

# Doświadczenia pandemii COVID-19 a zmiana podejścia do życia

## The experience of the COVID-19 pandemic, and changing attitudes to life

Zbigniew Izdebski<sup>1</sup>, Joanna Mazur<sup>2</sup>, Maciej Białorudzki<sup>2</sup>, Alicja Kozakiewicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny, Uniwersytet Warszawski

<sup>2</sup>Katedra Humanizacji Medycyny i Seksuologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Zielonogórski

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2023; 18, 1–2: 99–108

### Adres do korespondencji:

Zbigniew Izdebski

Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii

Wydział Pedagogiczny

Uniwersytet Warszawski

Warszawa

e-mail: [zbigniew.izdebski@uw.edu.pl](mailto:zbigniew.izdebski@uw.edu.pl)

### Streszczenie

**Wstęp:** Celem pracy była ocena poziomu zmian w podejściu do życia, które mogły wynikać z doświadczeń pandemii COVID-19. W świetle najlepszej wiedzy w Polsce nie ma badań prowadzonych na dużych próbach populacyjnych dotyczących związku między obciążeniami wynikającymi z pandemii a pozytywnymi zmianami świadczącymi o wzroście potraumatycznym (*post-traumatic growth* – PTG).

**Materiał i metody:** W badaniu przekrojowym przeprowadzonym online w marcu 2022 r. wzięło udział 2050 dorosłych mieszkańców Polski (średni wiek  $48,8 \pm 16,7$  roku). Jako miarę PTG zastosowano autorski kwestionariusz zawierający 6 pytań na temat zmian w percepcji siebie i własnego zdrowia, relacjach interpersonalnych i filozofii życia ( $\alpha$  Cronbacha 0,848). Zbadano zmiany sumarycznego indeksu (zakres 0–24) w zależności od dwudziestu czynników w pięciu blokach tematycznych, a za miarę efektu przyjęto współczynnik  $d$  Cohena.

**Wyniki:** Ogólny indeks zmiany podejścia do życia wyniósł  $17,34 \pm 4,50$ . Płeć żeńska i starszy wiek wiązały się z częstszym występowaniem PTG (odpowiednio  $d = 0,254$  i  $d = 0,364$ ). Zwrócono uwagę na wysoki poziom PTG wśród respondentów, którzy: izolowali się od bliskich, aby ich nie narażać ( $18,84 \pm 3,79$ ,  $d = 0,664$ ), byli osobami wierzącymi i praktykującymi ( $18,22 \pm 4,25$ ,  $d = 0,584$ ), często odczuwali lęk ( $18,45 \pm 4,10$ ,  $d = 0,562$ ) oraz zgłaszali jako skutek pandemii brak bliskości z drugą osobą ( $18,58 \pm 4,22$ ,  $d = 0,517$ ).

**Wnioski:** Pandemia COVID-19 niosła ze sobą zagrożenia i traumy, jednak nie należy pomijać możliwości PTG i korzystnych zmian, które nastąpiły po zetknięciu z sytuacją kryzysową.

**Słowa kluczowe:** pandemia COVID-19, wzrost potraumatyczny, izolacja społeczna, lęk, czynniki chroniące.

### Abstract

**Introduction:** The aim of this study was to assess the level of change in attitudes toward life that may have resulted from the experience of the COVID-19 pandemic. To the best of our knowledge, there is a lack of national studies conducted in large population-based samples linking the burden of the COVID-19 pandemic to positive changes demonstrating post-traumatic growth (PTG).

**Material and methods:** A cross-sectional study conducted in Poland in March 2022 included 2050 adults (mean age  $48.8 \pm 16.7$  years). A questionnaire with 6 items on changes in self-perception and self-reported health, interpersonal relationships, and philosophy of life (Cronbach's  $\alpha$  0.848) was used as a measure of PTG. Changes in the summary index (range 0–24) according to twenty factors in five areas were examined, and Cohen's  $d$  coefficient was used as the effect size measure.

**Results:** The total index was  $17.34 \pm 4.50$ . Female gender and older age were associated with a higher prevalence of PTG ( $d = 0.254$  and  $d = 0.364$ , respectively). High levels of PTG were noted among respondents who: isolated themselves from loved ones in order not to expose them to infection ( $18.84 \pm 3.79$ ,  $d = 0.664$ ), were religious and practicing ( $18.22 \pm 4.25$ ,  $d = 0.584$ ), frequently experienced anxiety ( $18.45 \pm 4.10$ ,  $d = 0.562$ ) and reported lack of closeness to another person as an effect of the pandemic ( $18.58 \pm 4.22$ ,  $d = 0.517$ ).

**Conclusions:** While it cannot be denied that the COVID-19 pandemic brought with it dangers and traumas, the possibility of post-traumatic growth and beneficial changes following stressful situation cannot be overlooked.

**Key words:** COVID-19 pandemic, post-traumatic growth, social isolation, anxiety, protective factors.

## Wstęp

Trwająca od początku 2020 r. pandemia COVID-19 stworzyła rzeczywistość, która zmieniła otaczający nas świat, zmusiła ludzi do zmian w codziennym życiu, a jej odległe skutki jeszcze długo będą widoczne. Od czasu panującej sto lat wcześniej i charakteryzującej się bardzo wysoką śmiertelnością grypy hiszpanki pandemia nigdy nie osiągnęła takiej skali i nie trwała tak długo. Negatywne skutki pandemii COVID-19 rozpatrywane są w odniesieniu do zdrowia fizycznego i psychicznego społeczeństw (di Fazio i wsp. 2022), ale też do edukacji (Sanz Ponce i wsp. 2022), pracy (Toscano i Zappalà 2021), gospodarki (Skinner i wsp. 2022), spędzania wolnego czasu i możliwości podróżowania (McDermid i wsp. 2022).

Oprócz bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia osób zakażonych zwraca się uwagę na konsekwencje psychologiczne dobrowolnej lub wymuszonej kwarantanną izolacji, pracy oraz nauki w trybie zdalnym, zagrożenia stabilności ekonomicznej przedsiębiorstw i gospodarstw domowych oraz perspektywy paraliżu systemu opieki zdrowotnej, rzutującego na możliwości leczenia innych chorób (Fekadu i wsp. 2021). Wykazano, że stres – szczególnie nasilony w czasie pandemii – skutkował zaburzeniami emocjonalnymi, stanami depresji, poczuciem niepewności i zagrożenia, zaburzeniami snu, a nawet zespołem stresu pourazowego (Vindgaard i Benros 2020).

Wielu badaczy uważa, że pandemia COVID-19 stała się ciągłym i przewlekłym doświadczeniem zbiorowej traumy (Holman i Grisham 2020; Masiero i wsp. 2020). Na przestrzeni wieków wiele dzieł literackich i nurtów religijnych próbowało nadać sens ludzkiemu cierpieniu. Sytuacje kryzysowe mogą prowadzić do pozytywnych zmian społecznych lub osobistych (Tedeschi i wsp. 2018), także w obszarze wyznawanych wartości, które często są uznawane za stabilne w przebiegu życia (Schuster i wsp. 2019). W kontekście zagrożeń związanych z pandemią COVID-19 stwierdzono, że przyjmowane przez większość ludzi wartości mogły czasowo lub trwale się zmieniać w kierunku, który implikuje dostosowanie do nowej sytuacji życiowej (Daniel i wsp. 2022). Kryzys ekonomiczno-społeczny spowodowany pandemią pozwolił odkrywać na nowo to, co wydawało się oczywiste i przysługujące człowiekowi. Przywrócił tęsknotę za bliskością z innymi ludźmi i radość z tej bliskości, potrzebę wolności, a także uwydatnił znaczenie zaufania i bezpośredniej współpracy.

Równoległe do badań nad stwierdzonymi i spodziewanymi negatywnymi skutkami pandemii COVID-19 intensywnie prowadzone są więc badania nad czynnikami chroniącymi, stanowiącymi swego rodzaju bufor modyfikujący negatywny wpływ czynników ryzyka. Wiele osób mogło korzystnie funkcjonować w pandemii dzięki odpowiednim zasobom wewnętrznym i zewnętrznym (Panzeri i wsp. 2021). Zwraca się uwagę na możliwość wystąpienia wzrostu potraumatycznego (*post-traumatic growth* – PTG), badanego do czasu obecnej pandemii w nurcie psychologii pozytywnej w kontekście doświadczania choroby przewlekłej, wypadków, straty bliskich osób, wojny, ataków terrorystycznych, katastrof naturalnych czy wywołanych przez człowieka (Zoellner i Maercker 2006). Pojęcie to wprowadzili Richard Tedeschi i Lawrence Calhoun, opisując pozytywne przemiany, które mogą nastąpić po traumie (1996), co jest też określane jako rozwój lub rozkwit możliwości. W literaturze podawane są cztery możliwe konsekwencje przeżytej traumy: brak adaptacji do zaistniałej sytuacji, przetrwanie na niższym poziomie funkcjonowania niż wcześniej, powrót do stanu równowagi oraz właśnie wzrost, oznaczający wyższy poziom funkcjonowania (Kallay 2007).

Mając na względzie liczne doniesienia opisujące problemy natury psychicznej przeżywane w okresie pandemii COVID-19 (Fegert i wsp. 2020), warto nawiązać do pojęcia sensu życia wywodzonego z rozważań filozoficznych i religijnych oraz naukowych myśli egzystencjalnych. Odnalezienie poczucia sensu życia może być istotną częścią procesu powracania do równowagi emocjonalnej (Schippers i Ziegler 2019), szczególnie gdy rozważania te pojawiają się w odniesieniu do sytuacji związanych z zagrożeniami życia lub godności człowieka (Kozera-Mikuła 2020). W myśli Frankla (1992) cierpienie staje się opcją, dzięki której można odnaleźć sens i doświadczyć wartości w życiu, co wydaje się niezwykle istotne w odniesieniu do skutków, jakie niesła ze sobą sytuacja pandemiczna. Ponadto sugeruje się, że poczucie sensu życia może służyć jako bufor dla negatywnych efektów potencjalnie traumatycznego wydarzenia (Halama i Bakošova 2009).

W badaniach prowadzonych w okresie pandemii COVID-19 w różnych krajach PTG, w tym zagadnienia przewartościowania i sensu życia, badano między innymi w odniesieniu do populacji ogólnej (Menculini i wsp. 2022), grup zawodowych, takich jak pracownicy ochrony zdrowia (Yan i wsp. 2022), oraz pacjentów ocala-

łych po ciężkim zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 (Adjorlolo i wsp. 2022).

Autorzy podkreślają, że nie bez znaczenia jest kontekst ekonomiczny, społeczny i kulturowy oraz poziom obciążenia danego społeczeństwa skutkami pandemii (Daniel i wsp. 2022). Stan epidemii wprowadzony w Polsce 20 marca 2020 r. został oficjalnie utrzymany do 12 maja 2022 r. Na tle innych krajów europejskich wyjątkowo długo trwały powracające okresy edukacji zdalnej, chociaż wdrożenie pracy zdalnej było poniżej przeciętnego międzynarodowego poziomu. Za sukces przyjmuje się szybkie i sprawne wprowadzenie systemu szczepień ochronnych, co jednak nie zaowocowało wysokimi wskaźnikami zaszczepienia populacji. Wysoką zapadalność potwierdzono prowadzonymi na dużą skalę populacyjnymi badaniami molekularnymi. Polskę zaliczono do krajów o wysokiej umieralności bezpośrednio lub pośrednio związanej z pandemią COVID-19, co spowodowało skrócenie przeciętnego trwania życia w czasie pandemii względem 2019 r. o ponad 2 lata u obu płci, czyli o 1 rok więcej niż średnio w Unii Europejskiej (Wojtyński i Goryński 2022).

W świetle dostępnej wiedzy brakuje badań nad pozytywnymi skutkami pandemii COVID-19 prowadzonych w dużych próbach populacyjnych w Polsce – kraju o potwierdzonych ponadprzeciętnych negatywnych skutkach zdrowotnych pandemii. Przeprowadzone przez nas badania wypełniają tę lukę w wiedzy, wskazując też na korelaty PTG niepojawiające się w innych opracowaniach.

Celem pracy jest ocena zmian w podejściu do życia dorosłych Polek i Polaków, które mogły wynikać z doświadczeń pandemii COVID-19. W nawiązaniu do teorii PTG podjęto próbę wyodrębnienia najistotniejszych czynników związanych z zaobserwowanymi zmianami w stosunku do siebie, relacji z innymi ludźmi i pojmowania sensu życia, wyróżniając czynniki demograficzno-społeczne, zdrowotne oraz obciążenia związane z pandemią w sferze emocjonalnej i ograniczeń kontaktów z innymi ludźmi.

## Materiał i metody

### Badane osoby i procedura

Badanie ankietowe przeprowadzono w ramach projektu *Humanizacja procesu leczenia i komunikacja kliniczna pomiędzy pacjentem a personelem medycznym przed i w czasie pandemii COVID-19*. Projekt realizowany na Uniwersytecie Warszawskim był finansowany ze środków budżetu państwa uzyskanych od Agencji Badań Medycznych

(2021/ABM/COVID/UW). Badanie o charakterze ilościowym przeprowadzono online między 2 a 20 marca 2022 r. wśród osób zrzeszonych w panelu badawczym ReaktorOpinii.pl. Badania zrealizowała firma Interactive Research Center sp. z o.o. Kryterium włączenia było korzystanie w charakterze pacjenta w ciągu poprzedzających 24 miesięcy ze świadczeń medycznych (z wyjątkiem prywatnych gabinetów), a kryterium wyłączenia praca w sektorze ochrony zdrowia oraz ograniczenie kontaktu ze służbą zdrowia do szczepienia, uzyskiwania recept czy innych czynności administracyjnych (Izdebski i wsp. 2023).

Próbę o charakterze ogólnopolskim stratyfikowano ze względu na płeć, wiek, wykształcenie, region, klasę miejscowości oraz charakter świadczenia (kontakt bezpośredni, teleporada) i miejsce jego uzyskania (szpital, poradnia). Przedmiotem analiz są dane dotyczące 2050 dorosłych, po 1025 mężczyzn i kobiet. Średni wiek ankietowanych wynosił 48,8 roku (SD = 16,7). Mieszkańcy regionów wiejskich stanowili 35,8% próby. Dokładniejsza charakterystyka respondentów znajduje się w części dotyczącej wyników.

Zastosowano technikę badania internetowego i uzyskano niewielki odsetek braków danych, tylko w odniesieniu do wybranych pytań, w przypadku których przewidziano opcję odmowy odpowiedzi. Zakres tematyczny kwestionariusza, procedura badawcza oraz tryb uzyskiwania zgody uczestników uzyskały pozytywną opinię komisji ds. etyki badań naukowych działającej przy Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego (nr decyzji 2021/8).

### Narzędzia badawcze

Kwestionariusz internetowy zawierał 296 zmiennych, z których w tym opracowaniu wykorzystano tylko część. Czas wypełniania ankiety wynosił średnio 28,8 minuty.

Główną zmienną wynikową jest sumaryczna skala zmiany podejścia do życia, zbudowana *ad hoc* przez zespół badawczy. Ankietowani odpowiadali na pytanie: *Jaki wpływ miała pandemia COVID-19 na różne strefy Pana/Pani życia?* z pięcioma kategoriami odpowiedzi w skali Likerta (od *zdecydowanie nie zgadzam się* do *zdecydowanie zgadzam się*), bez możliwości odmowy odpowiedzi. Skala sumaryczna obejmująca zakres 0–24 punktów, gdzie wysoki wynik oznacza pozytywne przewartościowanie, zawiera sześć stwierdzeń dotyczących pozytywnych zmian. Ma ona strukturę homogeniczną według metody głównych składowych, a współczynnik rzetelno-

ści  $\alpha$  Cronbacha wynosi 0,848. Zaproponowana skala zawiera trzy elementy występujące w narzędziach do pomiaru PTG: zmiany w percepcji siebie, relacjach interpersonalnych i filozofii życia (Powell i wsp. 2003). Elementem oryginalnym jest pytanie o nadanie większej wartości zdrowiu, co lepiej ujmuje kontekst pandemii i wiąże się z analizą systemu wartości.

Jako zmienne objaśniające zmiany w podejściu do życia wybrano niektóre cechy demograficzne i społeczne respondentów (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, status zatrudnienia, pozostawanie w związku, posiadanie dzieci, stosunek do religii) oraz odpowiedzi na dwanaście pytań związanych z pandemią COVID-19. Trzy pytania dotyczyły ograniczenia kontaktów społecznych w tym czasie (poczucie braku bliskości drugiej osoby, niechęć do kontaktów wyrażana przez innych z powodu obawy przed zakażeniem, samoizolacja z tych samych powodów). Cztery pytania były związane z sytuacją zdrowotną własną i bliskich (występowaniem chorób przewlekłych, leczeniem z powodu zakażenia wirusem SARS-CoV-2, unikaniem kontaktów z jednostkami medycznymi, śmiercią osoby bliskiej lub znaczącej). Ostatni blok czterech pytań dotyczył obciążeń emocjonalnych związanych z pandemią COVID-19 zawartych w skali *Pandemic Emotional Difficulties Scale* charakteryzującej się dobrymi właściwościami psychometrycznymi (RMSEA = 0,032; Kozakiewicz i wsp. 2023), w tym częstości odczuwania frustracji lub niepokoju co do przyszłości, osamotnienia, gniewu i lęku. Na potrzeby analiz wykorzystano jednak pojedyncze itemy, a nie indeks sumaryczny.

### Metody analiz

W pierwszym kroku analiz porównano odpowiedzi na pytania składowe skali zmian podejścia do życia według płci i wieku ankietowanych.

Zastosowano test niezależności  $\chi^2$ . W drugim kroku porównano średnie indeksy zmiany w podejściu do życia w przekrojach ze względu na dwadzieścia wyżej wymienionych cech respondentów w blokach tematycznych. Zastosowano nieparametryczny test Manna-Whitneya dla dwóch grup niepowiązanych lub Kruskala-Wallisa dla większej liczby grup. Jako miarę wielkości efektu przyjęto współczynnik  $d$  Cohena, a w przypadku więcej niż dwóch grup porównywano dwie skrajne. Pozwoliło to na wyróżnienie trzech kategorii czynników potencjalnie warunkujących zmienność badanego indeksu: niewykazujące związku, wykazujące związek istotny, ale niski efekt oddziaływania, wykazujące związek istotny oraz silny efekt oddziaływania ( $d$  Cohena > 0,5).

Wykorzystano program statystyczny SPSS v.27.

### Wyniki

#### Poziom zmian w podejściu do życia w okresie pandemii COVID-19

W tabeli 1 zamieszczono odpowiedzi na pytania składowe skali dotyczącej zmiany podejścia do życia. Zaprezentowano odsetek odpowiedzi pozytywnych, kiedy ankietowani zdecydowanie zgadzali się lub raczej zgadzali się z danym stwierdzeniem. Najczęściej pozytywne zmiany wyrażały się zrozumieniem, że należy dbać o lepsze relacje z innymi ludźmi oraz o zdrowie. Stosunkowo rzadziej uznano, że pandemia COVID-19 sprzyjała rozwojowi nowych umiejętności oraz pozwoliła na spędzanie większej ilości czasu z najbliższymi. W tych dwóch stwierdzeniach był też najwyższy odsetek niezgadzających się (odpowiednio 11,9% oraz 29,3%). Istotne różnice na korzyść kobiet wykazano w odniesieniu do czterech pytań, najsilniejsze w pytaniu na temat zrozumienia sensu życia (9,7%).

Tabela 1. Zmiany w podejściu do życia wywołane przez pandemię COVID-19 według płci ankietowanych

Podejście do życia	Zdecydowanie się zgadzają lub raczej się zgadzają (%)			$p^*$
	Ogółem ( $N = 2050$ )	Mężczyźni ( $n = 1025$ )	Kobiety ( $n = 1025$ )	
zrozumienie, że trzeba się cieszyć każdą chwilą życia	75,5	71,0	80,0	< 0,001
zrozumienie, co jest najważniejsze w życiu	70,0	65,2	74,9	< 0,001
należy dbać o zdrowie	78,9	75,1	82,6	< 0,001
należy dbać o relacje z bliskimi/innymi ludźmi	80,2	76,9	83,6	< 0,001
więcej czasu dla najbliższych w pandemii	60,2	59,3	61,2	0,391
rozwinięcie nowych umiejętności w pandemii	33,5	32,2	34,8	0,206
średni indeks ( $M \pm SD$ )	17,34 $\pm$ 4,50	16,78 $\pm$ 4,54	17,91 $\pm$ 4,39	< 0,001

\*Test  $\chi^2$  dla danych skategoryzowanych oraz Manna-Whitneya dla rozkładu ogólnego wyniku.



Tabela 2. Zmiany w podejściu do życia wywołane przez pandemię COVID-19 według wieku ankietowanych

Podejście do życia	Zdecydowanie się zgadzają lub raczej się zgadzają (%)				p*
	18–29 lat (n = 298)	30–49 lat (n = 723)	50–64 lat (n = 574)	65+ (n = 455)	
zrozumienie, że trzeba się cieszyć każdą chwilą życia	65,4	72,5	79,4	82,0	< 0,001
zrozumienie, co jest najważniejsze w życiu	53,0	68,2	74,6	78,5	< 0,001
należy dbać o zdrowie	71,8	75,9	82,1	84,2	< 0,001
należy dbać o relacje z bliskimi/innymi ludźmi	71,1	77,9	83,3	86,2	< 0,001
więcej czasu dla najbliższych w pandemii	57,7	62,4	59,2	59,8	0,483
rozwinięcie nowych umiejętności w pandemii	43,3	37,6	30,8	24,0	< 0,001
średni indeks (M ±SD)	16,18 ±4,99	17,23 ±4,67	17,72 ±4,29	17,79 ±4,00	< 0,001

\*Test  $\chi^2$  dla danych skategoryzowanych oraz Kruskala-Wallis dla rozkładu ogólnego wyniku.

W skali 0–24 punktów ogólny indeks zmiany podejścia do życia wynosił  $17,34 \pm 4,50$ . Wartość bezwzględna miary wielkości efektu Cohena wynosi dla czynnika płci 0,254, co jest efektem umiarkowanym.

W tabeli 2 w analogiczny sposób zestawiono odpowiedzi na poszczególne pytania w czterech grupach wiekowych. Brak różnic związanych z wiekiem wykazano tylko w odniesieniu do pytania na temat wzrostu znaczenia czasu spędzanego z bliskimi. W czterech przypadkach odsetek zgadzających się istotnie zwiększał się z wiekiem, najbardziej również w pytaniu o zrozumienie sensu życia. Młodzi dorośli wyraźnie częściej niż starsi uznawali, że w czasie pandemii COVID-19 rozwinęli nowe umiejętności.

Ogólny indeks zmiany podejścia do życia zwiększył się w badanej grupie z 16,18 w wieku 18–29 lat do 17,79 od 65. roku życia ( $p < 0,001$ ). Wartość bezwzględna miary wielkości efektu Cohena wynosi dla czynnika płci 0,364.

#### Związek poziomu zmian z cechami demograficznymi i społecznymi ankietowanych

W tabeli 3 przedstawiono wartości średniego indeksu zmian podejścia do życia według pięciu cech respondentów. Nie potwierdzono, aby na zmianę mogły mieć wpływ wykształcenie, status zatrudnienia i pozostawanie w związku. Poza cechami analizowanymi w tabeli nie wykazano także związku z miejscem zamieszkania ( $p = 0,375$ ).

Istotna okazała się zależność ze zmianą sytuacji materialnej. W porównaniu z osobami, które takich zmian nie zanotowały, badany indeks przyjmował większe wartości w grupie zgłaszających zarówno pogorszenie, jak i poprawę. Większe wartości badanego indeksu uzyskano też w grupie osób posiadających dzieci w porównaniu z osobami bezdzietnymi, z wielkością

efektu na poziomie 0,304. Najciekawsze wyniki w tym bloku tematycznym dotyczą związku ze stosunkiem do wiary – stwierdzono wyraźną różnicą na korzyść osób wierzących i praktykujących, ze wskaźnikiem Cohena na poziomie 0,584.

#### Związek poziomu zmian z obciążeniem emocjonalnym w okresie pandemii COVID-19

W tabeli 4 przedstawiono średnie wartości indeksu zmian podejścia do życia w zależności od odczuwania negatywnych stanów emocjonalnych w związku z sytuacją epidemiologiczną. Odsetek ankietowanych zgłaszających często takie stany wahał się od 18,8% (osamotnienie) do 32,0% (frustracja lub niepewność co do przyszłości). Istotny związek wykazano w odniesieniu do trzech symptomów (oprócz osamotnienia). Największy efekt wykazano dla lęku (0,562).

#### Związek poziomu zmian ze zdrowiem, leczeniem się i kontaktami społecznymi

Ostatnie zestawienie dotyczyło kształtowania się średniej wartości indeksu zmiany podejścia do życia w czasie pandemii COVID-19 w zależności od wymuszonego pandemią osłabienia relacji społecznych (tab. 5).

W badanej grupie 46,6% osób zgadzało się ze stwierdzeniem, że brakowało im bliskości z drugim człowiekiem. Podobny odsetek (45,1%) świadomie izolował się od innych w trosce o ich bezpieczeństwo. Nieco mniejszy był odsetek doświadczających izolacji zainicjowanej przez inne osoby (31,8%).

Badani, którzy uznali, że często musieli się izolować od najbliższych, aby ich nie narażać na zakażenia, uzyskali bardzo wysokie wartości analizowanego indeksu zmiany podejścia do życia, ze wskaźnikiem Cohena na poziomie 0,664. Jest to więc główny czynnik w grupie

Tabela 3. Średnie indeksy zmian podejścia do życia według innych cech respondentów

Cechy demograficzne i społeczne	N (%)	Średni indeks (M ±SD)	d Cohena (p Kruskala-Wallis)*
wykształcenie			
poniżej średniego	488 (23,8)	17,25 ±4,65	-0,038 (0,738)
średnie	796 (38,8)	17,33 ±4,59	
powyżej średniego	766 (37,4)	17,42 ±4,32	
zatrudnienie			
pracujący	1027 (50,5)	17,49 ±4,63	0,065 (0,103)
niepracujący	1005 (49,5)	17,20 ±4,37	
pozostawanie w stałym związku			
nie	553 (27,0)	17,01 ±4,58	-0,117 (0,093)
tak	1466 (71,5)	17,46 ±4,46	
odmowa odpowiedzi	31 (1,5)	17,54 ±4,60	
posiadanie dzieci			
nie	554 (27,0)	16,35 ±4,85	-0,304 ( $< 0,001$ )
tak	1496 (73,0)	17,71 ±4,31	
zmiana sytuacji materialnej w czasie pandemii			
pogorszenie	728 (37,8)	17,68 ±4,41	-0,186 (0,005)
bez zmian	1101 (57,2)	17,19 ±4,54	
poprawa	95 (4,9)	18,49 ±4,28	
stosunek do wiary			
wierzący praktykujący	451 (22,0)	18,22 ±4,25	0,584 ( $< 0,001$ )
wierzący niepraktykujący	1071 (52,3)	17,68 ±4,40	
niewierzący	310 (15,1)	15,64 ±4,62	
brak odpowiedzi	218 (10,6)	16,32 ±4,58	

\*Test Manna-Whitneya dla dwóch grup lub Kruskala-Wallis dla trzech lub więcej grup; współczynnik Cohena dla porównania 1 i 3 kategorii odpowiedzi.

dwudziestu analizowanych. Stosunkowo silna okazała się też zależność z doświadczeniem braku bliskości drugiej osoby.

Powyższe wyniki uzupełniają informacje na temat zdrowia i leczenia. Analizowano związki z występowaniem chorób przewlekłych stwierdzonych przez lekarza (60,1% ankietowanych), przebyciem i leczeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 (12,5%) i ze świadomym unikaniem kontaktów z jednostkami ochrony zdrowia w pandemii (24,4%). Ten ostatni czynnik najsilniej wiązał się z poziomem badanego indeksu w tym bloku tematycznym (ryc. 1). Bezwzględna wartość współczynnika Cohena wyniosła tu 0,380.

Wśród osób z chorobami przewlekłymi średni indeks zmiany podejścia do życia wynosił 17,46 ±4,45 vs 17,34 ±4,65 w grupie osób zdrowych ( $p = 0,630$ ). Biorąc pod uwagę przebycie zakażenia wirusem SARS-CoV-2, uzyskano średnie indeksy: 17,21 ±4,49 dla osób, które nie chorowały, 17,27 ±4,48 w przypadku choroby o lekkim przebiegu oraz 18,12 ±4,53,

kiedy konieczna była pomoc specjalistyczna, w tym leczenie w szpitalu ( $p = 0,005$ ,  $d$  Cohena -0,202). W grupie 613 osób (30,5%), które straciły bliską lub znaczącą osobę w czasie pandemii COVID-19, badany indeks zmian nie był istotnie wyższy (17,62 ±4,42) niż w grupie osób bez takich doświadczeń (17,27 ±4,54),  $p = 0,071$ . Trudno jednak tę zależność interpretować, ponieważ równocześnie 42 respondentów (2,0%), którzy odmówili odpowiedzi na pytanie o śmierć osoby bliskiej, osiągnęło względnie niski wynik (15,83 ±4,21).

## Omówienie

Przedstawione analizy dotyczące 2050 dorosłych osób ankietowanych 2 miesiące przed odwołaniem w Polsce stanu epidemii pozwoliły na ocenę poziomu pozytywnego przewartościowania pod wpływem różnych doświadczeń poprzednich 2 lat. Uzyskano bardzo spójne wyniki, sugerujące, że osoby gorzej znoszące obciążenia związane z pandemią COVID-19 częściej wskazywały na pozytywne przewartościowanie.

Tabela 4. Średnie indeksy zmian podejścia do życia według wybranych doświadczeń związanych z pandemią COVID-19 w sferze emocjonalnej

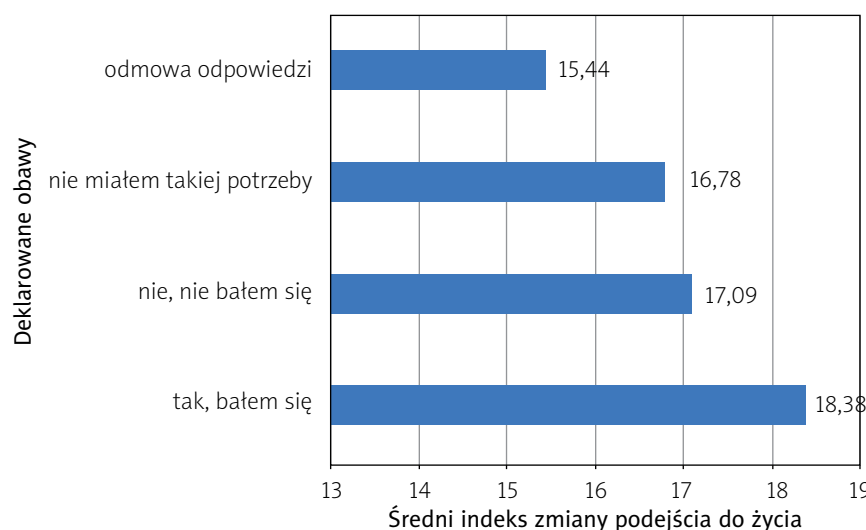
Odczucia związane z pandemią	Częstość odczuć			<i>d</i> Cohena ( <i>p</i> Kruskala-Wallis)
	Nigdy lub prawie nigdy	Czasami	Dość często lub bardzo często	
frustracja lub niepewność co do przyszłości	16,37 ±4,98	17,77 ±4,04	17,69 ±4,45	-0,280 ( $< 0,001$ )
osamotnienie	17,09 ±4,77	17,63 ±4,04	17,60 ±4,42	-0,110 (0,105)
gniew	16,95 ±4,70	17,85 ±4,10	17,25 ±4,68	-0,065 (0,001)
lęk	16,41 ±4,84	17,65 ±4,16	18,45 ±4,10	-0,562 ( $< 0,001$ )

Tabela 5. Średnie indeksy ( $M \pm SD$ ) zmian podejścia do życia według doświadczeń związanych z relacjami społecznymi w czasie pandemii COVID-19

Negatywne doświadczenia pandemii	Średni indeks według negatywnych doświadczeń			<i>d</i> Cohena ( <i>p</i> Kruskala-Wallis)
	Nie zgadzają się	Trudno powiedzieć	Zgadzają się	
brak bliskości z drugą osobą (dotyku)	16,22 ±5,15	16,29 ±3,80	18,58 ±4,22	-0,517 ( $< 0,001$ )
separowanie się innych osób ze względu na ryzyko zarażenia	16,84 ±4,79	16,54 ±4,11	18,68 ±4,14	-0,407 ( $< 0,001$ )
samoizolacja z obawy przed możliwością zarażenia	15,97 ±4,96	16,33 ±4,21	18,84 ±3,79	-0,664 ( $< 0,001$ )

Ogólny indeks zmiany w podejściu do życia wyniósł 17,34 w badanej grupie, w tym 17,91 dla kobiet oraz 16,78 dla mężczyzn. Różnica na korzyść kobiet była największa w odniesieniu do zmian w postrzeganiu sensu życia. Różnice związane z płcią wykazano już w pierwszych opracowaniach twórców teorii PTG (Tedeschi i Calhoun 1996), jak również w nowszych badaniach (Prieto-Ursua i Jódar 2020). Silniejszy niż płeć czynnikiem różnicującym był

wiek ankietowanych. Wyższe indeksy zmiany w większości stwierdzeń zanotowano u ludzi starszych, z wyjątkiem pytania o zdobycie nowych umiejętności. Zakłada się, że w późniejszym okresie życia występuje zdolność do adaptacyjnego czerpania ze wspomnień związanych z przeszłymi wyzwaniami, które wykazują pewne podobieństwo do obecnej sytuacji (Bluck i Alea 2011). Wykorzystanie osobistych wspomnień do kierowania bieżącym zachowaniem może



Ryc. 1. Średnie indeksy zmiany podejścia do życia według obawy przed zgłoszeniem się do jednostki ochrony zdrowia w czasie pandemii COVID-19

być widoczne ze względu na rozległość i głębię doświadczeń osób starszych (Lind i wsp. 2019). Zmiana podejścia może się wiązać z faktem, że osoby w późniejszych fazach życia są bardziej skłonne do skupienia się na interakcjach znaczących emocjonalnie, w tym na generatywności (Rubinstein i wsp. 2015), która może kierować poczuciem celu.

W badaniu wykazano związek między posiadaniem dzieci, zmianą sytuacji materialnej w czasie pandemii oraz stosunkiem do wiary a zmianami w podejściu do życia, przy czym najsilniejszy efekt uzyskano dla osób wierzących i praktykujących w porównaniu z niewierzącymi. Z uwagi na psychologiczne koszty stresorów związanych z COVID-19 (Hamouche 2020) myślenie pełne nadziei może być cennym zasobem, który umożliwi ludziom utrzymanie lub odzyskanie dobrego samopoczucia. Stwierdzono, że zasoby religijne ułatwiają radzenie sobie w sytuacjach trudnych (Aten i wsp. 2019). W badaniach polskich przeanalizowano wypowiedzi kobiet, u których widoczne było silne przeżywanie sytuacji trudnych związanych z epidemią, a wiele wypowiedzi świadczyło o poszukiwaniu wsparcia w duchowości (Łukasik 2022). Warto przypomnieć, że zmiany w duchowości są często analizowanym odrębnym obszarem w kwestionariuszach PTG, adaptowanych też na język polski (Ogińska-Bulik i Juczyński 2010).

Ponadto większe wartości badanego indeksu uzyskano w grupie osób, które dość często lub bardzo często odczuwały niepewność co do przyszłości, gniew i lęk (tu efekt najsilniejszy). Należy podkreślić, że pandemia COVID-19 została zidentyfikowana jako poważna przyczyna psychologicznych kryzysów egzystencjalnych, które wpływają na różne obszary życia człowieka na wszystkich poziomach. Emanuel i wsp. (2021) uznali, że w obliczu pandemii egzystencja stała się bardziej krucha, a w ludziach narasta lęk egzystencjalny lub przerażenie. Przejawem lęku mogła być skłonność do unikania jednostek ochrony zdrowia, dla której też uzyskano silny związek z PTG. W innych badaniach wykazano, że rzadsze wychodzenie z domu wiązało się nasileniem objawów lęku oraz depresji w czasie izolacji związanej z pandemią wirusa SARS-CoV-2 (Budzyńska i Moryś 2021). Chen i wsp. (2021) na podstawie swoich badań stwierdzili jednak, że formy dystresu psychicznego, takie jak lęk, złość i smutek, nie tylko wywołują altruizm, lecz także mogą prowadzić do większej jedności i tożsamości społecznej w kraju, co wspiera wyniki badań własnych.

Co więcej, osoby, które uznały, że często musiały się izolować od najbliższych, aby ich nie narażać, uzyskały bardzo wysokie wartości analizowanego indeksu zmiany podejścia do życia. Według miary efektu Cohena jest to najsilniejszy związek w grupie dwudziestu analizowanych czynników. Zakłada się, że samotność podczas pandemii COVID-19 była znacznie częstsza niż wcześniej, a także związana ze zwiększoną depresją i myślami samobójczymi (Killgore i wsp. 2020; Rybarczyk i Koweszko 2022), jednak w naszych badaniach doświadczenie izolacji społecznej silniej wiązało się z PTG niż poczucie samotności. Niektórzy autorzy sugerują, że rozpowszechnienie samotności utrzymywało się w tym czasie na stosunkowo stałym poziomie lub okresowo nieznacznie wzrastało (McGinty i wsp. 2020), przy czym młodzi dorośli zgłaszali najwyższe poziomy. Być może izolacja prowadziła do zrozumienia wartości i nadania większego znaczenia rodzinie czy bliskim, kiedy ograniczone były możliwości wspólnego spędzania czasu. Stosunkowo silna okazała się też zależność z doświadczeniem braku bliskości drugiej osoby (dotyku). Von Mohr i wsp. (2021) stwierdzili, że pozbawienie dotyku intymnego podczas restrykcji związanych z COVID-19 wiąże się z wyższym lękiem i większą samotnością.

W omawianym badaniu większa część respondentów deklarowała znaczące zmiany w zakresie podejścia do życia, co potwierdzają badania Bojanowskiej i wsp. (2021) zrealizowane w grupie 215 osób, których uczestnicy ujawniali wartości osobiste oraz subiektywne eudajmoniczne samopoczucie 9 miesięcy przed pierwszymi obostrzeniami i blokadami wprowadzonymi w Polsce oraz 2 tygodnie i 4 tygodnie po ich ogłoszeniu. Autorzy cytowanej publikacji zaobserwowali w badaniach długofalowych wzrost wartościowania samorozwoju, bezpieczeństwa, konformizmu, pokory, opiekuńczości i uniwersalizmu oraz spadek wartościowania hedonizmu.

### Mocne i słabe strony analiz

Według dostępnej wiedzy badanie to jest pierwszym, które analizuje doświadczenia związane z pandemią COVID-19 jako stymulator zmian podejścia do życia w tak dużej grupie Polaków. Nie jest ono jednak wolne od ograniczeń. Fakt, że dane pochodzą z końcowego okresu pandemii, może być i wadą, i zaletą. Są to jednak badania przekrojowe, dające słabsze podstawy do wnioskowania niż badania podłużne. Ograniczenia w objętości kwestionariusza nie pozwoliły na zastosowanie jednego z klasycznych narzędzi



do pomiaru PTG. W celu redukcji liczby informacji i usprawnienia wnioskowania zastosowano w analizach narzędzie własne, mające dobre właściwości psychometryczne. W przeglądzie badań na temat wpływu kwarantanny na zdrowie populacji europejskiej doceniono prace, w których również wykorzystano takie proste narzędzia (Bonati i wsp. 2022). Zaletą opisanej skali jest silne zaakcentowanie kontekstu pandemii, jej wpływu na podejście do zdrowia i postrzeganie ważności relacji z bliskimi osobami.

## Wnioski

W świetle wyników naszych badań doświadczenia pandemii COVID-19 są związane ze znaczącą zmianą podejścia do życia, a większość respondentów wskazała na pozytywne przewartościowanie swoich poglądów. Chociaż nie można zaprzeczyć, że pandemia COVID-19 niosła ze sobą zagrożenia i traumy, nie należy pomijać możliwości potraumatycznego wzrostu i korzystnych zmian, które nastąpiły po zetknięciu z sytuacją kryzysową. Jak stwierdzili Tedeschi i wsp. (2018), traumy i katastrofy są dla jednostki katalizatorami zrozumienia siebie i odbudowy filozofii życia, a dla społeczeństwa szansą na pozytywne zmiany społeczne i kulturowe. Badanie to pokazuje, że wyznawane wartości są elastyczne i reagują na zewnętrzne okoliczności, takie jak globalne wydarzenia krytyczne, a fakt pozytywnego przewartościowania świadczy o odporności człowieka i jego zdolności do przetrwania problemów w kontekście adaptacyjnym.

Przeprowadzone analizy mają wstępny charakter i zachęcają do dokładniejszego zbadania złożonych zależności między zidentyfikowanymi czynnikami wpływającymi na zmienność indeksu zmiany podejścia do życia w okresie pandemii COVID-19, jak również powtórzenia badań w zbliżonej próbie populacyjnej w celu określenia stabilności uzyskanych wskaźników w okresie popandemicznym.

## Oświadczenie

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

## Piśmiennictwo

1. Adjorlolo S, Adjorlolo P, Andoh-Arthur J i wsp. Post-traumatic growth and resilience among hospitalized COVID-19 survivors: a gendered analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 10014.
2. Aten JD, Smith WR, Davis EB i wsp. The psychological study of religion and spirituality in a disaster context: a systematic review. *Psychol Trauma* 2019; 11: 597-613.
3. Bluck S, Alea N. Crafting the TALE: construction of a measure to assess the functions of autobiographical remembering. *Memory* 2011; 19: 470-486.
4. Bojanowska A, Kaczmarek ŁD, Koscielniak M i wsp. Changes in values and well-being amidst the COVID-19 pandemic in Poland. *PLoS One* 2021; 16: e0255491.
5. Bonati M, Campi R, Segre G. Psychological impact of the quarantine during the COVID-19 pandemic on the general European adult population: a systematic review of the evidence. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2022; 31: e27.
6. Budzyńska N, Moryś J. Poziom objawów lęku oraz depresji w trakcie izolacji związanej z pandemią „koronawirusa” – wirusa SARS-CoV-2 w określonych grupach społecznych. *Pol Forum Psychol* 2021; 26: 433-450.
7. Chen X, Huang C, Wang H i wsp. Negative emotion arousal and altruism promoting of online public stigmatization on COVID-19 pandemic. *Front Psychol* 2021; 12: 652140.
8. Daniel E, Bardi A, Fischer R i wsp. Changes in personal values in pandemic times. *Soc Psychol Pers Sci* 2022; 13: 572-582.
9. Di Fazio N, Morena D, Delogu G i wsp. Mental health consequences of COVID-19 pandemic period in the European population: an institutional challenge. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 9347.
10. Emanuel L, Solomon S, Fitchett G i wsp. Fostering existential maturity to manage terror in a pandemic. *J Palliat Med* 2021; 24: 211-217.
11. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL i wsp. Challenges and burden of the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2020;14: 20.
12. Fekadu G, Bekele F, Tolossa T i wsp. Impact of COVID-19 pandemic on chronic diseases care follow-up and current perspectives in low resource settings: a narrative review. *Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol* 2021; 13: 86-93.
13. Frankl V. *Man's Search for Meaning*. 4th ed. Boston 1992
14. Halama P, Bakošova K. Meaning in life as a moderator of the relationship between perceived stress and coping. *Stud Psychol* 2009; 51: 143-148.
15. Hamouche S. COVID-19 and employees' mental health: stressors, moderators and agenda for organizational actions. *Emerald Open Res* 2020; 2: 15.
16. Holman EA, Grisham EL. When time falls apart: the public health implications of distorted time perception in the age of COVID-19. *Psychol Trauma* 2020; 12 (S1): S63-S65.
17. Izdebski Z, Mazur J, Furman K i wsp. Humanizacja procesu leczenia i komunikacja kliniczna pomiędzy pacjentem a personelem medycznym w czasie pandemii COVID-19. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2023.
18. Kallay E. Posttraumatic growth – a brief review. *Series Humanistica* 2007; 5: 55-85.
19. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC i wsp. Loneliness: a signature mental health concern in the era of COVID-19. *Psychiatry Res* 2020; 290: 113117.
20. Kozakiewicz A, Izdebski Z, Białorudzki M i wsp. Pandemic-related stress and other emotional difficulties in a sample of men and women living in romantic relationships during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 2988.
21. Kozera-Mikuła P. *Sens życia – analiza pojęcia w świetle nauk humanistycznych*. Psychologia Rozwojowa 2020; 25: 9-28.

22. Lind M, Demiray B, Bluck S. Identifying distinct sets of predictors of specific functions of autobiographical memory. *Memory* 2019; 27: 1313-1318.
23. Łukasik I. Samopoczucie studentek w okresie pandemii w aspekcie duchowości. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny* 2022; 41: 113-127.
24. Masiero M, Mazzocco K, Harnois C i wsp. From individual to social trauma: sources of everyday trauma in Italy, the US, and UK during the COVID-19 pandemic. *J Trauma Dis Soc* 2020; 21: 513-519.
25. McDermid P, Soopiyaragath S, Craig A i wsp. Psychological and financial impacts of COVID-19-related travel measures: An international cross-sectional study. *PLoS One* 2022; 17: e0271894.
26. McGinty EE, Presskreischer R, Han H i wsp. Psychological distress and loneliness reported by US adults in 2018 and April 2020. *JAMA* 2020; 324: 93-94.
27. Menculini G, Albert U, Bianchini V i wsp. Did we learn something positive out of the COVID-19 pandemic? Post-traumatic growth and mental health in the general population. *Eur Psychiatry* 2022; 64: e79.
28. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria* 2010; 7: 129-142.
29. Panzeri A, Bertamini M, Butter S i wsp. Factors impacting resilience as a result of exposure to COVID-19: The ecological resilience model. *PLoS One* 2021; 16: e0256041.
30. Powell S, Rosner R, Butollo W i wsp. Posttraumatic growth after war: a study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *J Clin Psychol* 2003; 59: 71-83.
31. Prieto-Ursúa M, Jódar R. Finding meaning in hell. The role of meaning, religiosity and spirituality in posttraumatic growth during the coronavirus crisis in Spain. *Front Psychol* 2020; 11: 567836.
32. Rubinstein RL, Girling LM, de Medeiros K i wsp. Extending the framework of generativity theory through research: a qualitative study. *Gerontologist* 2015; 55(4): 548-559.
33. Rybarczyk I, Koweszko T. Zespół stresu pourazowego, ryzyko samobójcze, poczucie samotności oraz satysfakcja z życia u osób w ogólnej populacji w dobie pandemii COVID-19. *Psychiatria* 2022; 19: 183-193.
34. Sanz Ponce R, López-Luján E, Giménez-Beut JA. Pandemic, poverty and education: A challenge for the sustainable development goals. *Policy Futures Educ* 2022; <https://doi.org/10.1177/14782103221112542>.
35. Schippers MC, Ziegler N. Life crafting as a way to find purpose and meaning in life. *Front Psychol* 2019; 10: 2778.
36. Schuster C, Pinkowski L, Fischer D. Intra-individual value change in adulthood: a systematic literature review of longitudinal studies assessing Schwartz's value orientations. *Z Psychol* 2019; 227: 42-52.
37. Skinner A, Flannery K, Nocka K i wsp. A database of US state policies to mitigate COVID-19 and its economic consequences. *BMC Public Health* 2022; 22: 1124.
38. Tedeschi RG, Calhoun LG. The Post-Traumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9: 455-471.
39. Tedeschi RG, Shakespeare-Finch J, Taku K i wsp. *Posttraumatic growth: theory, research and applications*. Routledge, London 2018.
40. Toscano F, Zappalà S. Overall job performance, remote work engagement, living with children, and remote work productivity during the COVID-19 pandemic: a mediated moderation model. *EJPO* 2021; 80: 133-142.
41. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun* 2020; 89: 531-542.
42. von Mohr M, Kirsch LP, Fotopoulou A. Social touch deprivation during COVID-19: effects on psychological wellbeing and craving interpersonal touch. *R Soc Open Sci* 2021; 8: 210287.
43. Wojtyniak B, Goryński P (red.). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2022*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH BIP, Warszawa 2022.
44. Yan Z, Wenbin J, Bohan L i wsp. Post-traumatic growth trajectories among frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a three-wave follow-up study in mainland China. *Front Psychiatry* 2022; 13: 945993.
45. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology: a critical review and introduction of a two component model. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 626-653.