koniecznością niespodziewanej, gwałtownej modyfikacji procesu edukacyjnego a uczeniem online, które zakłada stosowanie przemyślanych, od wielu lat rozwijanych metod planowania i organizowania kursów, o potwierdzonej empirycznie skuteczności (np. Darabi, Liang, Suryavanshi, Yurekli, 2013; Doo, Bonk, Heo, 2020; Sun, Chen, 2016). Inną immanentną cechą ERT jest to, że zakłada tymczasowość proponowanych rozwiązań, w oczekiwaniu na możliwie najlepsze dostosowanie się do nowej sytuacji (Hodges i in., 2020). W odniesieniu do terminologii dotyczącej nowej formy uczenia narosło wiele nieporozumień wynikających z niedokładności tłumaczenia terminów. To, z czym wykładowcy mierzyli się podczas pierwszej fali pandemii, i co, często z ogromnym wysiłkiem, wdrażali, to „uczenie na odległość” (*remote teaching*), niesłusznie tłumaczone jako uczenie zdalne. Oba terminy znacząco się różnią, co podkreślane jest w specjalistycznych publikacjach z zakresu dydaktyki (Corbera, Anguelovski, Honey-Rosés, RuizMallén, 2020). Różnica ta odnosi się warunków prowadzenia kursu, jego struktury i organizacji. Mówiąc o nauczaniu zdalnym czy nauczaniu online, odnosimy się do kursów wyjściowo zaprojektowanych do takiego kontekstu, z przemyślanymi metodami dydaktycznymi, dobranymi do zakładanych efektów

kształcenia. „Uczenie na odległość” zaś, staje się odpowiedzią sytuację kryzysową i w związku z tym jego organizacja nie podlega tak dogłębnej refleksji.

Wykładowcy i studenci w różnym stopniu zaadaptowali się do nowej rzeczywistości edukacyjnej na uczelniach wyższych na całym świecie. Ta rzeczywistość przyniosła zarówno możliwość rozwoju, nabywania kompetencji oraz innego, kreatywnego spojrzenia na proces uczenia („*blessing in disguise*”, jak nazywają to Mishra, Gupta i Shree [2020]; Hüttel, Gnaur, 2020), jak i poważne, negatywne konsekwencje dla dobrostanu psychicznego nauczycieli akademickich (Sahu, 2020; Serralta, Zibetti, Evans, 2020).

Opublikowane dotychczas badania z udziałem wykładowców uniwersyteckich z różnych światowych ośrodków wskazują, że doświadczenie zmiany w sposobie uczenia jest złożone i wielowymiarowe. Najistotniejszymi kwestiami, które angażowały badanych nauczycieli akademickich, było utrzymywanie kontaktu ze studentami i ich motywacji do uczenia się w sytuacji globalnego kryzysu, postrzeganie emocjonalnego wysiłku podczas pracy dydaktycznej jako szczególnie obciążającego w pierwszym okresie pandemii, stawianie czoła wyzwaniom technicznym i technologicznym, w tym dostępu do adekwatnych narzędzi, organizacji miejsca pracy, jak również pojawiająca się konieczna refleksja wokół rekonstruowania pojedynczych zajęć oraz całych kursów (Flynn, Noonan, 2020; Hüttel, Gnaur, 2020; Said, Ali, Javed, 2021). Wykładowcy doświadczali także trudności w zorganizowaniu adekwatnego procesu kształcenia i oceniania jego efektów w nowych warunkach, wynikających z braku wiedzy i doświadczeń nauczania online (Müller, Goh, Lin, Gao, 2020; Said i in., 2021).

Prezentowane w niniejszym artykule badania miały na celu poznanie i zrozumienie doświadczeń wykładowców akademickich Uniwersytetu Warszawskiego podczas pierwszego semestru w okresie pandemii, ich nadziei, obaw i oczekiwań wobec zbliżającego się roku akademickiego, a także preferencji i postaw wobec nauczania przy użyciu narzędzi online, co wydaje się istotne wobec wciąż trwającej pandemii i konieczności wdrażania nowych strategii uczenia (tzw. *blended learning* – uczenie hybrydowe lub uczenie zdalne).

METODA

Jakościowy paradygmat badawczy

Bazując na założeniach fenomenologii (Husserl, 1990; Merleau-Ponty, 2001), egzystencjalizmu i hermeneutyki (Heidegger, 1962), za cel opisywanego badania przyjęto uzyskanie rozumienia subiektywnego doświadczenia nauczycieli akademickich podczas prowadzenia zajęć dydaktycznych w czasie pierwszej fali pandemii. Oczywistym był zatem wybór jakościowego paradygmatu badawczego. W tym przypadku była to Interpretatywna Analiza Fenomenologiczna (*Interpretative Phenomenological Analysis*, IPA), umożliwiająca analizowanie i interpretowanie znaczeń, jakie osoby badane przypisują swoim doświadczeniom (Creswell, 2009; Pietkiewicz, Smith, 2012; Smith, Flowers, Larkin, 2009). Indukcyjne podejście do otrzymanego materiału badawczego pozwoliło, naszym zdaniem, na uchwycenie w najlepszy możliwy sposób złożoności badanej problematyki.

Wywiad

W obecnym badaniu zastosowano typowe dla IPA wywiady częściowo ustrukturyzowane z pojedynczymi uczestnikami. Wywiad dotyczył doświadczenia w szczególnym momencie przejściowym między semestrem letnim 2019/2020 a semestrem zimowym 2020/2021. Semestr letni 19/20 był pierwszym, podczas którego doszło do *lockdownu* z powodu pandemii COVID-19. Praca dydaktyczna rozpoczęła się w salach wykładowych, a następnie wzrost zachorowań spowodował zamknięcie uczelni i przeniesienie zajęć do Internetu. Część wywiadów przeprowadzono zanim władze uczelni zdecydowały, że nauka w systemie online będzie kontynuowana, część już po ogłoszeniu decyzji o nauczaniu online w semestrze zimowym 2020/21. Pytania w wywiadzie dotyczyły doświadczeń i przeżyć wykładowców z poprzedniego semestru, a także ich przewidywań i percepcji nadchodzącego semestru.

Analiza danych

IPA nie narzuca jednego sposobu analizowania danych, jednak z teoretycznych założeń wynika, że badacz zainteresowany jest psychologiczną rzeczywistością uczestnika. W centrum analizy znajdują się znaczenia, jakie osoby badane przypisują swoim przeżyciom, a celem jest zrozumienie treści i złożoności tych znaczeń (Smith, Osborn, 2003). Otrzymany podczas badania materiał poddano analizie tematycznej w celu wyłonienia dominujących wątków w doświadczeniu badanych osób. Dla uporządkowania zbioru danych zastosowano następujące kroki (według schematu zaproponowanego przez Smitha i Osborna [2003]; zob. też: Pietkiewicz, Smith, 2012):

1. Wstępne, orientacyjne, wielokrotne czytanie wywiadów, pozwalające na poznanie treści zawartych we wszystkich wywiadach (wywiady przeprowadzone zostały przez dwie badaczki – KM i ZBM);
2. Określenie pierwszych tematów, pogrupowanie ich i sprawdzenie ich zgodności z wywiadami;
3. Doprecyzowanie tematów, skondensowanie ich i określenie połączeń między nimi;
4. Opisanie wzajemnych oddziaływań między interpretacją badaczy a opisem doświadczeń własnych uczestników ich własnymi słowami.

Na początkowym etapie cztery badaczki niezależnie czytały każdy wywiad i notowały swoje spostrzeżenia, komentarze i punkty szczególnej uwagi. Następnie badaczki, które przeprowadzały wywiady, porównały cztery zestawy notatek i na ich podstawie zidentyfikowały najczęściej pojawiające się tematy, a następnie zorganizowały je w wiązki.

Osoby poddające analizie otrzymane treści wywiadów są pracownikami dydaktycznymi Wydziału Psychologii UW, a zatem ich własne doświadczenia zawodowe z pewnością wpływały na interpretację otrzymanych treści, dostarczając kategorii pojęciowych, według których organizowany mógł być zebrany materiał badawczy.

Procedura badania

Opisywane w artykule badanie jakościowe jest częścią szerszego projektu badawczego, dotyczącego doświadczeń uczenia podczas pandemii COVID-19. Do pierwotnego, szerokiego projektu zaproszeni zostali wszyscy wykładowcy

Uniwersytetu Warszawskiego, poprzez rozesłanie przez e-mail informacji o badaniu i udostępnienie linku do ankiety online. Badanie to miało miejsce w lipcu–sierpniu 2020 roku. Osoby, które wzięły udział w pierwszej części projektu (ilościowej), miały możliwość zgłoszenia się do uczestnictwa w części jakościowej. Z chętnymi osobami badaczki kontaktowały się indywidualnie mailowo w celu umówienia terminu wywiadu przeprowadzanego przy pomocy platformy Google Meet. Za zgodą uczestników wywiady zostały nagrane, a następnie poddano je transkrypcji. Rozmowy z uczestnikami trwały ok. 35–75 minut. Taka forma badania podyktowana była nadrzędnym celem, jakim było umożliwienie badanym swobodnej refleksji i formułowania wypowiedzi, dzielenia się doświadczeniem i konstruowania indywidualnych znaczeń w bezpieczny, komfortowy sposób. Zarówno treść, jak i forma wypowiedzi w przeważającej części (prócz ogólnej struktury wywiadu) pozostawała w rękach badanych.

Wywiady przeprowadzane były we wrześniu 2020 roku, a więc po pierwszym semestrze w okresie pandemii i w przededniu rozpoczęcia kolejnego roku akademickiego (2021/2022). W chwili przeprowadzania części wywiadów nie było jeszcze pewne, w jakim trybie odbywać się będzie kolejny rok edukacji uniwersyteckiej. Rozmowy odbywały się także tuż po ogłoszeniu przez Władze uczelni utrzymania trybu pracy na odległość.

Grupa badana

Badana grupa składa się zatem z osób, które zgodziły się na rozmowę dotyczącą ich doświadczeń uczenia w nowych okolicznościach. Przedstawienie informacji dotyczących badanych osób zostało przygotowane w taki sposób, który umożliwia zachowanie ich anonimowości. W badanej grupie było 10 kobiet i 2 mężczyzn, większość (9 osób) była zatrudniona na stanowisku adiunkta (a także jedna osoba na stanowisku profesora i jedna na stanowisku starszego asystenta). Do wzięcia udziału w wywiadzie zgłosiły się 4 osoby w wieku 50–60 lat, dwie osoby w wieku 40–50 i 6 osób w wieku 30–40 lat. Pełną charakterystykę uczestników badania przedstawia tabela 1.

Tabela 1
Charakterystyka uczestników badania

| | Kod uczestnika | Płeć | Wiek | Stanowisko | Dziedzina |
|-----|----------------|------|-------|------------------|---------------------|
| 1. | K1 | K | 50–60 | adiunkt | nauki humanistyczne |
| 2. | K2 | M | 40–50 | adiunkt | nauki społeczne |
| 3. | K3 | K | 50–60 | profesor | nauki humanistyczne |
| 4. | K4 | K | 30–40 | adiunkt | nauki humanistyczne |
| 5. | K5 | K | 50–60 | adiunkt | nauki humanistyczne |
| 6. | K6 | K | 30–40 | starszy asystent | nauki ścisłe |
| 7. | K7 | K | 50–60 | adiunkt | nauki ścisłe |
| 8. | Z1 | K | 30–40 | adiunkt | nauki ścisłe |
| 9. | Z2 | M | 40–50 | adiunkt | nauki społeczne |
| 10. | Z3 | K | 30–40 | adiunkt | nauki humanistyczne |
| 11. | Z4 | K | 30–40 | adiunkt | nauki humanistyczne |
| 12. | Z5 | K | 30–40 | adiunkt | nauki społeczne |

Adnotacja. M = mężczyzna, K = kobieta.

WYNIKI

W wyniku analizy transkrypcji otrzymanych wywiadów wyróżniono kilkanaście wątków tematycznych, które pogrupowano następnie w szersze wiązki. Tematy oraz ich wzajemne powiązania przedstawia tabela 2.

Tabela 2
Wątki tematyczne wyłonione podczas analizy wywiadów

| Tematy główne | Tematy szczegółowe |
|-------------------------------------|---|
| Przeżycia wokół pandemii COVID-19 | |
| Przejęcie na nauczanie na odległość | Koszty Zyski Znaczenie wcześniejszego doświadczenia |
| Dydaktyka na odległość w pandemii | Dydaktyka na nowo Co się sprawdza w uczeniu, a co nie? Co się zmieniło, co pozostało podobne? Cele i znaczenie dydaktyki Szanse dla dydaktyki |

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

| Tematy główne | Tematy szczegółowe |
|---|--|
| Relacje ze studentami | Konflikty vs. wspólne ustalenia Odpowiedzialność za uczenie (się) |
| Społeczność uniwersytecka wobec pandemii | Społeczność wykładowców Wykładowcy i studenci na jednym wózku Wykładowcy a uniwersytet jako instytucja |
| Studenci w pandemii Dydaktycy dla studentów w pandemii | |

Opis tematów

Przeżycia wokół pandemii COVID-19. Podczas analizy wyróżniono temat odnoszący się wprost do tych przeżyć osób badanych, które związane były z doświadczaniem pandemii zarówno z perspektywy osobistej, jak i tej uwzględniającej kontekst zawodowy. Badani opisywali doświadczenie lęku i troski o życie i zdrowie swoje i bliskich im osób:

To czas, któremu towarzyszył taki niepokój, ja też jestem XXX (nazwa specjalności) i te wieści, które dochodziły z X (nazwa kraju), one były dramatyczne i jakby też wpływały, powiedzmy na moje, funkcjonowanie w dużym stopniu (K4),

a także te przeżycia, które związane były z koniecznością funkcjonowania w izolacji i mniejszym kontakcie z innymi:

Miałam trochę poczucie, że zdziczałam. I każda możliwość wyjścia i kontaktu z ludźmi w realu była dla mnie ważna, ale nie pamiętam, żebym odczuwała jakieś takie... napady paniki. Przy czym rzeczywiście mogłam, tak się złożyło, zastosować naprawdę bardzo wysoki stopień izolacji. (K3)

Ze sposobem przeżywania pandemicznej rzeczywistości nieodłącznie związana była też dla niektórych badanych praca zawodowa, która z jednej strony stawała się dystraktorem, pomagającym dystansować się od stresujących informacji:

To, że zajmujemy się zajęciami, czy chodzimy na te zajęcia, nawet wirtualnie, to przynajmniej na kilka godzin w tygodniu to nas odrywa od tego stresu, tego myślenia, bo nie ma co cały czas myśleć, że jest fatalnie, że ludzie umierają itd. (K2),

zaś z drugiej staje się kontekstem, w którym szczególnie istotne staje się własne bezpieczeństwo i zdrowie (K3, Z1):

Natomiast, ja nie ukrywam, że dla mnie jest też ważne jakby własne bezpieczeństwo, tak, nie tylko bezpieczeństwo studenta (...) gdybym prowadziła te przedmioty w wersji hybrydowej, to miałabym kontakt z ponad 400 osobami. Nie chcę tego po prostu (...). (Z1)

Przejęcie na nauczanie na odległość. Kolejnym wyróżnionym podczas analizy szerokim tematem głównym jest ten, który dotyczy doświadczeń samego przejścia na nauczanie zdalne. W opisach badanych akademików subiektywne, osobiste doświadczenie zmiany dotychczasowego kontekstu pracy stawało się bardzo złożone, co ukazuje wielość tematów szczegółowych.

Pierwszy wyróżniony przez nas temat szczegółowy dotyczył kosztów, jakich doświadczali wykładowcy wskutek zmiany sposobu pracy. Koszty dotyczyły różnych obszarów ich funkcjonowania, jednak najbardziej znaczące okazały się dwa z nich, związane z: (1) funkcjonowaniem w sferze emocjonalnej i zdrowotnej, (2) trudnościami technicznymi, finansowymi i organizacyjnymi.

Doświadczenie przejścia na nauczanie na odległość wykładowcy najczęściej opisywali jako nagle, zaskakujące, a także wspominali pierwsze odczucia związane z niepewnością i stresem.

Szukający trochę, na początku. Myślę, że tak dla wszystkich było. Pierwsze wrażenie było chyba takie, że tego się nie da zrobić, to znaczy, że nie ma takiej możliwości, żeby prowadzić normalne zajęcia w trybie zdalnym. (Z3)

Najtrudniej mi było przejść na zajęcia prowadzone właśnie na Google Meets, ponieważ nie lubię takiego mówienia do ekranu i tam początkowo strasznie jestem zderowana. (Z4)

Wykładowcy mieli zróżnicowane spojrzenia i pomysły na perspektywę kolejnego semestru spędzonego na nauczaniu na odległość. W narracjach dominowały jednak opisy zmęczenia i zniechęcenia sytuacją.

Perspektywa, że to ma być jeden semestr, a później będzie lepiej i wrócimy do pracy stacjonarnej, to było to światło w tunelu i to bardzo pomagało, a teraz już nie ma tego światła. (K1)

Nasi rozmówcy zwracali też uwagę na zdrowotne i fizjologiczne aspekty prowadzenia zajęć zdalnych. Mówili o zmęczonym wzroku, bólu pleców, niezrealizowanej potrzebie ruchu i przerw między zajęciami. Wspominali również, że praca wykładowcy wiąże się z innymi obowiązkami niż bezpośredni kontakt ze studentami na zajęciach, co wydłużało godziny spędzone w przed komputerem.

Bo już teraz ja to ja, ale nawet studenci młode osoby przy 4 czy 5 zajęciach mówią, że słabo widzą to, co jest na ekranie, całe ciało zaczyna boleć, bo w sali to jednak wychodzi się na przerwę, prowadząc zajęcia ja wędruję po całej klasie, zaglądam do zeszytu, człowiek się rusza, a tutaj siedząc przed komputerem, przed mikrofonem i to jest trudne dla nas i też właśnie dla studentów. (K1)

Martwym bykiem na tyłku tyle godzin plus ta praca biurowa, która też wymaga po prostu siedzenia... czytania, pracy z komputerem i to wiele godzin przed komputerem. Poczuję, że zaczynają plecy boleć, czy coś z kręgosłupem się dzieje. (K2)

Wszystkie badane przez nas osoby odnosiły się także do swojego doświadczenia przeciążenia pracą – jej intensywnością, większą liczbą nowych zadań i koniecznością poświęcania znacznie większej ilości czasu na przygotowanie zajęć w taki sposób, aby spełniały oczekiwania (realizowały zdefiniowane efekty kształcenia).

Chyba tutaj najtrudniejsze było to, że chcąc zapewnić studentom podobny przynajmniej poziom osiągnięcia tych efektów kształcenia, musiałam poświęcić o wiele więcej pracy właśnie w dydaktyce, w ogóle mam dużo zajęć, ale w zeszłym semestrze potrafiłam spędzać po 12 godzin dziennie na samej dydaktyce. (K7)

Wykładowcy mówili również, że dodatkowy czas poświęcony na nauczanie na odległość oznacza, że muszą rezygnować z innych aktywności, m.in. z prowadzenia badań naukowych.

Jest trudny moment, kiedy trzeba złożyć wszystkie projekty, które się rozpoczęło w wakacje i zająć dydaktyką, i zobaczymy, i mam taką obawę, że dydaktyka i sprawy

organizacyjne, w które jestem też bardzo zaangażowana na wydziale, pochłonie mnie i zamknie się ta otchłań nade mną i o tamtym rozwoju nie będzie mowy do Bożego Narodzenia, będzie taka bieżączka, prawda, cały czas [w] kieracie takich maili od studentów i jakoś tam dyżurów, dokumentów. (K3)

Treści dotyczyły także kosztów o innym charakterze – związanych z trudnościami organizacyjnymi, technicznymi czy obciążeniami finansowymi. Badani wykładowcy opisywali szereg trudności, z którymi spotkali się na początku nauczania w trybie zdalnym. Zmiana oznaczała, że niemożliwe stało się działanie i funkcjonowanie według ustalonych schematów, a dotychczasowe sposoby pracy nie miały już zastosowania.

Trzeba było sporo zaimprovizować i w krótkim czasie się zmobilizować, żeby nowe, no, w miarę przyzwoite jakieś ścieżki pracy sobie ułożyć i ustawić. (Z1)

Zmieniło się również stanowisko pracy wykładowców. Wyżej wspomniano o braku ruchu i zmęczeniu pracą przed ekranem komputera. Przejście na nauczanie zdalne oznaczało jednak, że wykładowcy przyzwyczajeni do sal wykładowych i laboratoriów, a także korzystający z wyposażenia dostępnego na wydziałach, musieli dostosować warunki w domach do pracy dydaktycznej, co wymagało nakładów finansowych i organizacyjnych. Badani znaleźli się w sytuacji, w której musieli zorganizować sobie stanowisko pracy, zapewnić odpowiedni sprzęt i rozwiązania techniczne.

Nie mam żadnych schorzeń, mam nadzieję, ale jak poczułem, że to już jest niewygodne, tak, czy nie mogę się oprzeć wygodniej w takiej pozycji fizjologicznej, to kupiłem sobie ten fotel. No i to był ten przeskok, tak jak mówiłem... Zamówiłem wszystko online, przyszło do domu, złożyłem sobie fotel i pracowałem. (K2)

Myśmy byli bardzo namawiani do używania Google Meeta, który, moim zdaniem, jest taką sobie platformą, no i zdecydowałam się, żeby samej sobie zapłacić i wykupić Zooma tego rozszerzonego, z własnych środków i wydaje mi się, że to była dobra decyzja, tam jest opcja na jakieś quizy, czy jakieś możliwości wysłania ikonki czy podniesienia ręki, co pozwalało na takich zajęciach na jakąś dynamikę. (K4)

Inny temat, który pojawił się w tej wiązce, dotyczył doświadczeń nauczycieli akademickich w organizowaniu swojej pracy w środowisku domowym.

Zacieranie się granic pomiędzy obszarem prywatnym i zawodowym było przeżywane jako trudne.

No bo to nie jest sala zajęciowa, gdzie ja czuję, że jestem na zajęciach, tylko to jest dom ... Tu chodzi kot, tam szczeka piesek, prawda, tu może jakieś młodsze rodzeństwo biega w tej chwili (...). I to jest trochę takie, mam wrażenie, takie trochę dziwne wrażenie, ja też się tak dziwnie czułam, że jestem tak jakby pół w domu, pół w pracy. (...) Ja mam wrażenie, że to było takie przemieszanie porządku po prostu. (Z3)

Odgraniczanie obu światów – zawodowego i osobistego – stawało się także wyzwaniem dla tych z naszych rozmówców, którzy są rodzicami.

I przygotowywałam się w ten sposób, że wieczorami staram się przy dziecku jak najmniej pracować (...) uznaliśmy, że dziecko ma z naszej trójki najgorzej, więc, jakby, staramy się dbać o jego samopoczucie też mocno... no i przygotowałam to w ten sposób, że robiłam prezentacje, siadałam wieczorami, jak nie było już hałasu w domu. (K6)

Te doświadczenia osób badanych można ujmować w kategoriach konfliktu rodzina vs. praca, kiedy wymagania jednej roli utrudniają pełnienie drugiej (Greenhaus, Beutell, 1985).

Podczas analizy przeprowadzonych wywiadów wyodrębniono także temat szczegółowy dotyczący zysków, które wykładowcy dostrzegali w przejściu na pracę zdalną. Wskazywano na to, że praca w trybie zdalnym ma swoje zalety odnoszące się wprost do pracy zawodowej, jak i do życia osobistego. Wykładowcy zwracali uwagę na większą dostępność różnego rodzaju wydarzeń, wtedy kiedy odbywają się one online:

To jest jakiś pozytyw, że można dowiadywać się rzeczy bez przemieszczania się. Teraz na przykład uniwersytety XXX organizują to, co organizowały wcześniej, tylko zdalnie, co daje nam możliwość dołączenia, seminaria otwarte itd., no a wcześniej to jednak było tak, kto był w Warszawie, to był odcięty. (K4),

jak i możliwość własnego rozwoju i nabywania nowych kompetencji:

Jestem doświadczonym pracownikiem naukowo-dydaktycznym, pracuję już naprawdę długo, może nie wyglądam, ale tak jest, nawet weszłam w wiek emerytalny. Jeśli osoba w moim wieku potrafi się samodzielnie nauczyć nowych rzeczy i nabiera nowych

kompetencji, to to jest dzika frajda. Ja w ogóle się uwielbiam uczyć nowych rzeczy, także ja mam z tego przyjemność. (K3)

Jako pozytyw odbierano także pewną elastyczność w organizacji zajęć i możliwość dostosowania czasu pracy do potrzeb wykładowców i studentów, w tym przekładanie zajęć na inne godziny po wspólnych ustaleniach.

Okazało się także, że dla wykładowców duże znaczenie dla przeżywania zmiany sposobu pracy miało wcześniejsze doświadczenie pracy zdalnej. Treści te przypisane zostały do kolejnego tematu szczegółowego. Wszystkie badane przez nas osoby nawiązywały do nabytych wcześniej kompetencji. Ich poziom w badanej grupie był zróżnicowany – od autorów kursów online z wieloletnim doświadczeniem, po osoby, które czerpały ze swoich doświadczeń jako uczestników zdalnych zajęć, jednak dla wszystkich stanowiło to fundament, na którym bazowali podczas swojej pracy dydaktycznej w trakcie omawianego semestru:

Przyznam, że jestem z tych wykładowców, którzy już dosyć intensywnie korzystali z platform wcześniej, czyli, jakby, wymagało to ode mnie, no, powiedzmy, nie rewolucji, a ewolucji. (K6)

Dydaktyka na odległość. Trzeci wyodrębniony podczas analizy temat główny obejmuje te refleksje i doświadczenia wykładowców, które wprost dotyczą samej dydaktyki i sposobów jej realizacji. Do pierwszego wątku szczegółowego przypisano wypowiedzi badanych, które dotyczyły szukania i wdrażania nowych metod nauczania. Wymagało to odpowiedniego przygotowania materiałów dla studentów, dostępnych wyłącznie elektronicznie, co pociągało za sobą decyzje dotyczące dostępności i formatu materiałów oraz sposobu korzystania z nich przez studentów. W dalszej kolejności wpływało to na sposób pracy studentów i ich uczenie się.

Więc, szczerze mówiąc, tak, nie mieliśmy wielu spotkań takich synchronicznych. To były, to były pojedyncze spotkania na początku i na końcu, takie podsumowujące. Natomiast w większości sytuacji wykorzystywałem Kampusa i takie prezentacje interaktywne, multimedialne. Więc tak naprawdę wszystko polegało na tym, żeby przeorganizować materiał, uatrakcyjnić, wrzucić takie rzeczy, żeby studenci sobie na przykład sami mogli włączać różnego rodzaju treści, filmy, nagrania, wszystkie prezentacje; czy praktycznie wszystkie slajdy były skomentowane pod kątem audio.

Nagrywałem to, co chciałem powiedzieć, to, co chciałem przekazać, a do tego studenci sobie mogli sami wyszukać jakieś informacje, włączyć filmy w dowolnym momencie, i tak dalej i tak dalej. (Z2)

Szczególnym wyzwaniem było przygotowanie zajęć praktycznych, tak aby na bieżąco weryfikować umiejętności studentów, nie mając z nimi bezpośredniego kontaktu.

Ja w tej chwili zdecydowałam się przygotować takie szczegółowe nagrania, już część sobie porobiłam, takie *step by step* pokazywanie wszystkich doświadczeń, które studenci normalnie wykonują. Rzeczywiście, no takie dość dokładne objaśnianie poszczególnych etapów i zamierzam to z nimi wspólnie obejrzeć, komentować na bieżąco, bo nie bardzo widzę tutaj inną możliwość, tak, jak sobie z tym poradzić. (Z1)

Doświadczenie uczenia na odległość dało wykładowcom możliwość zapoznania się z nowymi technologiami i metodami pracy dydaktycznej. W temacie szczegółowym pt. „Co się sprawdza w uczeniu, a co nie?” zawarto te treści, w których zwracano uwagę na szereg pozytywnych aspektów nauczania na odległość, takich jak rozwiązania pozwalające na stworzenie np. wirtualnej klasy, która daje możliwość poszerzenia standardowych zajęć:

Na pewno będę dalej wykorzystywała Moodla, bo odkryłam różne fajne rzeczy na Moodle i uważam, że zamiast robienia takich testów pół semestralnych, kartkówek, czy czegoś takiego, to uważam, że bardzo dobrze jest właśnie porobić takie quizy na Moodle. Tam jest sporo różnych możliwości, różnych sposobów pytań i naprawdę przynajmniej przy tych przedmiotach, których ja uczę. (Z3),

a także niezależność, twórczy dobór materiałów dla studentów i elastyczność:

w końcowym efekcie mogę powiedzieć, że te zajęcia też były fajne, że byliśmy uniezależnieni od tego, co aktualnie jest muzeum, więc mogłam gromadzić te zbiory, tworząc pewne bloki treści i w jakiejś mierze korespondujące – na przykład duże... dużą prezentację na temat jednego artysty, więc to też miało swoje plusy. (Z4)

Badani wykładowcy podkreślali również, że nauczanie na odległość nie byłoby skuteczne bez możliwości spotykania się ze studentami, a także, że

spotkania były ważne zarówno w związku z jakością nauczania, ale też ze względów społecznych:

Z różnych ankiet studenckich wiem, że studenci strasznie źle zareagowali na takie zajęcia, które były prowadzone mailem, to znaczy wysyłałam materiał „Przeczytajcie”, nie wiem, „Odpowiedzcie na pytania, wyślijcie odpowiedzi”, tak, natomiast, dość dobrze reagowali na zajęcia właśnie prowadzone tak przez Meeta. (Z3)

Pozytywnie to oceniam, bo bardzo fajnie mi się zmotywowali, więc wzięliśmy, przedstawiliśmy się z pracy, tak, indywidualnej na pracę grupową, ale w takich małych grupkach, takich zadaniowych, po cztery osoby. Więc ja im zadawałam takie pytanie, tylko nie indywidualne, że musisz przygotować, przeczytać, być gotowy, ale jakieś zadania, opracowanie jakiegoś tematu – trzy–cztery osoby. Myślę, że to też dla nich fajnie działa, działało, bo pozwalało się połączyć też, jakieś tam te kontakty mieć, więc też dzięki... To jakaś taka wartość dodana, chyba zaraz po czasie tak myślę, jakaś wartość dodana, że gdzieś tam nie siedzieli tacy wyalienowani, ale trochę tam razem. (K3)

Wszyscy wykładowcy porównywali nauczanie przed pandemią do nauczania w pandemii i w znaczącej większości mówili, że ich praca – sposoby, schematy, podejście, a także rutynowe czynności – się zmieniła. Przypisano treści te do tematu szczegółowego, który zatytułowano „Co się zmieniło, co pozostało podobne?”.

Opisywane zmiany miały zakres od zmian technicznych, „narzędziowych”:

Zmieniają mi się narzędzia, jeżeli to jest online, ale też, no na przykład w przypadku warsztatów, to mi aż tak nie rzutuje na prowadzenie tych warsztatów. Ja mogę znowu to wszystko prawie jeden do jednego przełożyć, tak. To będzie trochę mniej angażujące, no bo nie ma siły, tak, trochę trudniejsze, bo jednak jest ta bariera monitora, prawda, ale jestem to w stanie przełożyć. (Z1),

przez zmiany dotyczące komunikacji i pracy ze studentami podczas zajęć, po zmiany organizacyjne wynikające ze specyfiki pracy przez Internet:

I trzymamy się jak idioci tych 4 godzin. Teraz napisałam „słuchajcie, ponieważ wszyscy mówią o *Zoom fatigue* itd., czy możemy się umawiać raz na 2 tygodnie na 1,5h?” i, wszyscy powiedzieli „świąteczny pomysł”, ale ani oni o tym nie pomyśleli, ani ja, tak? Że coś takiego można zaproponować, chociaż nie jest tak, że mają kłopoty

z proponowaniem różnych rzeczy. Świadczy to o tym, że jesteśmy przyzwyczajeni do pewnych form i trudno jest nam zmieniać nasze przyzwyczajenia. (K1)

Wykładowcy spontanicznie nawiązywali do znaczeń i celów dydaktyki w ogóle. Treści te obejmuje temat „Cele i znaczenie dydaktyki”. Wypowiedzi wykładowców o tym, czym dla nich jest dydaktyka, co znaczy i jakie mają cele jako dydaktycy, były ze sobą spójne. Badani mówili o przekazywaniu wiedzy i angażowaniu studentów w proces uczenia. Podkreślali także, że bez względu na sposób pracy, odległość, możliwości techniczne, to właśnie są główne cele pracy dydaktycznej.

Moim zdaniem to, że jest online, to tak naprawdę niewiele zmienia, jeżeli chodzi o moje obowiązki jako nauczyciela, tak. Bo to na nic nie wpływa. Ja ciągle mam za zadanie przekazać pewną wiedzę w taki sposób, żeby zaangażować w to studenta, tak. Ja w ogóle staram się zawsze, już niezależnie od tego, czy to jest online, czy to jest na żywo. (Z1)

Dla mnie to jest po prostu realizacja założonych tak czy inaczej celów przedmiotu, efektów kształcenia, uczenia się, czy jak to tam nazwać, w zasadzie realizacja całego programu, tylko po prostu przy pomocy innych narzędzi, co tylko przekłada się i wyłącznie na sposób prowadzenia, ewentualną modyfikację treści, tak żeby jednak motywacja do uczestnictwa w tych zajęciach była na odpowiednim poziomie. (Z2)

Ważną kwestią dla wykładowców było utrzymanie poziomu i jakości kształcenia studentów. W wypowiedziach wykładowców obecny był wątek dotyczący zamknięcia Uniwersytetu Warszawskiego z dnia na dzień, co wymusiło wprowadzenie sposobów nauczania niesprawdzonych, bez możliwości przetestowania, z nieprzewidywanymi efektami.

Mam nadzieję, że jednak za jakiś czas wszystko wróci do normy albo przynajmniej, że będzie można w sposób jakoś taki hybrydowy to prowadzić. Bo nie wiem, jak długo można ciągnąć w ten sposób zajęcia. (...) Wydaje mi się, że dłuższe trwanie w takim stanie, no będzie ze szkodą po prostu dla, dla jakości kształcenia, tutaj nie mam wątpliwości co do tego. W przypadku przynajmniej części przedmiotów, zwłaszcza tych takich bardziej praktycznych, klinicznych, zdecydowanie. (Z2)

Wszystko zostało odłożone, bo najważniejsza jest ta dydaktyka. No żeby jakoś nie okazało się, że studenci kończą semestr, a wiedzą jedną trzecią tego, co w zeszłym roku, na przykład, więc to było bardzo trudne. (K1)

Z drugiej strony, badani wskazywali, że nauczanie na odległość nie przekreśla szans studentów na zdobycie praktycznych umiejętności, doświadczeń czy wiedzy, ponieważ są one częścią procesu uczenia (się), który będzie kontynuowany również po zakończeniu pandemii.

Mogę, z pewną stratą dla tych umiejętności manualnych studenta, mogę to przenieść online. I mogę pokazać film. Tym bardziej, że i tak potem jest w ten sposób, że tych wszystkich tam technicznych rzeczy i właśnie działania manualnego, które jest też dość istotne w laboratoriach, i tak potem studenci się uczą albo podczas przygotowywania pracy dyplomowej, albo na jakimś stażu, czy to zewnętrznym, czy to wewnętrznym, albo tak naprawdę w momencie, kiedy idą do pracy. (Z1)

Ostatnim tematem szczegółowym przypisanym do tematu głównego, dotyczącego dydaktyki prowadzonej na odległość, jest ten, w którym wykładowcy wskazywali na szanse, jakie dla procesu uczenia się tworzy nowa rzeczywistość. W polu uwagi znajdowały się zarówno nowe kompetencje i możliwości związane ze specyfiką pracy zdalnej, nabywane przez studentów i wykładowców, jak i zmieniający się stosunek do nauczania na odległość.

Druga rzecz, która wyszła nam na dobre, to myślę, że może trochę odczarujemy zajęcia online. To znaczy, do tej pory to chyba było takie traktowane, że edukacja taka online to jest taki gorszy brat tej edukacji normalnej (...). Wydaje mi się, że trochę to odczarowaliśmy i chyba żeśmy sobie wszyscy uświadomili, że edukacja online, jak jest robiona dobrze, sensownie, z pomysłem, to ona właściwie specjalnie nie ustępuje takiej edukacji stacjonarnej, a na przykład w niektórych sytuacjach może to być coś, co jest bardzo, znaczy, ma jakąś wyższość nawet nad stacjonarną. (Z3)

Pojawiła się także nadzieja na głębsze zmiany w sposobie prowadzenia dydaktyki i jej głównych założeniach, które zapoczątkowane miałyby być doświadczeniem nauczania na odległość:

To co bym widziała, to inne spojrzenie na cały proces uczenia. Z jednej strony, mamy te repozytoria, a kiedyś wrócimy do klas, mądrzejsi i wtedy ten czas w klasach będzie można spożytkować lepiej po prostu. Wydaje mi się, że przez to możemy wykonać taki skok jakościowy, że nie będziemy już taką pruską szkołą, takim pruskim uniwersytetem, że się nam studenci usamodzielnią. (K5)

Relacje ze studentami (w kontekście dydaktyki). Znaczącą częścią doświadczenia badanych, do którego odnosili się spontanicznie podczas wywiadów, były relacje między wykładowcami a studentami w kontekście procesu dydaktycznego. Przejście na uczenie na odległość postawiło wyzwanie nie tylko w postaci innego sposobu zarządzania treściami i ich prezentacji, ale także sprawiło, że kontakty między wykładowcami i studentami wokół dydaktyki musiały się zmienić. W wyniku analizy w tym temacie głównym wyróżniono tu trzy tematy szczególne.

Pierwszy z nich, nazwany przez nas „Konflikty vs. wspólne ustalenia”, dotyczył tego, w jaki sposób wykładowcy doświadczali i rozumieli proces współtworzenia procesu dydaktycznego przez studentów bądź ich adaptowania się (w tym buntu i sprzeciwu) do zmian.

Wykładowcy z jednej strony wskazywali na to, że doświadczenie uczenia i uczenia się na odległość związane było z szerszą niż zazwyczaj współpracą między wykładowcą a studentem w kształtowaniu procesu dydaktycznego, studenci częściej byli zapraszani do współudziału w podejmowaniu decyzji. Wykładowcy widzieli to jako odpowiedź na potrzeby studentów w trudnej sytuacji pandemii, np.:

Trudno dla nich było, na pewno bardzo trudno i starałam się dużo z nimi rozmawiać. Zdarzało się że musieliśmy odpracowywać zajęcia, bo całe 1,5h spędziliśmy na rozmawianiu, jak to teraz jest, jak to rozwiązać, co zrobić (...). Zdaliśmy sobie sprawę, że to jest nasz wspólny problem, i to musimy wspólnie ustalić i wspólnie rozwiązać, np. sesje, zasady przeprowadzania egzaminów, zaliczeń, wszystko uzgodniliśmy ze studentami i proszę sobie wyobrazić, wszyscy się zgodzili na egzaminy ustne na Google Meet. (K1)

Wskazywano również jednak na to, że nauczanie na odległość przyniosło nieoczekiwane negatywne zmiany w kontaktach między obiema stronami. Tutaj badani wykładowcy zwracali uwagę na to, jak negatywnie szczególna sytuacja nauczania na odległość wpłynęła na przestrzeganie reguł przez studentów i umowy z wykładowcami:

Dosyć powszechne było oszukiwanie nas. To znaczy ściąganie, odpowiadanie, to na tych wejściówkach u nas było widać, że odpowiadają nie na swoje pytania. Studenci się wymieniają (...). To znaczy ja mogę być miła i uprzejma dla tych, którzy chcą się uczyć, ale jak ktoś mnie oszukuje, to bardzo tego nie lubię. (K7)

Jedyna zmiana, która nastąpiła w związku z egzaminami zdalnymi, to była taka próba wymuszenia na nas w ogóle jakichkolwiek form sprawdzenia tego, co się nauczyli, i była bardzo powiedziałabym radykalna (...). To tak, jak chciałam powiedzieć, że moje podejście... że oczywiście studenci mają prawo wyrazić swoje niezadowolenie czy wątpliwość. Natomiast tutaj to była próba wymuszenia tego, żebyśmy zrezygnowali z jakiegokolwiek próby sprawdzenia materiału w przedmiocie. (K1)

Innym tematem szczegółowym, często pojawiającym się w wypowiedziach badanych wykładowców, był ten dotyczący sposobów komunikowania się ze studentami oraz własnych odczuć, związanych z innym, najczęściej zupełnie nowym rodzajem komunikacji – zapośredniczonej przez narzędzia pracy zdalnej. Wykładowcy mówili również o napięciu związanym z nagłą zmianą sposobu pracy i dialogu ze studentami. W wypowiedziach obecne były motywy dotyczące radzenia sobie z nagłą zmianą, która wymagała dużej mobilizacji, a także elastyczności w podejściu do pracy dydaktycznej. Jednym z takich motywów były kwestie związane z używaniem kamer przez studentów i przez wykładowców. Szczególną trudność sprawiła praca bez kontaktu twarzą w twarz, wymagająca dostosowania się do jednostronnego przekazywania treści za pomocą kamery i mikrofonu, jak również trybu asynchronicznego.

Bo większość zajęć, jak prowadzę, to mam jakąś prezentację i mówię do siebie, takie jest odczucie. (K5)

Wie Pani, jak to jest koszmarnie, mówić do monitora i on ani słowa nie powie, gdyby ten monitor powiedział „słuchaj, kobieto, źle ustawiłaś sobie komputer i nie zmieniają się slajdy”, to ja bym nie powtarzała po jednej półtorej godziny następnej półtorej godziny wykładu, tylko bym to poprawiła. (K6)

Ponadto, z jednej strony, wykładowcy zdawali sobie sprawę z tego, że mogą wymagać od studentów włączonych kamer, jednak z drugiej strony, przyznawali, że wymóg ten nie zawsze był realistyczny, łatwy dla nich do wyegzekwowania:

Jakoś nie miałam nigdy odwagi powiedzieć „Proszę mi teraz włączyć kamery, bo muszę was widzieć”. (Z4)

Zresztą w ogóle komunikacja na czacie okazała się być takim strzałem w dziesiątkę, bo ja też na początku stwierdziłam, że to jest tak drastyczna zmiana, że trudno jest

studentom cokolwiek narzucić (...). I ja się ich po prostu pytałam, czy oni wolą mieć włączone kamery, a okazało się, że w większości wolą mieć wyłączone kamery. (Z3)

Wykładowcy dostrzegali zalety i doceniali możliwości, jakie dają platformy lub aplikacje, utrzymując jednocześnie w pamięci różnorodne uwarunkowania (np. techniczne) po stronie studentów.

Były dwa momenty, że jedna z osób miała słabe połączenie, no to wtedy, ponieważ to się, no, jakby... zdaję sobie z tego sprawę, jeżeli ta osoba właśnie coś prezentuje, tak, no to wtedy, ponieważ to były na szczęście prezentacje grupowe, to wtedy po prostu kolejna osoba z grupy podejmowała ten temat i mówiliśmy do tej osoby, która miała słabe połączenie, że na razie dzięki, a potem znów będziesz mógł. (Z1)

Jednocześnie często zwracano uwagę na to, jak inny kontekst i kontakt ze studentami daje sytuacja uczenia na odległość. Zwiększony dystans między wykładowcami a studentami przeżywany był zarówno jako strata osobista, jak i czynnik wpływający na dynamikę uczenia, np.:

Brak tego kontaktu jednak bezpośredniego ze studentami. No niby jest przez tą kamerę, ale... on nie jest nigdy taki idealny. Tak, bo to jednak się jednocześnie wszystkich nie ogarnia, a ja lubię jednak mieć ten kontakt bezpośredni, tak? Normalnie ktoś nie musi się odzywać, żeby ja wiedział, czy śpi, czy trzeba go obudzić, czy reaguje jakkolwiek... (K2)

Innym tematem szczegółowym w obrębie doświadczenia relacji ze studentami w kontekście dydaktyki był ten, odnoszący się do odpowiedzialności za uczenie (się). Wykładowcy zaobserwowali i doświadczyli zmiany swojej roli i poziomu odpowiedzialności za przebieg procesu uczenia się, wskazując, że uczenie w nowej, często asynchronicznej formie sprawia, że studenci stają wobec wyzwania samodzielnego organizowania swojego uczenia w dużo większym stopniu niż dotychczas:

W ogóle to zdalne nauczanie, wiadomo, ma tak, że przerzuca bardzo, sporą część zdobywania wiedzy na słuchacza. W sali dużo mniejszą... jest inna proporcja tego zdobywania wiedzy. Na pewno jest tak, że to przerzuca trochę na studentów pewną odpowiedzialność. (K6)

Jednocześnie w sytuacji uczenia w trybie synchronicznym zwracano uwagę na większy trud utrzymywania uwagi podczas zajęć przez studentów i jednocześnie mniejszą możliwość wpływu wykładowcy.

No bo przecież my nie mamy kontroli nad tym, co robią w tym momencie. Ja się nad tym zastanawiałam właśnie... czy na przykład nie warto byłoby jakoś tego kontrolować (...) doszłam do wniosku, że nie, ponieważ stwierdziłam, że jak oni siedzą w sali, to ja też nie mam kontroli nad tym, co oni robią. No nie zmusi się człowieka, żeby słuchał i miał cały czas uwagę, prawda, może siedzieć, jakieś kwiatki rysować i doszłam do wniosku, że po prostu, no, to są dorośli ludzie, więc, no, nie będziemy, nie będziemy ich traktować jak w szkole podstawowej. (Z3)

Spółeczność uniwersytecka wobec pandemii. Wykładowcy w trakcie rozmów odnosili się także często do współdzielenia pewnych aspektów rzeczywistości z innymi i kształtującego się przez to doświadczenia wspólnoty. Temat ten obejmuje też opisy oczekiwań, które nie zostały w tym obszarze spełnione. Wyodrębniono trzy wątki szczegółowe – jeden z nich dotyczy wspólnoty wykładowców – jej tworzenia przez pracowników dydaktycznych uniwersytetu wobec wyzwań zmieniających się warunków pracy, drugi obejmuje dostrzeganie szerszej wspólnoty akademii – doświadczeń współdzielonych ze studentami, zaś trzeci obejmuje oczekiwania wobec uniwersytetu jako instytucji.

Te fragmenty wywiadów, w których wykładowcy odwoływali się do współpracy z innymi pracownikami uniwersytetu, do udzielanego sobie wzajemnie wsparcia, zaliczano do pierwszego tematu szczegółowego.

U nas na szczęście na wydziale taka grupa inicjatywna bardzo mocno się włączyła jakby w pomoc. Taka wewnętrzna u nas, włączyła się w taką ogólną pomoc i oni zaproponowali pewne platformy. Zaproponowali konkretnie Webexa i Google Meet właśnie i nawet tam się zorganizowali, takie jakieś małe szkolenia. (Z1)

Okazało się także, że częstym tematem były emocjonalne doświadczenia wykładowców dzielenia ze studentami trudów zmiany warunków prowadzenia dydaktyki. Zwracali oni uwagę na fakt, że prowadzenie/uczestniczenie w zajęciach bardziej niż przed wybuchem pandemii było przeżywane jako wspólna przestrzeń i wysiłek. Zyskało ono szczególne, nowe znaczenie, formując w różny sposób „bycie razem” studentów i wykładowców i jego możliwe konsekwencje. Opisy tych doświadczeń zaliczono do odrębnego podwątku.

Jeśli chodzi o lęk jakieś takie lęki związane z dydaktyką... znaczy, miałam takie poczucie, że jedziemy na tym samym wózku, i ja, i moi studenci. Ja się mogę od nich teoretycznie czegoś nauczyć, bo oni są tymi cyfrowymi tubylcami, co nie jest do końca prawdą, tak? (K4)

Wszyscy siedzieli w tak samo trudnych warunkach. ale było widać, że to jest największy problem po takiej stronie życiowej, że te warunki życiowe się bardzo zmieniły. Normalnie nie mamy do tego dostępu (...). A tutaj każdy uważał, że jest w nadzwyczajnej sytuacji... a jak się popatrzy na to z boku, to się okazało... że z jednej strony wszyscy jesteśmy w nadzwyczajnej sytuacji, ale ponieważ wszyscy jesteśmy w nadzwyczajnej sytuacji, to ona nie jest nadzwyczajna (...). Ja to nazywam zdziwieniem, i to zarówno my, prowadzący, jak i nasi studenci, i później obawiam się, że to będzie jakiegoś rodzaju... nie wiem, czy to będzie można nazwać traumą, ale przez wiele, wiele lat będziemy musieli sobie z tym radzić. (K7)

Trzecim, ostatnim, tematem szczegółowym w obrębie treści dotyczących przeżywania wspólnoty jest ten, w którym wykładowcy dzielili się swoimi zawiedzionymi nadziejami lub obawami wokół funkcjonowania w ramach uniwersytetu jako instytucji. Tutaj w centrum uwagi byli często sami wykładowcy i ich doświadczenia bycia pozostawionym bez wsparcia (ze strony instytucji), na przykład:

Te bóleczki jednak się identyfikuje i jednak pozostawienie ludzi samym sobie, tak? Bo ja miałem świadomość, i tak nawet rozmawiałem ze starszymi kolegami, wykładowcami, że jeżeli ktoś tego nie ogarnia, to został wrzucony w czarną dziurę i koniec, i radź sobie sam, przynajmniej w tej fazie początkowej (...). Ale to jest takie nieprzyjemne zawsze, tak? Że się wymaga, a nie ma tego wsparcia, a z drugiej strony pozostawienie samemu sobie w sensie takim na przykład technicznym. (K2)

W innych wypowiedziach, w których uniwersytet i jego rola pozostawały w centrum, uwaga rozmówców skierowana była w stronę studentów i strat, jakie oni być może ponoszą/poniosą.

Najtrudniej będzie na pewno z I rokiem, który nie będzie miał tej możliwości jakiegoś takiego podłączenia się do tej tkanki uniwersyteckiej tu na Krakowskim Przedmieściu (...). Jednak to doświadczenie przyjechania do Warszawy dla tych osób, które są z innych miast, znalezienie jakiejś pracy, dla tych ludzi to jest jakoś kluczowe, bez tego oni nie będą studentami tak naprawdę. To taka formująca funkcja uniwersytetu nie zagra w 100%. (K6)

Studenci w pandemii. Dydaktycy dla studentów w pandemii. W przeprowadzonych przez nas wywiadach wiele uwagi wykładowcy poświęcili emocjonalnym potrzebom i trudnościom studentów oraz własnym staraniom, aby w miarę swoich możliwości i kompetencji odpowiednio reagować. Dostrzegali po pierwsze, jak sytuacja pandemii i związane z nią obostrzenia negatywnie wpływały na funkcjonowanie studentów:

Miałam wrażenie, że sporo osób, nie wiem, czy to aż depresja ... depresyjni..., ale byli tacy trochę, tacy przygnębieni bardziej niż zwykle i moim zdaniem właśnie to brak kontaktu z ludźmi chyba troszeczkę miał na to wpływ. (K1)

Ja też myślę, że im bardzo zaczął doskwierać ten brak kontaktu po prostu, takiego z grupą, rówieśnikami, jakiegoś takiego komentowania pewnie na bieżąco tego, co się dzieje, tak? (Z3)

Jednocześnie wykładowcy rozpoznawali w sobie potrzebę zareagowania na to, co studenci wnoszą na zajęcia i odpowiedzenia w taki sposób, jaki wydawał im się pomocny. Było to dostrzeżenie przeżyć studentów i podejmowanie wysiłków zaopiekowania się nimi, np. poprzez rozmowę i poświęcony czas, pomimo częstych wątpliwości co do własnych kompetencji w tym zakresie:

Dla niej było ważne tak naprawdę nie tylko to, że rozmawiamy o merytorycznych rzeczach, ale że w ogóle rozmawiamy. Zwłaszcza na pierwszym spotkaniu, które było po długiej przerwie. I w tym momencie, kiedy te wszystkie nasze nastroje były takie rzeczywiście słabe, pomimo że tam gdzieś liczba zakażeń była wielokrotnie niższa niż w tej chwili, ona rzeczywiście potrzebowała po prostu rozmowy. Takiej, tak ogólnie też zapytania się, jak tam jej się wiedzie podczas pandemii i chwili porozmawiania, właśnie na ten temat. Więc to jest też chyba w jakiś sposób ważna sprawa, tak? (Z1)

Miałam wrażenie, że niektórzy są troszkę bardziej przygaszeni niż zazwyczaj, mniej chęci, energii także na... czasem tak nie umiem tego robić, no ale próbowałam ich wprowadzić w lepszy nastrój, pocieszyć... to nie jest dobre słowo, ale tak jakoś, żeby nie byli tacy smutni. Nie wiem, czy mi się wydaje... że to jest trochę ważne, bo w tym momencie wykładowca nie tylko przekazuje tylko jakąś wiedzę, ale też dba o ten psychiczny dobrostan studentów. (K1)

Wykładowcy widzieli też samo utrzymywanie struktury zajęć i ich harmonogramu jako pomoc studentom w radzeniu sobie z chaosem i zagubieniem powodowanym przez pandemię.

Mówili mi, że na początku to był jedyny wykład, który odbywał się tak normalnie. Ponieważ ja uważałam, że nie mogę przesuwac wykładu, bo ci młodzi ludzie są trochę zagubieni, a jak będą wiedzieli, że tak jak normalnie o 10 jest wykład, to jest normalnie, nic się nie dzieje. (K7)

DYSKUSJA

Wyniki prezentowanego badania dają możliwość dostrzeżenia złożoności doświadczenia nauczania, które było udziałem nauczycieli akademickich UW podczas pierwszej fali pandemii COVID-19. Konieczność szybkiej adaptacji do nowej sytuacji i wdrożenie nowych strategii uczenia było i wciąż jest wyzwaniem dla wykładowców uniwersyteckich na całym świecie. Opisywane przez polskich akademików doświadczenia w pewnym stopniu są zbieżne z wynikami uzyskiwanymi w innych badaniach, jak np. konkretne trudności i braki, wynikające z braku kompetencji i wiedzy dotyczącej dydaktyki zdalnej (Said i in., 2021). Podobnie jak w innych badaniach, tak i w naszym projekcie ważny aspekt adaptacji do zmiany stanowiła istotność doświadczenia i wiedzy w prowadzeniu kursów zdalnych. Nasi rozmówcy dostrzegają także szansę na rozwój (jeśli nie przełom) w sposobie uczenia dzięki wykorzystywaniu narzędzi pracy zdalnej i być może także rekonstruowaniu roli wykładowcy i studenta w procesie uczenia (się). To, co specyficzne dla badanej przez nas grupy, to pogłębiona refleksja dotycząca kondycji polskiej dydaktyki w szkolnictwie wyższym i spostrzeganego oporu wobec wdrażania nowoczesnych rozwiązań. Wykładowcy biorący udział w badaniu dostrzegali kontekst uczenia na odległość jako dostarczający nowych metod, narzędzi i pomysłów, z których nie chcieliby rezygnować nawet po powrocie do nauczania stacjonarnego. Jest to oczywisty dodatkowy argument w rozpoczętej już dyskusji na temat tego, jaki kształt ma przybrać nauczanie uniwersyteckie po powrocie do systemu stacjonarnego lub wdrożeniu form hybrydowych dydaktyki. Jest to także istotna kwestia dotycząca potencjalnych wysiłków wzbogacania oferty dydaktycznej uniwersytetu o kursy online w dynamicznej sytuacji epidemicznej.

Jednocześnie warto zwrócić uwagę na to, jak badani wykładowcy opisują swoje doświadczenia budowania lub odkrywania uniwersyteckiej społeczności i wspólnoty w nowych okolicznościach – na poziomie swojej grupy zawodowej, jak i szerzej – ze studentami. Wyłaniający się obraz doświadczenia „bycia na jednym wózku”, uznawania wspólnych celów, sprzyjał dzieleniu się doświadczeniem i wiedzą, a także otwartości na nowe sposoby pracy i ich dostosowanie do potrzeb obu stron procesu dydaktycznego.

Zwraca również uwagę, jak bardzo istotna dla nauczycieli akademickich była uważność na dobrostan psychiczny studentów (wątek ten obecny był we wszystkich uzyskanych wywiadach) oraz ich rola we wspieraniu, także emocjonalnym, uczestników kursów w tym trudnym czasie. To, jak wykładowcy postrzegali studentów i ich trudności podczas pierwszych miesięcy pandemii, wydaje się być spójne z doświadczeniami samych studentów, które opisane zostały szerzej w rozdziale Adrianie Wagner i Anny Cierpki (2022).

Przedstawione badanie ma swoje ograniczenia, uniemożliwiające generalizację wyników i odnoszenie ich do całej społeczności dydaktyków akademickich. Badani przez nas wykładowcy to osoby w większości posiadające kompetencje pracy zdalnej przed pandemią, a także otwarte na nowe technologie. Warto też wziąć pod uwagę fakt, iż w wywiadach udział wzięły osoby chętne, gotowe poświęcić dodatkowy czas na dyskusje wokół dydaktyki podczas pandemii, a także na sam kontekst wywiadu, który mógł stać się okazją do budowania określonego, aprobowanego społecznie obrazu siebie jako wykładowcy akademickiego.

Zdając sobie sprawę z opisanych ograniczeń badania, być może warto szukać wśród szerszego grona wykładowców takich doświadczeń, których opracowanie sprzyjać będzie bardziej nowoczesnym i efektywnym metodom dydaktycznym. Nie można oczywiście zapominać o konieczności zmierzenia się z trudnościami zgłaszanymi podczas wywiadów (np. większa nieuczciwość studentów) i potrzebach rozwiązań systemowych, na poziomie uczelni, które są konieczne, aby wykładowcy uzyskali adekwatne wsparcie (np. szkolenia, jasne procedury, wsparcie techniczne). Rzeczywistość uczenia (się) zmieniła się w jakiejś mierze trwale, więc warto wyciągnąć wnioski z tych doświadczeń, planując proces dydaktyczny w zmieniającym się świecie.

BIBLIOGRAFIA

- Bozkurt, A., Sharma, R. C. (2020). Emergency remote teaching in a time of global crisis due to CoronaVirus pandemic. *Asian Journal of Distance Education*, 15(1), i-vi. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3778083>
- Corbera, E., Anguelovski, I., Honey-Rosés, J., Ruiz-Mallén, I. (2020). Academia in the time of COVID-19: Towards an ethics of care. *Planning Theory & Practice*, 21(2), 191–199. <https://doi.org/10.1080/14649357.2020.1757891>
- Creswell, J. W. (2009). *Research design. Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Los Angeles: Sage.
- Darabi, A., Liang, X., Suryavanshi, R., Yurekli, H. (2013). Effectiveness of online discussion strategies: A meta-analysis. *American Journal of Distance Education*, 27(4), 228–241. <https://doi.org/10.1080/08923647.2013.837651>
- Doo, M. Y., Bonk, C., Heo, H. (2020). A meta-analysis of scaffolding effects in online learning in higher education. *The International Review of Research in Open and Distributed Learning*, 21(3), 60–80. <https://doi.org/10.19173/irrodl.v21i3.4638>
- Flynn, S., Noonan, G. (2020). Mind the gap: Academic staff experiences of remote teaching during the COVID-19 emergency. *All Ireland Journal of Higher Education*, 12(3), 1–19.
- Greenhaus, J., Beutell, N. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10(1), 76–88. <https://doi.org/10.2307/258214>
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Oxford: Blackwell.
- Hodges, C., Moore, S., Lockee, B., Trust, T., Bond, A. (2020). The difference between emergency remote teaching and online learning. *EDUCAUSE Review*. Pobrane z: <https://er.educause.edu/articles/2020/3/the-difference-between-emergency-remote-teaching-and-online-learning>
- Husserl, E. (1990). *Idea fenomenologii. Pięć wykładów*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hüttel, H., Gnaur, D. (2020). How higher education adapted to online teaching at Aalborg university after COVID-19: Experiences and perspectives. W: C. Busch, M. Steinicke, T. Wendler (red.), *Proceedings of the European Conference on e-Learning, ECEL, 2020 October* (s. 243–251). Reading: Academic Conferences International Limited. <https://doi.org/10.34190/EEL.20.053>
- Merleau-Ponty, M. (2001). *Fenomenologia percepcji*. Warszawa: Aletheia.
- Mishra, L., Gupta, T., Shree, A. (2020). Online teaching-learning in higher education during lockdown period of COVID-19 pandemic. *International Journal of Educational Research Open*, 1, 100012. <https://doi.org/10.1016/j.ijedro.2020.100012>

- Müller, A. M., Goh, C., Lim, L. Z., Gao, X. (2021). COVID-19 emergency eLearning and beyond: Experiences and perspectives of university educators. *Education Sciences*, 11(1), 19. <https://doi.org/10.3390/educsci11010019>
- Pietkiewicz, I., Smith, J. A. (2012). Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne*, 18(2), 361–369.
- Sahu, P. K. (2020). Closure of universities due to coronavirus disease 2019 (COVID-19): Impact on education and mental health of students and academic staff. *Cureus*, 12(4), e7541. <https://doi.org/10.7759/cureus.7541>
- Said, F., Ali, I., Javed, T. (2021). An interpretative phenomenological analysis of challenges faced by the university teachers in Pakistan amid COVID-19. *International Journal of Educational Research and Innovation*, 15, 260–272. <https://doi.org/10.46661/ijeri.5256>
- Serralta, F. B., Zibetti, M. R., Evans, C. (2020). Psychological distress of university workers during COVID-19 pandemic in Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8520. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228520>
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method, research*. Londyn: Sage.
- Smith, J. A., Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. W: J. A. Smith (red.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (s. 51–80). Londyn: Sage Publications, Inc.
- Sun, A., Chen, X. (2016). Online education and its effective practice: A research review. *Journal of Information Technology Education Research*, 15, 157–190. <https://doi.org/10.28945/3502>
- Wagner, A., Cierpka, A. (2022). Powrót do rodzinnych domów w czasie pandemii COVID-19 w doświadczeniu polskich studentów. W: M. Gambin, B. Zawadzki (red.), *Pandemia COVID-19. Perspektywa psychologiczna* (s. 313–340). Warszawa: Wydawnictwo Liberi Libri. <https://doi.org/10.47943/lib.9788363487607.rozdzial11>

Monografia zbiorowa, dotycząca psychologicznych aspektów pandemii COVID-19, jest pracą kompetentną, interesującą i ważną tak z perspektywy poznawczej, jak i aplikacyjnej. Co więcej, spojrzenie na pandemię z bardzo różnych punktów widzenia (inaczej: z perspektywy różnych subdyscyplin psychologii i z użyciem różnych metod badawczych) czyni to dzieło wszechstronnym.

prof. dr hab. Dariusz Doliński

Materiał zgromadzony w książce uważam za cenny poznawczo, a odpowiednio wyeksponowany – także wartościowy dla różnych grup potencjalnych odbiorców – od praktyków psychologów i edukatorów, po decydentów i zwykłych ludzi zainteresowanych tym, jak pandemia wpływa na innych. Walor praktyczny tej pracy jest nie do przecenienia. Uważam także, że to książka ważna z perspektywy kumulowania wiedzy o reakcjach na pandemię – skupia się bowiem w wielu miejscach na czynnikach wzrostu i odporności indywidualnej, które odpowiadają za radzenie sobie z kryzysem zdrowotnym (tym i kolejnymi). Najważniejszym chyba pytaniem, jakie musimy sobie postawić w najbliższym czasie, jest to, jak ową odporność wzmacniać. A rozumiejąc rolę czynników osobowych, łatwiej będzie konkretne działania wzmacniające podjąć.

prof. dr hab. Małgorzata Kossowska

www.LiberiLibri.pl

ISBN: 978-83-63487-60-7