

20

Wczesna
faza stresu
pandemicznego
– dynamika zmian
Raport z badań

Jacek W. Paluchowski
Elżbieta Hornowska
Piotr Haładziński
Tomasz Ptaszyński
Marzenna Zakrzewska



20

Wczesna
faza stresu
pandemicznego
– dynamika zmian
Raport z badań

20

Wczesna
faza stresu
pandemicznego
– dynamika zmian
Raport z badań

Jacek W. Paluchowski
Elżbieta Hornowska
Piotr Haładziński
Tomasz Ptaszyński
Marzenna Zakrzewska



Poznań 2023

KOMITET NAUKOWY
Jerzy Brzeziński, Agnieszka Cybal-Michalska
Zbigniew Drozdowicz (przewodniczący), Rafał Drozdowski
Piotr Orlik, Jacek Sójka

RECENZJA
dr hab. prof. UW^r Ryszard Poprawa

REDAKCJA NAUKOWA
prof. UAM dr hab. Aleksandra Pilarska

PROJEKT OKŁADKI
Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM

REDAKCJA I KOREKTA
Klaudia Kulmińska

ŁAMANIE
Izabela Baran

Wydanie I

Publikacja finansowana z funduszy
Wydziału Psychologii i Kognitywistyki UAM

© Copyright by Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu 2023

978-83-66983-33-5 ISBN (numer tomu 20)
978-83-66983-22-9 ISBN (numer kolekcji)
<https://doi.org/10.14746/9788366983335>

Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych
Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu
60-568 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89c
www.wnsh.amu.edu.pl, wnsh@amu.edu.pl, tel. (61) 829 22 54

Wydawnictwo Fundacji Humaniora
60-682 Poznań, ul. Biegańskiego 30A
www.funhum.home.amu.edu.pl, drozd@amu.edu.pl, tel. 519 340 555

*[...] nie było jednej pandemii.
Każdy miał własną i indywidualnie zmagał się z jej konsekwencjami*
(Małgorzata Łukianow, wstęp do „Pamiętników pandemii”)

*Dziękujemy za pomoc wszystkim osobom,
które wzięły udział w naszych badaniach*

•

SPIS TREŚCI

• • •

Wstęp	9
1 Pandemie i specyfika stresu pandemicznego związanego z COVID-19	13
1.1 Wybrane pandemie w historii	13
1.2 Doświadczanie stresu pandemicznego	15
1.3 Stres pandemiczny podczas COVID-19	16
1.4 Interwencje nefarmaceutyczne podczas COVID-19 – formy i konsekwencje	18
2 Pandemia COVID-19 w Polsce	31
2.1 Przebieg pandemii COVID-19 w obu falach	31
2.2 Badania opinii oraz poziomu zaufania społecznego w pierwszej i drugiej fali pandemii	37
3 Radzenie sobie ze stresem	43
4 Teoria zachowania zasobów i sposób doświadczania stresu	51
5 Czym jest komputerowa analiza treści – założenia, procedury	55
5.1 Wprowadzenie – analiza tekstu i analiza treści	55
5.2 Ilościowa analiza treści	56
5.3 Analiza treści wspomagana komputerowo	58
5.4 Program kodowania treści STADT (<i>Simple Text Analysis and Dictionary Tools</i>) – podstawowe cechy	59
6 Opis procedury badania	61
7 Opis grupy – rozkład zmiennych demograficznych w całej grupie oraz obu falach	65
8 Porównanie wypowiedzi udzielonych w obu falach pandemii na temat ograniczeń	69
8.1 Kategorie analizy odpowiedzi na pytania otwarte	69
8.2 Stosunek do ograniczeń – wyniki analizy treści wypowiedzi swobodnych	72

9	Porównanie sposobów doświadczania stresu w obu falach pandemii	81
10	Porównanie w falach pandemii poziomu odczuwanego stresu i konfiguracji strategii radzenia sobie ze stresem	89
	10.1 Porównanie poziomu odczuwanego stresu	89
	10.2 Analiza czynnikowa strategii radzenia sobie ze stresem	94
	10.3 Porównanie konfiguracji strategii radzenia sobie ze stresem	97
11	Interpretacja uzyskanych wyników	103
	11.1 Stosunek do pandemicznych ograniczeń	103
	11.2 Percepcja stresu pandemicznego w języku zasobów	105
	11.3 Poziom odczuwanego stresu	107
	11.4 Sposoby radzenia sobie ze stresem	108
	Zakończenie	111
	Bibliografia	113
	Załącznik. Klucz kategoryzacyjny do wyszukiwania oraz wyrażenia regularne	124

•

WSTĘP

• • •

Stan epidemii obowiązywał w Polsce od 20 marca 2020 roku. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dniem 16 maja 2022 roku nastąpiło zniesienie stanu epidemii w Polsce. Jednocześnie na mocy nowego rozporządzenia wprowadzono stan zagrożenia epidemicznego od tego samego dnia. „Pandemia nie stanowi już takiego zagrożenia dla życia społeczno-gospodarczego” – powiedział 16 maja 2022 roku Minister Zdrowia Adam Niedzielski. Dodał: „[...] nie jest to absolutnie żadne zniesienie epidemii, tylko, mówiąc symbolicznie, przełączenie tego czerwonego światła w sygnalizatorze, które się świeciło od dwóch lat, na światło pomarańczowe”. W tweecie 5 maja 2023 roku Dyrektor generalny WHO Tedros Adhanom Ghebreyesus ogłosił, że koronawirus nie stanowi już w wymiarze międzynarodowym zagrożenia dla zdrowia publicznego.

Tak oto zamknęła się pewna klamra zdarzeń, którą można nazwać początkiem zmiany porządku świata (Żmijewski, 2021), a z perspektywy psychologicznej także doświadczeniem pokoleniowym. Ówczesne wydarzenia uświadomiły nam, jak kruchy jest bieżący stan normalności. W badaniach ankietowych prowadzonych od 1 do 8 lipca 2020 roku (More in Common, 2021) okazało się, że 14% respondentów zna osobiście kogoś, kto zachorował na COVID-19 (5% zna osobę, która zmarła z tego powodu), a 33% zna kogoś, kto z tego powodu stracił pracę. W badaniach tych stwierdzono też, że 56% badanych w Polsce osób odczuwało niepokój związany z tym, iż ktoś z rodziny lub znajomych poważnie zachoruje na COVID-19, a 69% obawiało się, że wystąpią w Polsce kolejne fale zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i będą wprowadzane nowe restrykcje. Poczucie zagrożenia i wymóg podporządkowania się ogłaszanym ograniczeniom dotychczasowego sposobu życia oraz w zakresie korzystania z praw i wolności jednostki były doświadczane przez osoby w różnym wieku, a także zintegrowały różne nieformalne grupy

społeczne (pokolenia). Oczywiście – inaczej pandemii doświadczali uczniowie i studenci, inaczej pracownicy, inaczej wreszcie seniorzy. Doświadczenia łączyły jednych i zarazem konfliktowały z drugimi. Jedni bezpośrednio doświadczali pandemii, drudzy byli tylko obserwatorami (Krastev i Leonard, 2021). Dla niektórych okres ten był czasem kryzysu zdrowia publicznego, dla innych kryzysem ekonomicznym i społecznym. Jedni uważali, że to ich współobywatele byli źródłem zagrożenia, drudzy, że największe zagrożenie dla ich wolności pochodziło od rządów. Jedni ufali rządzącym, inni podejrzewali, że korzystali oni z okazji, aby zwiększyć kontrolę nad obywatelami. Według sondażu *European Council on Foreign Relations* w 12 krajach członkowskich UE to młodszy ludzie czuli się bardziej dotknięci skutkami pandemii i jednocześnie byli bardziej niż większość sceptyczni wobec motywów, jakimi kierowały się rządy, wprowadzając ograniczenia w związku z COVID-19 (Krastev i Leonard, 2021). Dla jednych praca zdalna była wyzwoleniem z korporacyjnego czy biurowego więzienia, dla drugich praktycznie zlikwidowała równowagę praca – dom oraz wywołała domową przemoc i konflikty. Izolacja pozbawiła część osób ważnych doświadczeń socjalizacyjnych, dla innych była bodźcem do koncentracji na tym, co „tu i teraz”. Dla jednych pandemia zakpiła z antropocentryzmu, dla innych dzięki znalezieniu skutecznej szczepionki była zwycięstwem człowieka nad przyrodą. Jednak tak czy inaczej, istotnie wpłynęła na ich życie oraz na sposób myślenia o nim i o sobie.

W omawianych tu badaniach starano się uchwycić dwie uzupełniające się strony: strategię radzenia sobie ze stresem pandemicznym oraz jego percepcje. Zdecydowano, że ważnym problemem będzie stosunek osób uczestniczących w badaniu do wprowadzanych ograniczeń. Tylko bowiem zestawienie konkretnej formy percepcji stresu pandemicznego z określoną strategią radzenia sobie z nim pozwala zrozumieć, jakie psychologiczne znaczenie mogą mieć stosowane przez ludzi konkretne mieszanki strategii radzenia sobie. Nie da się na tej podstawie dokonywać sensownych predykcji co do zachowań ludzi, bo to dopiero początek ewentualnego trendu. Można jednak opisać fenomen ich zachowania się w obliczu niespodziewanej katastrofy.

Pomysł badania ankietowego pojawił się na początku pandemii COVID-19, w kwietniu 2020 roku, jako efekt doraźnych obserwacji zachowań ludzi, osobistych kontaktów czy wypowiedzi na forach społecznościowych w związku z ówczesną sytuacją (Paluchowski i in., 2021). Jediną możliwą w tej sytuacji formą było badanie ankietowe, do którego wolontariuszy-respondentów poszukiwano poprzez umieszczanie linku do ankiety w mediach społecznościowych

oraz wykorzystując rekomendacje naszych bliskich i znajomych (metoda kuli śnieżnej). Wyniki badań przeprowadzonych w dniach 7–12 kwietnia 2020 roku, czyli po 27 dniach od ogłoszenia w Polsce stanu zagrożenia epidemicznego, przedstawiono na konferencji we wrześniu 2020 roku i opublikowano w roku 2021 w pokonferencyjnej monografii (Paluchowski i Bakiera, 2021).

Nie zamknięto internetowej ankiety i dane zbierane były w dalszym ciągu. W związku z tym postanowiono sprawdzić, jaki jest efekt wpływu czasu na reakcje po bezpośredniej konfrontacji z pandemią COVID-19. Poszukiwano odpowiedzi na pytanie, czy nastąpiła zmiana radzenia sobie ze stresem pandemicznym, jego percepcji oraz stosunku osób uczestniczących w badaniu do wprowadzanych ograniczeń. Przeanalizowano w tym celu dane zebrane w dwóch niezależnych grupach respondentów (w tym odpowiedzi na pytania otwarte, tj. dane jakościowe) w początkowym okresie doświadczania stresu pandemicznego w miesiącach kwiecień–maj 2020 roku (pierwsza fala) oraz listopad–grudzień 2020 roku (druga fala). Przedmiotem omawianych tu badań jest początek doświadczania pandemii COVID-19. Cały okres od marca 2020 roku do maja 2022 roku ciągle wymaga badań i ich podsumowania.

Prezentowany raport z badań jest w naszym zamyśle rodzajem fotografii zrobionej w określonym momencie. Tak jak fotografowie uliczni, chwytając codzienne sceny z życia ulicy, tak i my, prezentując otrzymane przez nas wyniki, chcemy oddać znaczenie i atmosferę tamtego czasu.

●

1 PANDEMIE I SPECYFIKA STRESU PANDEMICZNEGO ZWIĄZANEGO Z COVID-19

● ● ●

Stres psychologiczny to wydarzenie przekraczające zasoby jednostki i wzbudzające w niej stan wysokiego napięcia emocjonalnego, zagrażające jej dobrostanowi i dające poczucie dyskomfortu (Grygorczuk, 2008; Heszen, 2013; Heszen-Niejodek i Ratajczak, 2000; Terelak, 2017). Taka definicja jednak w niewielkim stopniu opisuje doświadczenia związane z pandemią. Jest to bardziej potocznie rozumiana trauma¹ czy doświadczenie katastrofy naturalnej niż sytuacja trudna czy stresowa, szczególnie w początkowym okresie pandemii koronawirusa (który był przedmiotem omawianych tu badań).

1.1 WYBRANE PANDEMIE W HISTORII

W historii pandemia COVID-19 nie jest oczywiście pierwszą sytuacją naturalnej i społecznej globalnej katastrofy (Lande, 2020). W latach 541–542 n.e. Cesarstwo Wschodniorzymskie (Bizantyjskie), w tym jego stolicę Konstantynopol, zaatakowała dżuma. Współcześni badacze uważają, że w szczytowym okresie zaraza zabijała do 5000 ludzi dziennie w samym Konstantynopolu i stała się przyczyną śmierci aż 40% jego mieszkańców. Szacuje się, że na całym świecie zmarło ok. 100 milionów ludzi wskutek tzw. dżumy Justyniana (dżumy dymienicznej; za: Wikipedia, 2022). Ponownie epidemia czarnej śmierci (dżumy) wybuchła w Azji Środkowej, być może w Chinach,

¹ Pojęcie traumy rozumianej zarówno w szerokim ujęciu („wszelkie urazy psychiczne występujące na różnych etapach życia człowieka [...], które łączą się z ryzykiem wystąpienia emocjonalnych, poznawczych i społecznych zaburzeń”), jak i wąskim („rodzaj ciężkiego stresora, który powoduje narażenie na utratę życia lub poważne zranienie ciała, ma najczęściej charakter nagły, niekontrolowany [...]”) nie w pełni adekwatnie opisuje doświadczenia związane z pandemią COVID-19 (por. Steuden i Janowski, 2016, s. 551). Jeszcze trochę inaczej traumę rozumieją autorzy koncepcji wzrostu potraumatycznego (Zięba i in., 2019).

skąd przez jedwabny szlak w latach 1347–1351 dostała się na Krym, a stamtąd rozprzestrzeniła się na basen Morza Śródziemnego i całą Europę. Szacuje się, że zaraza spowodowała śmierć 30–60% ludności ówczesnej Europy. Największa epidemia ospy prawdziwej (czarnej ospy) miała miejsce w Bostonie i rozpoczęła się w 1636 roku, a epidemia pojawiała się sześć razy aż do roku 1721. W Polsce ostatnie ognisko choroby odnotowano w 1963 roku we Wrocławiu (Różańska-Gambal, 2008). Miasto zostało wtedy poddane kwarantannie, zachorowało 99 osób, z czego siedem zmarło.

Na świecie miało miejsce siedem pandemii cholery. W Europie najgroźniejsza była jej epidemia z lat 1831–1838. Na teren Królestwa Polskiego choroba ta dotarła w 1831 roku wraz z żołnierzami rosyjskimi tłumiącymi powstanie listopadowe – według oficjalnych danych na ziemiach polskich zmarło wtedy ponad 8% osób. W 1847 roku w Galicji zaczęła szaleć epidemia tyfusu, do którego szybko dołączyła również cholera. Głód i zaraza w latach 1847–1849 doprowadziły do śmierci ponad 8% mieszkańców. Na północnych ziemiach polskich po raz ostatni epidemia cholery panowała w latach 1892–1894 (Kuzak, 2020).

Hiszpanka² była najgroźniejszym szczepem grypy, jaki do tej pory istniał i został zbadany. Pandemia trwała w latach 1918–1920 i przebiegała w trzech falach. Do Europy grypę sprowadzili amerykańscy żołnierze, którzy przybyli z USA na front I wojny światowej. Tragiczna w skutkach okazała się druga fala hiszpanki. Liczba jej ofiar znacznie przewyższyła liczbę ofiar frontów I wojny światowej. W sumie zmarło od 20 do 100 milionów ludzi (5–20%), a z szacunków wynika, że zaraziło się nawet pół miliarda osób na całym świecie (Tyszkiewicz, 2020).

Epidemia HIV/AIDS trwa już od 40 lat. Pierwsze informacje o nowym zespole chorobowym opublikowano w 1981 roku. W Polsce pierwsze przypadki zakażeń HIV rozpoznano w 1985 roku. W latach 1985–2019 w naszym kraju zmarło ok. 6% osób zarażonych tym wirusem (por. Rogalewicz, 2021). Do dziś na świecie HIV zdiagnozowano u 78 milionów osób, spośród których 35 milionów zmarło (ok. 45%).

² Podczas I wojny światowej Hiszpania była jednym z niewielu krajów, który zachował neutralność. Dziennikarze hiszpańscy mogli bez ograniczeń pisać o nowej chorobie, a wiadomości te docierały do innych krajów. Stąd ta nazwa.

1.2 DOŚWIADCZANIE STRESU PANDEMICZNEGO

W 1967 roku psychiatrzy Holmes i Rahe (1967) zbadali, w jaki sposób stres wpływa na zdrowie. Ich zdaniem dla zrozumienia zdrowotnych konsekwencji stanu stresu nie sposób pominąć jego składnika fizjologicznego. To zbliżyło tę koncepcję do klasycznej teorii Selyego (1960). Założyli oni, że stres jest wynikiem zmian w życiu, przy czym zarówno negatywne, jak i pozytywne wydarzenia wiążą się ze zmianą, a więc są stresorami. Im więcej rzeczy zmienia się w życiu jednostki w ciągu roku lub dwóch lat, tym więcej stresu ona doświadcza. Holmes i Rahe przeanalizowali dokumentację medyczną ponad 5000 pacjentów i wyodrębnili 43 typowe kryzysowe wydarzenia życiowe, które nazwali jednostkami zmian życiowych (*Life Change Units, LCU*)³. Następnie zbadali nielosową próbę łatwo dostępnych 394 osób, które doświadczyły takich zmian sytuacji w aspekcie psychologicznym, społecznym i/lub ekonomicznym w ciągu ostatnich dwóch lat i oceniły je pod względem ich uciążliwości. Na tej podstawie badacze określili względną „wagę” różnych rodzajów wydarzeń (stresorów). Początkowo nazwali swoje narzędzie Skalą Oceny Niedostosowania Społecznego (*Social Readjustment Rating Scale*). Skala ta została zrewidowana i zmieniona w 1997 roku oraz nazwana Kwestionariuszem Niedawnych Zmian Życiowych (*Recent Life Changes Questionnaire – RLCQ*; Miller, Rahe, 1997). Zarówno w wersji oryginalnej, jak i polskiej adaptacji RLCQ (Kwestionariusz Zmian Życiowych; Sobolewski i in., 1999) na liście wydarzeń życiowych nie ma stresorów takich jak katastrofa⁴ (biologiczna, cywilizacyjna, technologiczna, komunikacyjna, klimatyczna klęska żywiołowa czy pandemia), choć dzisiaj może by się tam znalazły.

Jak pisze Krawczyk-Wasilewska (2020), pandemia COVID-19 jest przykładem globalnej katastrofy, „plagi”. To określenie jest jej zdaniem trafną metaforą fatum, ciosu i klęski, często też kary zesłanej danej społeczności

³ Warto tu podkreślić, że zdaniem autorów stresory (zjawiska życiowe) mają uniwersalny charakter oraz siłę i nie są analizowane z punktu widzenia ich subiektywnego doświadczenia i oceny (inaczej niż np. w transakcyjnym modelu stresu Lazarusa).

⁴ Wysoko na liście znajdują się oczywiście takie stresory, jak śmierć dziecka (średnia waga rang 96,58), małżonki/małżonka (94,03), matki lub ojca (89,46) brata lub siostry (88,29), przyjaciółki/przyjaciela (79,20), utrata pracy w wyniku zwolnienia z innych powodów (71,78), duża zmiana sytuacji finansowej – spadek dochodów (69,01), choroba z pobytem w szpitalu (65,42) czy duża zmiana sposobu spędzania wolnego czasu i/lub ilości czasu przeznaczanego na odpoczynek (38,93).

przez bóstwo lub inną siłę zewnętrzną (Krawczyk-Wasilewska, 2020, s. 167). To, co specyficzne dla takiej katastrofy, to zagrożenie dla życia bądź zdrowia, w niektórych przypadkach nieodwracalne straty materialne, duży zasięg (geograficzny i demograficzny), nieprzewidywalność, oszołomienie, dezorientacja, brak bieżących środków zaradczych oraz towarzyszące jej poczucie nieuchronności, śmiertelnego zagrożenia, nieprzyjazności dotychczasowych warunków życia oraz utraty nadziei. Według badań prowadzonych w 2010 roku nad radzeniem sobie u dorosłych powodzian w gminie Wilków (Zaborek, 2014) w momencie katastrofy dominowały wysokie poczucie bezradności oraz niska nadzieja i optymizm, kontrola nad sytuacją, wiara w szansę na odbudowanie życia, niskie przekonanie o możliwości kierowania własnym życiem, poczucie bezpieczeństwa⁵. Na taką globalną katastrofę składa się wiele różnych stresorów (zagrożeń) działających jednocześnie. Jak pisze Sęk (2001), „sytuację trudną i stresu psychologicznego można znieść, można ją przetrwać, natomiast sytuacja kryzysu wymaga zmian w układzie funkcjonalnym człowiek–otoczenie, grupa–środowisko” (s. 252). Taka katastrofa ma zazwyczaj dodatkowe dwa funkcjonalne aspekty, podobnie jak pożar – z jednej strony ogień powoduje straty, z drugiej jego gaszenie wywołuje dodatkowe. W czasie pandemii COVID-19, gdy trzeba było ratować zdrowie i życie przed epidemicznym (biologicznym) zagrożeniem, najbardziej ucierpiały kontakty i relacje społeczne oraz gospodarka.

1.3 STRES PANDEMICZNY PODCZAS COVID-19

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z maja 2022 roku liczba zakażeń wirusem SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) wykrytych na terenie wielu krajów i kontynentów od początku pandemii wynosiła blisko 530 milionów (według raportu WHO, 2022). Współczynnik śmiertelności (CFR) wynosił na świecie 1,19%. Od początku epidemii w Polsce (w marcu 2020 roku) do maja 2022 roku zarejestrowano ponad sześć milionów zarażonych. Współczynnik śmiertelności wynosił w Polsce 1,94% zakażonych⁶. Według Ogólnopolskiego Badania

⁵ W miarę upływu czasu następuje adaptacja do warunków i spadek znaczenia subiektywnie doświadczanych czynników (Zaborek, 2014).

⁶ Dane w różnych źródłach znacząco się różnią. Tu i w innych miejscach (o ile nie zaznaczono inaczej) według Worldometer (2022).

Seroepidemiologicznego COVID-19 OBSER-CO, Raport z I tury badania (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, 2021), okazało się, że – po zastosowaniu testów umożliwiających rozróżnienie przeciwciał poszczepiennych od przeciwciał powstających w wyniku zakażenia – odsetek osób, które przebyły COVID-19, wyniósł 29,2% (dane od 29 marca do 14 maja 2021 roku). To nie faktyczne zagrożenie śmiercią z powodu zarażenia wirusem SARS-CoV-2 było składową streśu pandemicznego związanego z COVID-19. Relatywnie większą rolę odegrał tu brak potwierdzonych danych naukowych na temat tego wirusa, a co za tym idzie – brak wiedzy o specyficznych i skutecznych środkach zaradczych. W dodatku współczesne media komunikacji społecznej preferowały raczej zasadę „prawdziwy news to zły news”, a publicystyka zastępowała tradycyjne dziennikarstwo, co nasilało poczucie zagrożenia odbiorców.

Ważną cechą specyficzną tego pandemicznego streśu był zasięg zdarzenia (sytuacji) – zarówno fizyczny, jak i czasowy. Praktycznie nie było kraju, gdzie nie zanotowano by zarażeń wirusem SARS-CoV-2 i osób chorych na COVID-19 – wirusa zaobserwowano w 228 krajach i terytoriach. WHO ogłosiło na świecie stan pandemii. Przed zarażeniem nie chronił ani kraj zamieszkania, ani wiek, ani zasoby finansowe. Poczuciu zagrożenia biologicznego towarzyszyły informacje o narastającej liczbie osób zarażonych i zmarłych każdej doby. Jeżeli chodzi o wymiar czasowy, to pandemia nie miała daty końcowej, a termin jej zakończenia i ograniczenia związanych z nią kosztów ogłaszany był sukcesywnie jako niewiadomy. Dobrą stroną (jeśli tak można powiedzieć) dla niektórych osób mogło być zniesienie poczucia winy za indywidualny wpływ na powstanie sytuacji zagrożenia biologicznego.

W świetle tych danych ciekawe może być nie tylko to, czemu niektórzy ludzie lekceważyli zagrożenie, ale także to, dlaczego doświadczali panicznego lęku. Wydaje się, że pandemię COVID-19 od pozostałych różni bardziej „ucywilizowany” lęk przed chorowaniem i śmiercią, w przeciwieństwie do historycznie wcześniejszego „biologicznego” („naturalnego”) podejścia do tego typu obaw. Inaczej mówiąc, dziś większy strach wzbudza potencjalna niewydolność służby zdrowia (strach przed kryzysem hospitalizacyjnym) niż obawa przed zarażeniem się wirusem. Ponadto na początku pandemii brakowało zarówno leku na COVID-19, jak i szczepionek. Doświadczanie kryzysu hospitalizacyjnego było zatem uzasadnione.

Ulanowski (2022; por. też Eurostat, 2023) na podstawie danych Eurostatu opisuje tzw. nadumieralność w okresie pandemii, czyli zwiększenie

(w porównaniu ze średnią liczbą zgonów w latach 2016–2019) liczby zgonów w czasie jej trwania z innych powodów niż zarażenie się wirusem SARS-CoV-2 (Ministerstwo Zdrowia, 2021). W Polsce skumulowany wskaźnik nadumieralności wyniósł 22,6%, co dało nam drugie miejsce w Europie (po Bułgarii, a przed Słowacją i Rumunią). W Polsce w roku 2020 były dwie fale nadumieralności: pierwsza ze szczytem w kwietniu (3,5%; w Europie było to średnio 25,2%), druga ze szczytem w listopadzie (nadumieralność osiągnęła wówczas 97% przy średniej europejskiej ok. 40%; por. też Eurostat, 2022). Czynnikiem wzmacniającym ten efekt podobny do lęku panicznego była szybkość rozprzestrzeniania się informacji za pomocą Internetu. Jak pisze Włodarczyk (2020), podczas pandemii ludzie doświadczają niepewności wykraczającej poza tę, która towarzyszy im na co dzień. Niepewność dotyczy zarówno stanu zdrowia jednostki („Czy jestem zarażony?”), jak i jej otoczenia („Od kogo mogę się zarazić?”). Innym rodzajem niepewności jest wspomniana obawa przed niewydolnością służby zdrowia oraz niepokój związany ze społeczno-ekonomicznymi konsekwencjami ograniczania skutków pandemii.

1.4 INTERWENCJE NIEFARMACEUTYCZNE PODCZAS COVID-19 – FORMY I KONSEKWENCJE

Walka z pandemią, jak w przypadku każdej choroby zakaźnej, polegała przede wszystkim na stosowaniu szczepień i przyjmowaniu leków. Oczywiście szczepienie zapobiegawcze mogło chronić nie tylko osoby zaszczepione, ale również inne⁷. Oprócz tego rządy (a także ludzie w wyniku własnej inicjatywy) podejmowały działania, które mogły spowolnić rozprzestrzenianie się zakażeń i łagodzić skutki choroby zakaźnej dla społeczności. Są to tzw. interwencje niefarmaceutyczne (*nonpharmaceutical interventions*, NPI). Mają one szczególne znaczenie w obliczu epidemii czy pandemii, gdy dana populacja nie ma odporności na wirusa lub ma, ale niewielką. W interesującym nas okresie były to różnego rodzaju zakazy i nakazy, głównie dotyczące ograniczania (unikania) fizycznych kontaktów międzyludzkich (*social distancing*),

⁷ Ciekawą analizę przedstawia Kraaijeveld (2020). Biorąc pod uwagę zainteresowane strony, tj. decydenta szczepienia, osoby odpowiedzialne za szczepienia oraz głównego beneficjenta szczepienia, wprowadza on taksonomię pozwalającą wyróżnić cztery rodzaje szczepień: samoochronne, paternalistyczne, altruistyczne i pośrednie.

które miały zapobiec rozprzestrzenianiu się wirusa. Używane pojęcie dystansu społecznego ma tu dwojaką treść: chodziło zarówno o dystans fizyczny, jak i izolowanie siebie oraz innych⁸.

W metaanalizie Jeffersona (Jefferson i in., 2023) zawartej w aktualizacji przeglądu publikowanego przez Cochrane Library wykorzystano dane z badań wykonanych przed pandemią COVID-19 (w latach 2009–2020) w wielu różnych krajach. Badania dotyczyły interwencji niefarmaceutycznych (takich jak badanie przesiewowe w portach wejściowych, izolacja, kwarantanna, dystans fizyczny, ochrona osobista, higiena rąk, maski na twarz i płukanie gardła) w celu zapobiegania przenoszeniu się wirusa oddechowego. Okazało się, choć wyniki nie były jednoznaczne, że interwencje te nie zapewniały wystarczającej ochrony przed wirusami powodującymi ostre infekcje dróg oddechowych (ARI). Aktualizacja tego raportu (Jefferson i in., 2023), uwzględniająca badania z czasu pandemii COVID-19, nadal nie daje pewności, czy noszenie masek typu N95/P2 pomaga spowolnić rozprzestrzenianie się wirusów tego typu.

W innych badaniach (Talic i in., 2021) poddano metaanalizie 72 zbiory wyników badań prowadzonych głównie w Azji i Stanach Zjednoczonych AP. Stwierdzono, że takie interwencje niefarmaceutyczne, jak mycie rąk, noszenie masek i fizyczne dystansowanie, wiązały się z redukcją zapadalności na COVID-19. Najlepsze efekty dawało używanie maseczek, szczególnie w pomieszczeniach zamkniętych⁹. W metaanalizie 44 badań porównawczych w placówkach opieki zdrowotnej i poza nimi¹⁰ oceniono skuteczność powszechnie zalecanych metod zapobiegania transmisji wirusów, tj. dystansowania społecznego, noszenia masek i ochrony oczu, zarówno w populacji ogólnej, jak i wśród pracowników ochrony zdrowia (Chu i in., 2020). Okazało się m.in., że utrzymywanie dystansu jednego metra oznaczało pięciokrotne

⁸ W kwietniu WHO sugerowała, aby niefortunny termin „dystans społeczny” zastąpić określeniem „dystans fizyczny”. Jednak – patrząc szerzej – w sytuacji zablokowania możliwości bezpośredniego kontaktu z ludźmi (poza współmieszkańcami) kontakt zdalny za pośrednictwem „zimnego” Internetu, nawet gdy po drugiej stronie są „grupa wsparcia” czy znajomi z mediów społecznościowych, nie jest tym samym. Przymiotnik „społeczny” jest zatem na miejscu.

⁹ Trzeba jednak podkreślić, że maseczki często noszone były nieprawidłowo (np. zakrywały tylko usta), co mogło powodować, że wyniki badań w tym zakresie były niejednoznaczne.

¹⁰ W sumie w badaniach tych poddano analizie 25697 osób z 16 krajów położonych na sześciu kontynentach. Wśród nich 6500 chorowało na COVID-19. Pod uwagę brano też dane dotyczące zakażeń SARS oraz MERS.

zmniejszenie ryzyka zakażenia, a zwiększenie odległości do dwóch metrów tę redukcję ryzyka niemal podwajało. Maski z filtrem, które obejmują różne klasy, w tym najpowszechniejszą FFP2 (N95), okazały się skuteczniejsze niż maski chirurgiczne czy kilkuwarstwowe maski z bawełny (maski FFP2 mogą wyeliminować 90% ryzyka, a maski chirurgiczne ok. 70%). Zasadniczo wyniki badań nie przynoszą informacji o 100% skuteczności interwencji niefarmaceutycznych, ale trudno było tego oczekiwać.

Bardzo pouczające są wyniki badań prowadzonych w Bangladeszu przez badaczy z Yale School of Management, University of California, Berkeley oraz Stanford University (Abaluck i in., 2022) i współfinansowanych przez fundację IPA (*Innovations for Poverty Actions*). W latach 2020–2021 zbadano 342183 mieszkańców 300 wiosek, w których przeprowadzono interwencję (tj. dystrybuowano maseczki, przekazywano informacje o zasadności i poprawności ich stosowania, a także przyznawano indywidualne i grupowe nagrody oraz wyróżnienia). W badaniu uwzględniono też 300 wiosek kontrolnych, dobranych parami pod kątem wielkości populacji, zagęszczenia na km² i zapadalności na COVID-19 przed badaniem. Okazało się m.in., że tam, gdzie wprowadzono interwencję eksperymentalną, liczba osób z objawami COVID-19 zmniejszyła się o 9%. Skuteczność stosowania maseczek chirurgicznych rosła wraz z wiekiem osób badanych – np. u osób w wieku powyżej 60 lat objawy zakażenia były mniejsze o 35,3%. Pokazuje to, jak istotna jest rola wspierania interwencji niefarmaceutycznych informowaniem, nakłanianiem i symbolicznym nagradzaniem¹¹.

Kraaijeveld (2021) przeanalizował etyczny aspekt interwencji niefarmaceutycznych wprowadzanych przez rządy w celu ograniczenia rozprzestrzeniania

¹¹ Działaniom wspierającym interwencje niefarmaceutyczne towarzyszyły też działania przeciwne. Poseł Jarosław Sachajko złożył w grudniu 2020 roku Interpelację nr 16471 (Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 2020) do ministra zdrowia w sprawie badań klinicznych nad SARS-CoV-2, pisząc we wstępie do niej: „[...] od marca bieżącego roku walczymy z pandemią SARS-CoV-2. Pomimo obowiązku noszenia masek, dezynfekcji, dystansu społecznego i ukrytego lockdownu liczba zachorowań na COVID-19 rośnie, w tym wyraźnemu zwiększeniu uległa liczba zgonów wśród osób SARS-CoV-2 dodatnich, bez chorób współistniejących. Pandemia trwa już kilka miesięcy, a dalej brak jest rzetelnych informacji w środkach masowego przekazu uzasadniających uporczywą kontynuację nieefektywnej strategii DDML. W powyższej sytuacji pojawiają się uzasadnione wątpliwości co do zastosowanej przez rząd, ślepo kopiowanej z Niemiec, metody zwalczania COVID-19 w Polsce. Uzasadnione stają się opinie negujące prawdziwość propagandy rządowo-medialnej na temat skali i realnej groźby dla zdrowia i życia pandemii COVID-19”. Odpowiedzi udzielił Sekretarz Stanu Waldemar Kraska (Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, 2021).

się wirusa SARS-CoV-2. Pod uwagę wziął dobrowolne respektowanie ograniczeń (podejście altruistyczne) oraz ich egzekwowanie wymuszone przepisami (podejście paternalistyczne; *lockdown*). Podstawowa różnica między tymi podejściami dotyczy stopnia indywidualnej swobody w decydowaniu o tym, jakie niezbędne ograniczenia ludzie przyjmą na siebie. W podejściu altruistycznym pozostawia się im przynajmniej pewną swobodę w realizacji swoich praw i w kierowaniu się motywacją prospołeczną. Samoograniczanie staje się tym samym bardziej znośne. W podejściu paternalistycznym zachowania ludzi podlegają wymogom prawa, a jego naruszanie stanowi przestępstwo. To z kolei prowadzi do coraz bardziej inwazyjnych form nadzoru zachowań obywateli i do naruszania ich prawa do prywatności (Kraaijeveld, 2021, s. 207). Trudno w tej sytuacji oczekiwać, że będą oni długo akceptować konieczność legitymizowania prawa do realizacji swoich praw. Bez wolności nie ma odpowiedzialności. Wydawać się może, że prawne blokowanie zachowań jest bardziej sprawiedliwe, bo każdy bez wyjątków musi np. pozostać w domu. Jednak te domowe warunki nie są równe, zależą od statusu społeczno-ekonomicznego, lokalizacji oraz indywidualnych czynników (np. zdrowia) i w efekcie replikują się nierówności. W sumie więc rządy powinny preferować podejście altruistyczne ze względów moralnych (Kraaijeveld, 2021). W niektórych państwach większy nacisk kładziono nie na posłuszeństwo, ale na indywidualną odpowiedzialność za zbiorowość: *rational solidarity* (Hagen, 2000) czy *soft law* (Biga i in., 2021, s. 16–18).

Interwencje niefarmaceutyczne mogą być wspierane odpowiednimi komunikatami perswazyjnymi osób i organizacji (instytucji) kształtujących stan świadomości zbiorowości, często odwołującymi się do strachu. Strach ma „ewolucyjne” pierwszeństwo przed innymi emocjami. Ta lękowa gotowość ma swoje oczywiste konsekwencje – zagrożenia dostrzegamy szybciej i częściej, niżby wynikało to z racjonalnej analizy faktów. Skłania to ludzi do nastawienia się na teraźniejszość i przeszłość w większym stopniu niż na przyszłość (Nosal i Balcar, 2004; Zimbardo i Boyd, 2009).

W swoim raporcie Pawińska i Zyzik (2021) koncentrują się właśnie na interwencjach niefarmaceutycznych. Piszą oni w podsumowaniu, że ich skuteczność jest ograniczana przez wiele czynników. Są nimi m.in. (Ansons i in., 2020; Biga i in., 2021; Pawińska i Zyzik, 2021, s. 5 i dalsze; WHO, 2020):

- niechęć do jakichkolwiek zmian i preferowanie przez ludzi wcześniejszego stanu rzeczy, nastawienie temporalne na teraźniejszość, zarówno w zakresie hedonistycznej przyjemności bez konsekwencji, jak i ochrona *status quo*;

- niewłaściwe szacowanie ryzyka zarażenia siebie i innych, brak wiedzy lub/i wiedza niekompletna, błędne przekonania; odwoływanie się do własnego doświadczenia (proste i zapadające w pamięć twierdzenia mają wówczas przewagę nad bardziej złożonymi obrazami rzeczywistości i łatwiej jest wzmocnić ukryte obawy niż podważyć to, w co już ktoś wierzy);
- wpływ zachowania innych osób łamiących ograniczenia oraz koncentracja na egoistycznym interesie; naśladownictwo (skoro np. w supermarkecie 50% klientów nie ma wcale lub nie ma prawidłowo założonej maseczki, to może to jest bardziej normalne i racjonalne niż zachowywanie się zgodnie z ograniczeniami);
- subiektywnie odczuwany konsensus społeczny; interpersonalna wiarygodność przekazu w kręgu osób znajomych; także relacjonowanie częściej w mediach publicznych przypadków nieprzestrzegania obostrzeń (co powoduje, że rośnie wrażenie ich powszechności);
- tzw. efekt Peltzmana (dostosowywanie swoich zachowań do postrzeganego poziomu zagrożenia w danej sytuacji); przekonanie o bezpieczeństwie lub ochronie zwiększa skłonność do podejmowania większego ryzyka, np. fakt, że inni noszą maseczki, może uzasadniać zwolnienie nas z tego obowiązku (Peltzman, 1975, 1976);
- dezorientacja wynikająca z niespójności informacji obecnych w publicznym, instytucjonalnym czy medialnym¹² obiegu (brak podstawowych informacji w domenach gov.pl może prowadzić do braku zaufania wobec nadawców rekomendacji i skłaniać do impresyjnej oceny słuszności określonych zachowań);
- kształtowanie opinii publicznej za pomocą narzędzi politycznej strategii komunikacji (PR) i zarządzanej partyjnie jest dodatkowym czynnikiem wzmacniającym brak zaufania do informacji;
- powszechne korzystanie z mediów społecznościowych i przyjmowanie jako oczywiste, że każdy ma swoją rację (co sprzyja powstawaniu „opinii publicznych” w wielu różnych bańkach informacyjnych);

¹² Dziś plotkę zastąpiły media społecznościowe. Problemem jest też rodzaj dominującego dziennikarstwa: zamiast przemyślanych komunikatów formułowanych na podstawie starannie dobranych informacji mamy najczęściej do czynienia z efektem pracy mediaworkerów, służących nie tylko społeczeństwu, ale głównie wydawcom mediów, reklamodawcom, rządowi itp. Będąc narzędziem realizacji finansowego lub wizerunkowego celu są oni raczej ludźmi do wynajęcia czy influencerami niż tradycyjnie rozumianymi dziennikarzami.

- strach przed dyskryminacją przez członków „swojej” grupy społecznej („bańki społecznościowej”) z powodu zmiany podzielanych w grupie poglądów;
- strach przed dyskryminacją z powodu choroby lub kontaktu z osobami chorymi;
- zniżenie¹³ przedłużającą się pandemią i bezprecedensowymi ograniczeniami, czego efektem może być przywykanie do pandemii i zmniejszona wrażliwość na informacje o zagrożeniach czy inflacja zagrożenia;
- trudności w dostępie do usług związanych z pandemią (np. do testowania zakażenia), co może powodować niechęć do koniecznego podejmowania decyzji w sprawach sanitarnych;
- koszty (niewygoda – dystans, maseczki, dezynfekcja i brak komfortu), które ponoszone są „tu i teraz”, a korzyści (indywidualne i społeczne) są odległe w czasie; egoistyczny interes – czemu mamy doświadczać indywidualnego dyskomfortu (pamiętać o maseczce, mieć trudności z oddychaniem w maseczce itp.), skoro inni bez tego funkcjonują tak jak my?

Problem konfliktu walki z pandemią i normalnej gospodarki (szczególnie w zakresie usług) miał też wymiar etyczny: czy pogodzić się ze śmiercią niektórych ludzi jako ceną za ratowanie gospodarki? Pojawiało się także więcej dylematów moralnych: jeśli zasoby (maseczki, respiratory, leki itp.) są ograniczone, to czym się kierować przy wyborze beneficjentów – kryteriami medycznymi (szansa na przeżycie pacjenta, oczekiwana długość życia w zdrowiu itp.) czy też kryterium „wartości społecznej osoby” (przy całej niejasności tego terminu)?

Psychologiczne konsekwencje tych niefarmakologicznych interwencji były szerokie i wielorakie. Nie zawsze stosowane i egzekwowane prawne ograniczenia oraz nakazy (i co za tym idzie – ograniczanie praw jednostek) były w odbiorze jasno uargumentowane. Zasadniczo stosowane były w duchu paternalizmu, co mogło budzić u niektórych ludzi opór (zjawisko reaktancji; Pasikowski, 2014). Informacja o aktualnym stanie epidemiologicznego zagrożenia była w sposób oczywisty potrzebna. Jednak rosnące liczby (co oczywiste) zarażonych i zmarłych mogły działać na ludzi przygnębiająco i sugerować narastanie problemu oraz nieskuteczności działań zapobiegawczych.

¹³ Znużenie jest efektem zbyt małych (lub/i zbyt dużych) wymagań poznawczych wobec posiadanych możliwości poznawczych.

Podobnie działać mogły informacje o (koniecznym) zamienianiu szpitali ogólnych na zakaźne, przy jednoczesnym usuwaniu z nich dotychczasowych pacjentów. U chorych z innych powodów niż zarażenie wirusem SARS-CoV-2 budzić to mogło obawy o szanse ich leczenia. Ryzyko zakażenia było oczywiście największe tam, gdzie osób chorych na COVID-19 było najwięcej. Pojawienie się informacji, że blisko 1/5 wszystkich zakażonych to personel medyczny, powodowało, że potencjalni pacjenci bali się zarażenia przez kontakt ze służbą zdrowia. Po okresie wspierania personelu medycznego w mediach społecznościowych pojawiało się coraz więcej mowy nienawiści pod jego adresem. Zawieszono zajęcia w żłobkach, przedszkolach, szkołach i na uczelniach. Odbywały się one jedynie zdalnie. Maturzyści i ośmioklasiści czuli się niepewni swej przyszłości, gdy na początku pandemii nie było jasnej decyzji, w jakim terminie i w jakiej formie odbędą się ich egzaminy. Efektem centralnych zarządzeń było ograniczenie uroczystości imieninowych, ślubnych, a nawet pogrzebowych.

Dla wielu osób to nie koronawirus, ale walka z nim stała się źródłem stresu. Społeczne dystansowanie jako forma walki z pandemią wywarło też silny wpływ na krajową i światową gospodarkę. Przepisy zamrażające działalność gospodarczą mogły u wielu osób wywoływać poczucie egzystencjalnego zagrożenia utraty stabilności zawodowej, ekonomicznej, ograniczenia możliwości zarobkowania i utrzymania rodziny. Jednocześnie dla użytkowników usług rekreacyjnych (kulturalnych, sportowych itp.) ich ograniczanie, niezależnie od dochodów, mogło być źródłem silnego stresu. Zawsze w gospodarce obserwowano cykl koniunkturalny. Zdaniem ekspertów tym razem w gospodarce powstanie zarazem kryzys popytu (brak klientów), jak i kryzys podażowy (brak pracowników). Szczególnie wielu firmom usługowym groziło bankructwo. Dla jednych przymusowa czy dobrowolna izolacja nie stwarzała większych problemów, bo mogli pracować zdalnie; dla tych, którzy świadczyli usługi w relacji „face to face”, była ona czymś, na co nie mogli sobie pozwolić.

Rząd Polski informował w marcu 2020 roku, że przeznaczy ok. 212 mld zł na tzw. tarczę antykryzysową, czyli na pomoc dla przedsiębiorców, pracowników oraz służby zdrowia. Szefowa Międzynarodowego Funduszu Walutowego Kristalina Georgiewa powiedziała, że nadchodzący kryzys gospodarczy będzie najgłębszym takim załamaniem od czasu wielkiego kryzysu z lat 30. XX wieku, który wybuchł po krachu giełdowym w 1929 roku. Jak piszą Standerski i Wojtowicz (2020): „Pandemia, z którą mamy do czynienia, może zmienić światową gospodarkę. Ze względu na swoją niespotykaną od przynajmniej 100 lat skalę, jest to źródło szoku makroekonomicznego” (s. 1).

Kryzysy w ubiegłym stuleciu zdarzały się co 30–40 lat, były za to dużo głębsze i prowadziły do zasadniczej zmiany polityki gospodarczej. Niewykluczone, że także teraz kryzys trwale przekształci nasze społeczeństwa i gospodarki oraz sprawi, iż większy nacisk położą się na ochronę środowiska i ograniczenia konsumpcji. Być może wzrośnie akceptacja dla silniejszej ingerencji państwa w gospodarkę. Możliwe też, że będzie nieprzewidywalnie inaczej.

Przymusowa albo dobrowolna izolacja miała także znaczące konsekwencje dla relacji interpersonalnych. Konieczność zamknięcia się w domach mogła być dla niektórych osób doświadczeniem pozytywnym – miały więcej czasu dla siebie, dla bliskich i dla dzieci, na autorefleksję, na oglądanie online (*streaming*) najlepszych światowych spektakli teatralnych, operowych czy koncertów, na modną „uważność” (*mindfulness*). Jednak dla tych, którzy mieszkali w blokowiskach w małych mieszkaniach, to bycie razem mogło być trudnym przeżyciem. Taki stres środowiskowy wynikający z zagęszczenia wydawał się w sytuacji pandemii w wielu przypadkach nie do uniknięcia. Także samotność w sytuacji izolacji była trudniejsza do zniesienia.

Z jednej strony samotność najsilniej dotykała ludzi starych i rozrywała relacje międzypokoleniowe (Okruszek i in., 2020). Z drugiej strony pomoc wolontariuszy dla tych osób była coraz większa. Konieczność dystansowania się mogła także skutkować poczuciem zagrożenia ze strony innych ludzi. Pilnowanie realizacji nakazów ograniczania (unikania) międzyludzkich kontaktów fizycznych podczas pandemii powierzono w różnych krajach patrolom Policji, w tym patrolom pieszym pełnionym wspólnie z funkcjonariuszami innych służb i żołnierzami (w Polsce Żandarmerii Wojskowej i WOT). Miejsca grupowania się ludzi kontrolowano także przy wykorzystaniu dronów, patroli konnych, patroli wodnych czy ze śmigłowca. Niewątpliwie to wszystko mogło wzmagać stan napięcia. Pokoleniowo nie mieliśmy doświadczenia z radzeniem sobie z takim pandemicznym stresem. W dodatku zmienność okoliczności była tak duża, że trudno było przenosić doświadczenie z jednego momentu na inny i się uczyć. Patrząc z psychologicznego punktu widzenia, należy też zwrócić uwagę na zjawisko habituacji – w miarę upływu czasu ludzie się przyzwyczajali¹⁴, zagrożenie powszedniało, a ograniczenia wydawały się nadmierne. Motywacja do ich przestrzegania spadała.

¹⁴ W badaniach longitudinalnych prowadzonych między marcem a majem 2020 roku okazało się m.in., że badane kobiety w maju przeciętnie odczuwały mniejszy uogólniony stres niż w marcu i czuły się bardziej bezpiecznie (Rokosz i in., 2021).

Nie tylko w Polsce, ale niemal na całym świecie na początku pandemii zamknięto obiekty sportowe, a zawodnicy nie mieli gdzie występować i trenować. Sport przestał praktycznie istnieć, bo zawieszono wszystkie rozgrywki, zawody, turnieje. Lekkoatletyczne Halowe Mistrzostwa Świata, które miały się odbyć w Chinach (Nankin) w marcu 2020 roku, zostały przełożone na 2021 rok. Japonia i MKOl przenieśli letnią XXXII Olimpiadę również na rok 2021. Światowa federacja tenisa stołowego ITTF odwołała mistrzostwa świata, które miały się odbywać w marcu w Korei Południowej. Przerwano rozgrywki NHL, NBA czy MLB. Mistrzostwa Europy w piłce nożnej – EURO 2020 – także przeniesiono na następny rok. Eliminacje do mistrzostw świata 2022 w piłce nożnej zostały zawieszono. Finały Ligi Mistrzów oraz Ligi Europy zostały przełożone na koniec czerwca. Przerwano rozgrywki krajowych lig piłki nożnej w Europie. Wszystkie mecze europejskich pucharów w siatkówce: Liga Mistrzów, Liga Mistrzyń, Puchar CEV, Puchar Challenge – zawieszono do odwołania (por. TVP Sport, 2020).

Kościół katolicki w Polsce i na świecie oraz jego wiernych także dotknęły obostrzenia. Ograniczono liczbę wiernych obecnych na nabożeństwach, wstrzymano pielgrzymki i procesje. Udział wiernych w uroczystościach kościelnych możliwy był tylko za pośrednictwem środków społecznego przekazu, takich jak telewizja, radio czy Internet. Nie było tradycyjnego święcenia pokarmów z okazji Wielkiej Nocy. Droga krzyżowa, która zwyczajowo była odprowadzana przez papieża w Koloseum, została przeniesiona na zamknięty, niedostępny dla wiernych plac św. Piotra przed bazyliką watykańską. Papież Franciszek na pustym placu św. Piotra modlił się na Wielkanoc 2020 roku o zakończenie pandemii i udzielił błogosławieństwa Urbi et Orbi. Obostrzenia wprowadzono także w krajach niechrześcijańskich (por. Konferencja Episkopatu Polski, 2020; Potocki, 2020).

Niektórzy uważają, że pandemia przywróciła społeczną praktykę przewagi zaradności nad prawem (Biga i in., 2021)¹⁵. Być może ówczesna sytuacja była testem socjologicznie rozumianej odporności społecznej (*resilience*), jak pisze o tym Wilk (2018, s. 108). Niewykluczone też, że pandemia przywróci zapotrzebowanie na wiedzę, w tym naukę. Wymuszona zmiana stylu życia i odpoczynku – swobodne podróżowanie po świecie, wyszukane formy

¹⁵ „[...] obchodzenie prawa ponownie przestaje być przedmiotem społecznego napiętnowania, a staje się źródłem lokalnego prestiżu, którego nośnikiem jest zaradność” (Biga i in., 2021, s. 44).

rekreacji, zakupy jako forma spędzania czasu – może okazać się niepotrzebna i już na zawsze pozostaniemy domatorami. Możliwe więc, że pandemia dziś jest traumą, ale w przyszłości stanie się początkiem tzw. wzrostu potraumatycznego: przewartościowania życia, radykalnej zmiany itp.

Reakcje ludzi na pandemię często były irracjonalne i przeszacowane w stosunku do faktycznych lokalnych wydarzeń. W większym stopniu reagowano na telewizyjne obrazy ciężarówek wojskowych wywożących ze szpitali w Bergamo trumny do okolicznych krematoriów niż na to, co widać było za oknem. Dokonywano nieracjonalnych zakupów, czego przykładem był wzmożony popyt na całym świecie na papier toaletowy, który stał się metaforą bezpieczeństwa. W mediach społecznościowych pojawiła się informacja, że wojsko i firmy przygotowują się na ewentualne zamknięcie Warszawy, o czym w marcu 2020 roku przekonująco mówił na Facebooku anonimowy internauta (Orzeł, 2020; por. także Schneider, 2021; Oleksiak, 2020). Miało to formalne uzasadnienie w przepisach (por. Jaszczuk, 2020).

Jest też oczywiste, że w przypadku nowego typu koronawirusa mamy do czynienia z deficytem wiarygodnych informacji, a dominują spekulacje, w tym *fake news* itp.¹⁶ Ich rozpowszechnianie wynika z potrzeby zdobywania informacji na temat zagrożenia (szczególnie od ludzi uznawanych za autorytety), zaspakajania potrzeby domknięcia poznawczego czy ulegania wpływom konformizmu (Schneider, 2021). Nie wszyscy oczywiście poszukują takich informacji – część dlatego, że bagatelizuje śmiertelność wywołaną COVID-19, porównując ją ze śmiertelnością spowodowaną wypadkami drogowymi czy chorobami niezakaźnymi. WHO ogłosiło, że pandemii towarzyszy infodemia – fala dezinformacji (Boćkowski i in., 2022). Według portalu CyberDefence24 (2021) fałszywe informacje dotyczyły m.in. skuteczności leku weterynaryjnego Iwermektyny w walce z koronawirusem (podobnie jak witaminy C i szklanki wody), tego, że testy PCR na COVID-19 są bezużyteczne, że koronawirus jest bronią genetyczną przeznaczoną wyłącznie do zwalczania mieszkańców Azji Centralnej, że zwierzęta domowe należy uspić, aby się nie zarazić, że Wojsko Polskie przeprowadzi dezynfekcję ze śmigłowców itp.

¹⁶ Dobrym przykładem może być historia meksykańskiego piwa Corona. W światowej sieci od stycznia 2020 roku pojawiło się bardzo dużo postów, by w trosce o bezpieczeństwo przed koronawirusem zaprzestać picia tego trunku. Maggie Bowman, szefowa działu komunikacji firmy *Constellation Brands* produkującej ten napój, zorganizowała specjalną konferencję prasową dla dziennikarzy *Business Insider*, by zaprzeczyć jakikolwiek związek piwa i pandemii.

Opisywane zjawisko związane jest też z rozwojem mediów społecznościowych – kiedy nie było Facebooka ani Instagrama, dostęp do informacji był ograniczony, ich pozyskiwanie trwało dłużej (Johnson i in., 2020). Z drugiej strony platformy społecznościowe podjęły walkę z infodemią za pomocą algorytmów filtrowania treści (Drożdżał i in., 2020). Także platforma wiedzy Wikipedia otworzyła projekt *WikiProject Medicine* oraz powstała inicjatywa licencji *Open Covid Pledge*, której sygnatariusze zobowiązali się udostępnić nieodpłatnie swoją własność intelektualną dotyczącą m.in. wyników badań czy projektów medycznych (Drożdżał i in., 2020)¹⁷.

Gałuszka (2017) opisuje, jak profesjonalna wiedza medyczna przekształcana jest w mediach w laicką wiedzę medyczną (*lay health knowledge*), co jest konieczne ze względu na swoisty analfabetyzm medyczny. Pośredniczenie tradycyjnych i elektronicznych mediów masowych między fachowcami a opinią publiczną (mediatyzacja) i przyjmowanie medycznej perspektywy przez odwoływanie się do języka medycznego¹⁸ (medykalizacja; też *overmedicalization*) wzajemnie się wspierają przy tworzeniu obrazu rzeczywistości niedostępnej bezpośrednio doświadczeniu odbiorców. Traktowanie informacji jako atrakcyjnego towaru i tabloidyzacja mediów wymaga nadawania treściom silnego charakteru emotogennego. Media masowe autonomicznie ustalają hierarchię ważności wydarzeń (*agenda-setting*), a ważność wydarzeń zwrótnie kreuje zainteresowanie mediów. Fascynacja obrazem ogólnoswiatowej katastrofy tworzyła zapotrzebowanie na wpisujące się w ten obraz fakty: liczby zachorowań i zgonów, zdjęcia masowych grobów, kolejek przed SOR itp. Stwarzały one ramy interpretacyjne dla informacji o zdarzeniach i doświadczalnych emocjach. Jak pisze Gałuszka (2017): „Zarówno zjawisko mediatyzacji, jak i medykalizacji wpisuje się dobrze w koncepcję kultury strachu i społeczeństwa ryzyka” (s. 56).

Zarządzanie strachem opiera się głównie na komunikowaniu. Polega na opisywaniu zagrożenia (często w postaci racjonalizacji nieuświadomianych emocji

¹⁷ Upowszechnianie wiedzy naukowej w tradycyjny sposób (badanie, publikacja artykułu w recenzowanym czasopiśmie) jest zbyt wolne i jednocześnie zbyt hermetyczne, by wpływać na rzeczywistość społeczną. Trudno oczekiwać tu zmian bez reformy sposobu oceny pracy naukowców. Dodatkowym źródłem obniżania wiarygodności informacji naukowych i opartych na nich rekomendacji było określanie naukowców jako uczestników dyskursu politycznego.

¹⁸ Polega to zasadniczo na opisie codziennych doświadczeń, naturalnych etapów życia człowieka czy postrzeganych jako niepożądane cech jednostkowych w kategoriach zdrowia, choroby lub zaburzenia.

negatywnych), podtrzymywaniu strachu oraz podkreślaniu działań osób i organizacji (instytucji) odpowiedzialnych za wskazywane zagrożenie. Odwoływanie się do strachu ma inne znaczenie, gdy ludzie żyją w przeświadczeniu, że dadzą sobie radę z zagrożeniem, a inne, gdy czują się bezradni (Bavel i in., 2020). W tym pierwszym przypadku społeczeństwo w odpowiedzi na komunikaty o zagrożeniu reaguje zachowaniami zadaniowymi – stawia sobie cel do osiągnięcia i formułuje program do wykonania – a w tym drugim – reaguje obronnie. Jeśli ludzie są nadmiernie optymistyczni i mają poczucie, że ich zagrożenie jest małe, to nie stosują się do różnych ograniczeń. Ten optymizm może być sposobem unikania negatywnych emocji i efektem zaprzeczania czy wyparcia.

COVID-19 w bieżącej polityce wykorzystywany był jako narzędzie walki. Pojawiały się głosy, że panuje panika potęgowana przez liberalnych polityków oraz media, że jest to efekt mentalności kolektywistyczno-komunistycznej polskiego społeczeństwa, zgodnie z którą dobro jednostek musi być podporządkowane dobru wspólnemu. Pojawiały się też głosy, że rząd ukrywa niewygodne dla siebie informacje, że jest to narzędzie zdobycia pełni władzy. Olga Tokarczuk w wywiadzie dla „Gazety Wyborczej” (Nogaś, 2020) stwierdza: „Coś nas testuje. Nie wiem, czy to fatum, demon, Natura, Bóg, coś bezosobowego, przypadek? Testuje nas i to na bardzo wielu poziomach”. Śledząc Internet, można było zauważyć, iż krążą różne spiskowe teorie na temat źródeł pandemii, np. że pojawiła się na skutek przypadkowego wycieku z laboratorium czy wojny biologicznej Chin ze światem. A to, że SARS-CoV-2 został stworzony przez USA lub NATO jako broń biologiczna w tajnym laboratorium. A to, że koronawirus pochodzi ze szczepionki przeciwko grypie lub zakażeni nim muzułmańscy terroryści dostali polecenie, by zarażać niewiernych. A to, że Bill Gates planuje przejąć kontrolę nad światem i zmniejszyć liczbę ludności o trzy miliardy ludzi¹⁹ (bo chodzi o eliminowanie seniorów z powodu braku pieniędzy na emerytury). A to, że źródłem jest brak wytrzymałości umęczonej planety i obrona ziemi przed inwazyjnym człowiekiem. Zgodzić się można z twierdzeniem, iż obok pandemii mieliśmy także do czynienia z infodemią (WHO, 2018).

¹⁹ W rozpowszechnionym w sieci tłumaczeniu jego prelekcji na konferencji TED w marcu 2015 roku podawano informacje niezgodne z oryginałem wystąpienia, w tym że Gates prezentuje nowego wirusa oraz mówi o „silnie toksycznej szczepionce” pozyskanej z aborcji dzieci z autyzmem. Faktycznie wypowiadał się o sukcesach w walce z Ebolą i o tym, co z tego wynikało dla ewentualnej walki z nowym wirusem. W czasach pandemii nabrało to nowego znaczenia.

2 PANDEMIA COVID-19 W POLSCE

W Polsce pierwszy przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2 stwierdzono 4 marca 2020 roku w szpitalu w Zielonej Górze. 2 marca 2020 roku została uchwalona przez Sejm RP ustawa o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych. Do momentu ogłoszenia stanu epidemicznego Główny Inspektorat Sanitarny zalecał ograniczenie podróży do krajów z wysokim ryzykiem zarażenia tym wirusem (m.in. Chiny i Włochy) oraz zarekomendował odwołanie imprez masowych powyżej 1000 osób w zamkniętych pomieszczeniach (Duszyński i in., 2020, s. 71). Pierwszy śmiertelny przypadek odnotowano w Poznaniu 12 marca 2020 roku (Paluchowski, 2021, s. 14). W okresie od 14 do 20 marca obowiązywał w Polsce stan zagrożenia epidemicznego. Polski rząd zdecydował o przywróceniu pełnych kontroli na granicach oraz wstrzymaniu międzynarodowych połączeń lotniczych i kolejowych (poza czarterami). Cudzoziemcy, o ile nie mieszkali na co dzień w Polsce, nie byli wpuszczani na terytorium RP. Kilkadziesiąt tysięcy Polaków utknęło za granicą, starając się wrócić do domu, a na granicy polskiej rosły kolejki. Rząd organizował powrót samolotami do Polski, a wszyscy wracający musieli poddać się 14-dniowej kwarantannie.

2.1 PRZEBIEG PANDEMII COVID-19 W OBU FALACH²⁰

Na dwa tygodnie, od 16 marca 2020 roku, zamknięto placówki edukacyjne wszystkich stopni. Od 20 marca, zgodnie z rozporządzeniem ówczesnego ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego, obowiązywał stan epidemii (por. Internetowy System Aktów Prawnych, 2020a). Premier na konferencji prasowej 24 marca 2020 roku zapowiedział, że zostaną wprowadzone nowe zasady

²⁰ Opracowano na podstawie Kalendarium pandemii (listopad 2019 – grudzień 2020) (Paluchowski, 2021).

bezpieczeństwa w związku z koronawirusem (por. MTV 24, 2020). W tym celu naukę w trybie stacjonarnym zamieniono na kształcenie zdalne. Ograniczono działalność restauracji, pubów i galerii handlowych (poza sklepami spożywczymi, aptekami, drogeriami i pralniami). Restauracje, kawiarnie czy bary nadal mogły sprzedawać jedzenie, ale jedynie na wynos. Zamknięto siłownie, baseny, kluby taneczne, kluby fitness, muzea, biblioteki, kina. Obowiązywał zakaz zgromadzeń powyżej 50 osób. Ograniczono organizowanie marszów, demonstracji, uroczystości religijnych i wszelkich zgromadzeń. Wprowadzono zakaz wychodzenia z domu – poza wyjściem do pracy, sklepu oraz apteki w celu załatwiania spraw niezbędnych do życia codziennego. Za jego złamanie groził mandat, a nawet grzywna do pięciu tysięcy złotych (potem kara wzrosła do 30 tysięcy złotych). Wspólnie nie mogły poruszać się więcej niż dwie osoby. Ograniczono liczbę pasażerów w transporcie zbiorowym do 50%. Wstrzymano loty międzynarodowe i krajowe. W obrzędach liturgicznych – mszach, a nawet pogrzebach – mogło uczestniczyć do pięciu osób, nie licząc kapłana i tych, którzy byli niezbędni do przeprowadzenia posługi oraz wszystkich czynności. Ograniczenia dotyczyły także ślubów i wesel. Z obawy przed zarażeniem wiele osób odwoływało wizyty u lekarzy, badania diagnostyczne i zabiegi. Lekarze rodzinni i specjaliści zamknęli swoje gabinety. NFZ zalecał ograniczenie, a nawet zupełne wstrzymanie operacji u pacjentów. Minister zdrowia przypominał, że na mocy art. 47 ustawy o zwalczaniu i zapobieganiu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi może wysłać w dowolne miejsce Polski każdego lekarza, pielęgniarkę, farmaceutę i cały pozostały personel medyczny, jeśli uzna to za konieczne. Na podstawie tych przepisów na obowiązkową mobilizację musiał być przygotowany każdy pełnoletni, zdrowy obywatel.

Dwie pierwsze dekady kwietnia 2020 roku to czas zaostrzania restrykcji. Zamknięte zostały centra handlowe, gabinety usługowe, wprowadzono pracę i naukę zdalną dla milionów Polaków. Ustalono maksymalną liczbę klientów w sklepach, co spowodowało długie kolejki na zewnątrz, ustanowiono „godziny dla seniorów”, zalecono ograniczenia spotkań towarzyskich, zwłaszcza z osobami starszymi, lub całkowitą rezygnację z nich. W celu zminimalizowania przemieszczania się Dyrekcja Generalna Lasów Państwowych zamknęła parki narodowe i ogłosiła zakaz wstępu do lasów (por. Rzecznik Praw Obywatelskich, 2020). Od połowy kwietnia zaczął obowiązywać nakaz zasłaniania ust i nosa w miejscach publicznych, w tym na świeżym powietrzu. W wyniku restrykcji zawieszaniu uległy terminy postępowań administracyjnych,

a urzędy zaczęły funkcjonować w ograniczonym zakresie. Równolegle, 1 kwietnia 2020 roku (a następnie 17 kwietnia) rząd uruchomił program Tarczy Antykryzysowej – rozwiązań mających na celu wsparcie oraz stymulację gospodarki i przedsiębiorstw w czasie trwania pandemii (Paluchowski, 2021; Golinowska i Zabdyr-Jamro, 2020).

Pierwsze zmiany w walce z pandemią – przejście od nakładania do znoszenia obostrzeń – zaczęły być widoczne pod koniec kwietnia. Powołując się na statystyki dziennej liczby zakażeń (brak gwałtownych wzrostów), rząd, po 20 kwietnia 2020 roku, wycofał część wprowadzonych restrykcji. Zgodnie z wystąpieniem Premiera Mateusza Morawieckiego odwoływanie ich miało przebiegać w czterech etapach. Już od 20 kwietnia dozwolone było m.in. przemieszczanie się w celach rekreacyjnych (w tym po terenach zielonych, parkach, lasach). Wyłączone były jednak ogrody zoologiczne oraz ogródki jordanowskie w częściach zawierających infrastrukturę przeznaczoną do wspólnego użytkowania. To samo dotyczyło miejsc biwakowych i małej infrastruktury leśnej. Młodzież do 13. roku życia mogła poruszać się jedynie w towarzystwie dorosłych opiekunów. Zwiększona została także dopuszczalna liczba osób przebywających w sklepach, zmianie uległy handlowe „godziny dla seniorów”. Obostrzenia dotyczące udziału w ceremoniach religijnych również uległy częściowemu zniesieniu – analogicznie do limitów w sklepach, więcej osób mogło uczestniczyć w mszach, pogrzebach, uroczystościach odbywających się w budynkach oraz na zewnątrz. Od 2 maja 2020 roku uruchomiona została infrastruktura sportowa na świeżym powietrzu, a zajęcia sportowe i treningi zostały wznowione. Otwarto również sklepy budowlane, biblioteki, galerie sztuk, muzea, hotele i miejsca noclegowe oraz żłobki i przedszkola z przestrzeganiem zaleceń Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Stopniowemu odmrażaniu ulegało życie społeczne, kulturalne i gospodarcze (głównie handel).

Warto zwrócić uwagę, że ówczesnym kontekstem dla znoszenia obostrzeń było jednoczesne forsowanie przez partię rządzącą ustawy zezwalającej na przeprowadzenie wyborów prezydenckich w formie korespondencyjnej (nazywanych przez przeciwników pomysłu „wyborami kopertowymi”)²¹. Ustawa została odrzucona przez Senat i wróciła do Sejmu 5 maja. Na kilka

²¹ W myśl ustawy instytucją odpowiedzialną za zorganizowanie i przeprowadzenie wyborów miała być nie PKW, a minister należący do rządu i partii wystawiającej jednego z kandydatów.

dni przed planowanym terminem wybory odwołano, a 10 maja Państwowa Komisja Wyborcza orzekła brak możliwości głosowania. Skomplikowana sytuacja legislacyjna, zmiany w prawie wyborczym i brak szybkiego działania spowodowały wzrost napięć społecznych co do formy, terminu i zgodności z konstytucją organizowanych wyborów (Rzecznik Praw Obywatelskich, 2021).

Od 16 maja 2020 roku zaczęto realizować trzeci etap znoszenia obostrzeń, przywracający funkcjonowanie lokali gastronomicznych, salonów fryzjerskich i kosmetycznych oraz sklepów w centrach handlowych z zastosowaniem się do zaleceń Głównego Inspektoratu Sanitarnego. Warto odnotować, że dzienna liczba diagnozowanych zakażeń wirusem SARS-CoV-2 wahała się w połowie miesiąca od 350 do 470 (Rogalski, 2021), a 20 maja łączna liczba zgonów przekroczyła 1000²². Czwarty etap odwoływania obostrzeń rozpoczął się 30 maja 2020 roku. Zniesione zostały limity w sklepach i branży gastronomicznej, zwiększono jednocześnie dopuszczalną liczbę uczestników zgromadzeń. Po 45 dniach przestał również obowiązywać nakaz zasłaniania ust i nosa w otwartej przestrzeni publicznej (podtrzymany w pomieszczeniach zamkniętych, środkach transportu), pod warunkiem utrzymania dwumetrowego dystansu. Z początkiem czerwca wznowiły działalność instytucje kultury (teatry, kina, opery) oraz otwarte zostały pływalnie, siłownie, parki rozrywki. W związku ze zniesieniem większości obowiązujących od połowy marca 2020 roku obostrzeń oraz brakiem wzrostu średniej liczby zakażeń SARS-CoV-2 od końca maja 2020 roku²³, można przyjąć, że pierwsza fala zakończyła się w czerwcu 2020 roku.

Następujący trzymiesięczny okres między czerwcem a wrześniem 2020 roku przyniósł postępujące rozprężenie w podejściu do obowiązujących jeszcze obostrzeń, związanych głównie z przebywaniem w pomieszczeniach i zgromadzeniami na powietrzu. Marszałek Sejmu ogłosiła nowy termin wyborów prezydenckich na 28 czerwca. Odbyły się pierwsze egzaminy maturalne (8 czerwca), przesunięte wskutek kwietniowych restrykcji, w szkołach wróciła nauka stacjonarna na dwa tygodnie przed końcem roku

²² W tym samym czasie, według oficjalnych raportów, odnotowano: w Niemczech ok. 8300, Francji ok. 28000, Włoszech ok. 32000, Szwecji ok. 4000 zgonów łącznie (Worldometer, 2021).

²³ Co prawda Duszyński i in. (2020, s. 74) zwracają uwagę, że 8 czerwca odnotowano najwyższy od marca wskaźnik liczby zakażeń (599), jednak średnie dla maja i czerwca były niemalże identyczne (352 i 354).

szkolnego. W trakcie kampanii prezydenckiej, zwłaszcza przed II turą, która odbyła się 12 lipca, wybrzmiewała retoryka, przyjęta przez partię rządzącą, opanowania pandemii: „Nic się nie stało podczas pierwszej tury, nic się nie stanie w trakcie drugiej – 12 lipca. Wszyscy, zwłaszcza seniorzy, nie powinni niczego się obawiać, mogą iść na wybory. Latem wirusy grypy i koronawirus są słabsze, dużo słabsze” oraz „Cieszę się, że coraz mniej obawiamy się koronawirusa i epidemii. To dobre podejście, bo COVID-19 jest w odwrocie, już nie musimy się go bać. Trzeba pójść na wybory” – przekonywał Premier w trakcie spotkania w Tomaszowie Lubelskim (por. naTemat, 2020). W okresie wyborów dzienna liczba zdiagnozowanych przypadków zarażenia SARS-CoV-2 wynosiła między 250 a 360 przypadków.

Jednocześnie, w połowie lipca 2020 roku, wprowadzone zostało na mocy ustawy świadczenie w wysokości 500 złotych, z tytułu Polskiego Bonu Turystycznego, przyznawanego na dziecko do 18. roku życia (por. Serwis Rzeczpospolitej Polskiej, 2023). Bon można było wykorzystać jako środek płatniczy za usługi hotelarskie lub zorganizowane imprezy turystyczne. W tym samym czasie (17 lipca) złagodzone zostały kolejne restrykcje: obowiązujący dystans fizyczny zmniejszono z dwóch metrów do półtora metra oraz zwiększono limit uczestnictwa w wydarzeniach sportowych do połowy objętości obiektu.

Konsekwencją decyzji wakacyjnych był lekki wzrost liczby zakażeń. Na początku sierpnia Minister Edukacji ogłosił powrót do nauki stacjonarnej od 1 września, przy jednoczesnym braku wymogu zasłaniania ust i nosa. Równoległe, 6 sierpnia 2020 roku, kraj podzielono na strefy: zieloną, żółtą i czerwoną – związane z procentowym wskaźnikiem zarażeń. Na jego podstawie zapadały decyzje o wprowadzaniu obostrzeń (m.in. zakaz organizowania imprez sportowych, kulturalnych) na poziomie powiatów. W sierpniu 2020 roku zanotowano rekordową (od marca) liczbę zdiagnozowanych przypadków (903 osoby 21 sierpnia).

Wrzesień przyniósł duże zróżnicowanie w dziennej liczbie zdiagnozowanych przypadków SARS-CoV-2: od 300 do 1000 dziennie w pierwszych dwóch dekadach. Gwałtowny przyrost i stałą tendencję wzrostową dało się zauważyć w ostatnich dziesięciu dniach września (od 700 do prawie 1600). Październik to stały wzrost liczby przypadków (od ok. 2000 do prawie 22000). Większość uczelni zdecydowała się, po pierwszych dwóch tygodniach semestru zimowego, przejść na naukę i pracę zdalną lub rozpoczęła rok akademicki zdalnie. Minister Edukacji i Nauki 19 października opublikował rozporządzenie, w myśl którego kształcenie na studiach jednolitych, dwustopniowych,

podyplomowych i doktoranckich uległo ograniczeniu. Od 10 października 2020 roku cały kraj znajdował się w strefie żółtej (co oznaczało m.in. konieczność zasłaniania ust i nosa w przestrzeni publicznej), a od 24 października 2020 roku – w czerwonej (por. TVP Info, 2020). Tego samego dnia, decyzją Ministra Edukacji i Nauki (por. Internetowy System Aktów Prawnych, 2020b), na naukę zdalną przeszli uczniowie szkół podstawowych – klas IV–VIII – oraz ponadpodstawowych. Jednocześnie ogłoszono zakaz zgromadzeń i wspólnych aktywności w grupach powyżej pięciu osób, a osoby starsze zachęcane były do pozostania w domu. W ostatnich dniach października 2020 roku rząd wprowadził Brązową Tarczę Antykryzysową²⁴, dotyczącą branż: rozrywkowej, gastronomicznej oraz handlowej (sprzedaż detaliczna). Premier ogłosił również zamknięcie cmentarzy w dniach 31 października – 2 listopada. Wysoka liczba dziennych zakażeń koronawirusem oraz wprowadzenie restrykcji na terenie całego kraju pozwalają uznać, że na przełomie października i listopada rozpoczęła się druga fala pandemii.

W listopadzie 2020 roku, z początkiem drugiej fali zachorowań, dzienna liczba zdiagnozowanych zarażeń wahała się od kilkunastu do 26 tysięcy przypadków. Rząd zdecydował o wprowadzeniu nowych obostrzeń. Nauka zdalna objęła już uczniów wszystkich klas szkół podstawowych, zamknięto centra handlowe (z wyłączeniem sklepów spożywczych), kina, teatry, muzea itp. Premier zapowiedział narodową kwarantannę – oznaczającą zakaz przemieszczania się – jeżeli liczba dziennych przypadków utrzyma się na poziomie 70–75 na 1000 osób. Równoległe, 11 listopada 2020 roku, koncerty farmaceutyczne Pfizer oraz BioNTech poinformowały o potwierdzonej klinicznie skuteczności (na poziomie 90%) opracowanej szczepionki. W odstępach tygodniowych o sukcesie w wynalezieniu szczepionki przeciw SARS-CoV-2 poinformowały kolejno Moderna i AstraZeneca (skuteczność powyżej 90%).

Grudzień 2020 roku to stopniowy spadek liczby zdiagnozowanych przypadków (dzienna liczba wahała się od kilku do kilkunastu tysięcy). W ostatnich dniach roku 2020 rząd zapowiedział dostarczenie do Polski prawie 20 tysięcy dawek szczepionki, które mieli przyjąć pracownicy medyczni

²⁴ Jak piszą autorzy raportu Centrum Polityk Publicznych UEK (Biga i in., 2021): „działania władz w postaci uruchamiania kolejnych tzw. «tarcz antykryzysowych» odbywały się albo z pominięciem obowiązującego prawa, albo na podstawie jego bardzo elastycznej wykładni. Społeczeństwa w sytuacji egzystencjalnego zagrożenia, w imię zagwarantowania sprawności instytucji państwa, zgodziły się na czasowe zawieszenie porządku prawnego” (s. 6).

i personel szpitali zakaźnych. Jednocześnie zapowiedziano ogólnokrajowy program szczepień przeciwko COVID-19. Spadek liczby zachorowań oraz wprowadzenie programu szczepień można uznać za wydarzenia kończące drugą falę pandemii.

Porównując obraz pandemii z pierwszej i drugiej fali, należałoby wziąć pod uwagę z jednej strony czynniki wymierne, dające się łatwo skwantyfikować – jak liczba dziennych diagnozowanych przypadków zakażeń, liczba zgonów – oraz z drugiej, panujące nastroje, wyrażające się m.in. poprzez stosunek i gotowość do przestrzegania nakładanych obostrzeń, zaufanie do decyzji rządu. Biorąc pod uwagę pierwszą grupę, łatwo daje się zauważyć łagodny przebieg pierwszej fali – liczba dziennych przypadków nieprzekraczająca 500 i zgonów poniżej 40, zwłaszcza na tle niektórych krajów Europy (np. Włochy, Francja, Hiszpania), w których epidemia (a później – pandemia) oficjalnie zaczęła się szybciej. Druga fala to gwałtowny wzrost przypadków zdiagnozowanych i równie szybki przyrost zgonów (do ponad 600 dziennie). Rząd zdecydował o wprowadzeniu nowych obostrzeń: rozszerzono zdalną edukację, zamknięto centra handlowe, instytucje kulturalne itp. Premier zapowiedział narodową kwarantannę, co oznaczało zakaz przemieszczania się. Z drugiej strony firmy farmaceutyczne informowały o wynalezieniu skutecznej szczepionki przeciwko SARS-CoV-2. W ramach wspólnych europejskich zakupów zaczęły do Polski docierać coraz większe dostawy szczepionek. Ogłoszono ogólnokrajowy program szczepień przeciwko COVID-19, z pierwszeństwem dla tzw. grupy zero, czyli pracowników służby zdrowia.

2.2 BADANIA OPINII ORAZ POZIOMU ZAUFANIA SPOŁECZNEGO W PIERWSZEJ I DRUGIEJ FALI PANDEMII

W pierwszych dniach i tygodniach pandemii w Polsce obok strachu, poczucia zagrożenia, niepewności, zauważalna była gotowość do przestrzegania zaleceń. Z ankiety przeprowadzonej przez CBOS z marca 2020 roku wynika, że ponad 80% badanych stosowało dezynfekcję, a więcej niż połowa zachowywała dystans w pierwszych dniach pandemii (Pankowski, 2020). W mediach (w tym społecznościowych) publikowane były zdjęcia pustych centrów miast będących wynikiem zaleceń, aby zostać w domu (np. wyborcza.pl, 2020). Jednak w badaniach CBOS z sierpnia 2020 roku (Cybulska i Pankowski, 2020) Polacy szacowali odsetek osób nienoszących maseczek na ulicach średnio na 51%, a maseczek w sklepach nie używało według ich oceny przeciętnie 24,16%.

W tych samych badaniach stosowanie finansowych sankcji za nieprzestrzeganie przepisów i brak maseczek akceptowało 61% respondentów²⁵. Warto w tym kontekście jest zestawienie dwóch wyników badania z lipca 2020 roku (More in Common, 2021): 79% badanych Polaków twierdząco odpowiadało na pytanie: „Czuję, że moim obywatelskim obowiązkiem jest zachowywanie dystansu społecznego i przestrzeganie innych zasad” i jednocześnie 59% uczestniczących w badaniu odpowiadało, że: „Większość osób nie przestrzega zasad i robi zbyt mało, aby wspólnie walczyć z wirusem”. Na pytanie, jak ściśle respondent przestrzega zasady dystansu społecznego, 39% odpowiedziało, iż bardzo ściśle, a 47% – raczej ściśle. Większość łatwo „widzi drzazgę w oku swego brata, a belki we własnym oku nie dostrzega”, bo projekcja jest częstym mechanizmem obronnym (choć niektórzy nazywają ją obłudą i samolubną hipokryzją). Ciekawe jest, że niskie zaufanie do innych nieznanymi osobami koreluje (słabo – $r = 0,23$ – ale jednak) z akceptacją wprowadzanych przez rząd ograniczeń (Maj i Skarżyńska, 2020). W kontekście pierwszej fali warto również zwrócić uwagę na rosnącą skalę domowej przemocy, wynikającej z przedłużającej się izolacji, pracy zdalnej, stosowanych ograniczeń w przemierzaniu się (Bek i in., 2021).

Od połowy kwietnia zauważalne zaczęło być polityczne polaryzowanie krytyki działań rządu w związku z przeciwdziałaniem pandemii oraz traktowanie jej jako wskaźnika braku lojalności wobec władzy i opowiadania się po stronie opozycji w politycznym sporze. W efekcie kolejne badanie przeprowadzone przez CBOS ujawniło powiązanie zaufania z sympatiami politycznymi badanych – najczęściej za adekwatne uznawali działania rządu zwolennicy partii rządzącej (Roguska, 2020a). Rosnące niezadowolenie i brak zaufania do decyzji rządu przeważnie motywowane były częstymi zmianami w zakresie restrykcji oraz zbyt daleko idącymi ograniczeniami (np. zakaz wstępu do lasów) w porównaniu z decyzjami w krajach sąsiednich.

Od października do listopada 2020 roku zbadano postawy wobec epidemii COVID-19 115 pracowników ochrony zdrowia, zatrudnionych na różnych stanowiskach (Wypych-Ślusarska i Kraus, 2022). Ponad połowa badanych osób (51,30%) uważała, że ta pandemia jest czymś niespotykanym.

²⁵ Kontekstem może być obserwacja (Rokosz i in., 2021), że w maju w porównaniu z marcem 2020 roku z jednej strony częściej zaopatrywano się w higieniczne środki ochronne i jednocześnie z drugiej zmniejszyło się poszukiwanie w mediach informacji o epidemii oraz o ochronie przed nią.

Zasadniczo akceptowały one obowiązujące nakazy i zakazy. Co do ograniczeń poza miejscem pracy to noszenie maseczek, dezynfekcja rąk czy poddanie się kwarantannie nie budziło zastrzeżeń. Nie wszyscy akceptowali zakaz kontaktów (19%) i dystans fizyczny (10%). Zaskakujące jest to, że prawie 40% badanych pracowników ochrony zdrowia spotkało się z sytuacją niezgłaszania pracodawcy kontaktu z osobą zarażoną SARS-CoV-2 w celu uniknięcia kwarantanny, a prawie 1/3 z nich znała osoby, które nie zgłosiły się do lekarza mimo objawów podobnych do zakażenia się wirusem. Zastanawia też obserwacja, że 19% respondentów uważało, że pandemia jest efektem spisku firm farmaceutycznych.

Ważnym czynnikiem kształtującym zachowania ludzi w czasie pandemii był poziom zaufania społecznego zarówno wobec innych osób, jak i instytucji państwa (i legitymizacji ich działań). Fukuyama (1997) definiuje zaufanie jako „[...] mechanizm oparty na założeniu, że innych członków danej społeczności cechuje uczciwe i kooperatywne zachowanie oparte na wspólnie wyznawanych normach” (s. 38). Według niego zaufanie jest kluczowym elementem z punktu widzenia wielkości kapitału społecznego oraz jego kulturowych form. W naukach społecznych można też spojrzeć na zaufanie z innej perspektywy (Chmielewski, 2018) – jako efekt wrażenia, jakie ktoś czy coś robi, w odróżnieniu od wiarygodności (reputacji), czyli porównania zapowiedzi z efektami działania. To pierwsze bardziej bazuje na wierze w prawość, podczas gdy to drugie częściej jest efektem społecznego uczenia się. W tym więc ujęciu zaufanie jest postawą i/lub cechą podmiotową (ufnością), a wiarygodność wiedzą, z kim warto podtrzymywać relacje²⁶. Brak zaufania był przeszkodą szczególnie wobec tych zachowań społecznych w czasie epidemii, które wymagały współpracy, a jednocześnie sprzyjały zaleceniom społecznego dystansowania się (Marczewski, 2020).

Zespół doradczy do spraw COVID-19 Polskiej Akademii Nauk (Duszyński i in., 2020) opublikował m.in. dane na temat tego, czym informacjom na temat koronawirusa ufają ludzie na świecie. Ciekawe jest, że na tym tle „Polska lokuje się najniżej spośród badanych krajów, gdy chodzi o zaufanie do mediów, rządów, specjalistów opieki zdrowotnej [...]” (s. 35). Zychowicz i Halista-Telus (2021) przeprowadziły w maju 2020 roku badania zaufania do organów państwa i w sferze prywatnej na grupie 120 studentów. Większość

²⁶ Hobfoll (2006, s. 91) zwraca uwagę na to, że zaufanie to forma ryzykownego inwestowania w zasoby – stanie się ofiarą oszusta rujnuje zasoby.

respondentów nie miała poczucia bezpieczeństwa w odniesieniu do zdrowia swojego i osób bliskich. Akceptowała narzucane ograniczenia i do nich się stosowała (89%). W stosunku do obserwowanych osób, które nie przestrzegały ograniczeń, badani studenci nie interweniowali, uważając, że każdy powinien indywidualnie oceniać zagrożenie.

Okres pandemii negatywnie wpłynął na poziom zaufania osób badanych wobec przedstawicieli władz i służb mundurowych, dziennikarzy oraz osób duchownych. Maj i Skarżyńska (2020) przeprowadzili między 24 a 26 marca 2020 na próbie 1080 osób dorosłych badanie postaw wobec zalecanych zasad postępowania w okresie epidemii. Ogólnie deklarowany poziom akceptacji zaleceń władzy był wysoki; wyższy w grupie starszych respondentów, mieszkańców dużych miast, osób lepiej wykształconych i o wyższych dochodach. W latach 2002–2022 CBOS prowadził szerokie badania zaufania do innych ludzi (Omyła-Rudzka, 2022). Zasadniczo poziom zaufania w tych latach był niski: respondenci uważali, że większości ludzi nie można ufać (75,9%). Zaufanie do innych częściej deklarowały osoby o prawicowych przekonaniach oraz osoby najbardziej religijne. W roku 2020 22% badanych osób żywiło zaufanie wobec innych ludzi w różnych okolicznościach, a 76% tego zaufania nie miało. Tak zwany syntetyczny wskaźnik zaufania, wyrażający zgeneralizowaną postawę w stosunkach społecznych, wynosił w roku 2020 (na skali –3 do +3) –0,66 punktu, przy średniej za lata 2006–2022 wynoszącej –0,83. W tych samych badaniach pytano także o stosunek do 14 instytucji i organizacji życia publicznego. Wysokim zaufaniem (między 58% a 83%) w roku 2020 cieszyły się wojsko, policja, władze lokalne i urzędnicy administracji publicznej oraz Prezydent (Omyła-Rudzka, 2022)²⁷. Od połowy kwietnia 2020 roku zauważalna zaczęła być polaryzacja w zakresie zaufania do działań rządu w związku z przeciwdziałaniem rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2. Druga fala to rosnące niezadowolenie z działań rządu wobec pandemii. Zgodnie z przeprowadzonym badaniem CBOS w listopadzie 2020 roku 57% ankietowanych źle oceniło podejmowane działania, a pozytywnie – 41% (Roguska, 2020b). Podobnie negatywnie odniesiono się do przeciwdziałania kryzysowi i wspierania firm oraz ich pracowników: 52% badanych uznało, że podjęte działania były niewystarczające, przy zaledwie 27% ocen pozytywnych. Warto odnotowania jest także spadające zaufanie do rządu – w październiku zaobserwowano wzrost liczby przeciwników, przy jednoczesnym spadku

²⁷ Co nie odbiegało szczególnie od wyników w innych latach.

liczby zwolenników rządu (Bożewicz, 2020). Ten klimat braku zaufania nie sprzyjał respektowaniu decyzji władz i akceptowaniu argumentacji zaleceń. Ponadto Polacy pod względem zaufania do systemu opieki zdrowotnej byli w UE na trzecim miejscu od końca (Marczewski, 2020), co dodatkowo komplikowało psychologiczną sytuację ludzi podczas pandemii. W badaniach w ramach europejskiego projektu PERITIA (The Policy Institute, 2022), przeprowadzonych w styczniu 2022 roku na 12346 obywatelach z sześciu krajów, okazało się, że Polacy relatywnie bardziej nie ufają władzy (61%). Według tych badań 68% osób w Polsce uważało, że wartości wyznawane przez ich rząd są w większości odmienne od ich własnych, 63% twierdziło, że działa on niesprawiedliwie wobec osób takich jak oni, a 66%, że rząd ignoruje ludzi takich jak oni. 50% Polaków było zdania, że ich rząd lekceważy zasady, 70% – że nie jest on uczciwy i prawdomówny, 75% – że nie przekazuje dokładnych i bezstronnych informacji, a około połowa twierdziła, że nie przekazuje ich wcale. Wydaje się, że charakterystyczne dla pierwszej fali nastroje – wstępna gotowość do poddania się obowiązującym restrykcjom – przechodziły stopniowo w poczucie zmęczenia przymusem. W drugiej fali dominować zdawało się poczucie zagrożenia, wynikające prawdopodobnie z wysokiej liczby zachorowań, stosunkowo późno wprowadzonych obostrzeń oraz rosnącego braku zaufania do władzy.

Opisane wyżej cechy i okoliczności powodują, że jest to inny stres niż ten, który badają zazwyczaj psychologowie (por. rozdz. 1). Ma on swój aspekt biologiczny, z którego to punktu widzenia źródłem stresu jest wirus, ale ma też – być może ważniejszy – aspekt społeczny i ekonomiczny, gdzie źródłem stresu jest walka z wirusem. One razem tworzą nowe pokoleniowe doświadczenie – stres pandemiczny. Jego przyczyną jest czynnik niezależny od nas (więc nie obciążamy się winą i brakuje tzw. czynników ryzyka, czyli stylu życia zwiększającego prawdopodobieństwo wystąpienia tej sytuacji), nie chroni przed nim kraj zamieszkania, wiek czy pieniądze, nie ma daty końcowej, wywiera wpływ na wszystkie aspekty ludzkiej aktywności, burzy poczucie sensu i kontroli nad własnym życiem, wyobrażenia o sobie, samoocenę. Sytuacja pandemii ma wiele cech wspólnych z kataklizmem (Zawadzki i Strelau, 2008): źródłem jest zarówno czynnik naturalny (wirus), jak i ludzki (walka z nim), realnie sytuacja ta zagraża nie tylko zdrowiu i życiu, ale też dobrostanowi. Ma ona cechy traumy egzystencjalnej – jest ważnym życiowo negatywnym doświadczeniem porządkującym pamięć autobiograficzną (Popielski i Mamicarz, 2015).

3 RADZENIE SOBIE ZE STRESEM

Radzenie sobie oznacza poznawcze i behawioralne wysiłki podejmowane przez jednostkę w celu radzenia sobie ze stresem. Wysiłki te mogą być ukierunkowane na zarządzanie wewnętrznymi (fizjologicznymi, poznawczymi, emocjonalnymi) lub zewnętrznymi (behawioralnymi) skutkami stresu i mogą być celowe bądź automatyczne. Strategie radzenia sobie można kategoryzować oraz klasyfikować na wiele sposobów. Lazarus i Folkman (1984) wyróżnili dwie podstawowe formy radzenia sobie, tj. radzenie sobie skoncentrowane na problemie i radzenie sobie skoncentrowane na emocjach, jako reakcje mające na celu odpowiednio „zarządzanie lub zmianę problemu powodującego cierpienie” i „regulowanie emocjonalnych reakcji na problem” (s. 150). Carver i in. (1989) wyszli z założenia, że skoncentrowanie się na emocjach jest niewystarczające. Na podstawie analiz literatury wyróżnili trzy rodzaje strategii, zorientowane na rozwiązywanie problemu, na emocje (samoregulację) i na dezadaptacyjne unikanie konsekwencji zagrażającego zdarzenia lub zaprzeczanie jego istnieniu. Parker i Endler (1992) zauważyli, że strategie radzenia sobie skoncentrowane na problemie mają charakter instrumentalny i są związane z orientacją na zadanie i sytuację w celu minimalizacji skutków stresu, podczas gdy te skoncentrowane na emocjach odzwierciedlają orientację na jednostkę i doświadczane przez nią emocje. Wyróżniane w rozmaitych modelach radzenie sobie zorientowane na unikanie obejmuje ich zdaniem strategie skoncentrowane zarówno na zadaniu, jak i na osobie.

Od pierwszej prezentacji (Lazarus, 1966) teoria stresu Lazarusa przeszła kilka istotnych zmian (Lazarus, 1991; Lazarus i Folkman 1984; Lazarus i Luanier 1978). W najnowszej wersji (Lazarus, 1991) stres jest ujmowany relacyjnie: nie jest definiowany jako szczególny rodzaj stymulacji zewnętrznej ani szczególny wzorzec reakcji fizjologicznych, behawioralnych lub subiektywnych. Postrzegany jest on jako związek („transakcja”) między jednostkami a ich otoczeniem. Jak wiadomo z koncepcji stresu, odebranie przez jednostkę określonej sytuacji jako stresującej zależy przede wszystkim od wyniku

zestawienia wymagań zewnętrznych z własnymi ograniczeniami oraz zasobami (Lazarus, 1986). Zgodnie z tą koncepcją istnieją dwa procesy pośredniczące w transakcji człowiek – środowisko: ocena poznawcza (świadoma i bezrefleksyjna; Makowska i Poprawa, 2001), dzieląca się na ocenę pierwotną (*primary appraisal*) i ocenę wtórną (*secondary appraisal*)²⁸, oraz proces radzenia sobie.

Ocena pierwotna przebiega w dwóch etapach. Na pierwszym etapie jednostka konfrontuje swoje właściwości z właściwościami sytuacji i ocenia swoje relacje z otoczeniem ze względu na ich znaczenie dla własnego położenia. Jest to sąd o znaczeniu danej transakcji dla dobrostanu jednostki oraz o tym, czy aktualna konfrontacja z otoczeniem angażuje ważne dla osoby wartości czy cele (Lazarus, 1987). Jednostka dokonuje oceny, czy sytuacja jest neutralna, sprzyjająca czy stresowa. Gdy sytuacja zostaje oceniona jako stresująca (Lazarus, 1986; Lazarus i Folkman, 1984), to może być klasyfikowana jako krzywda/strata (gdy mamy poczucie utraty czegoś cennego i budzi to w nas złość, żal, smutek), zagrożenie (obawa takiej utraty, co powoduje uczucie strachu, lęku, zmartwienia) lub wyzwanie. To ostatnie dotyczy sytuacji, która może być źródłem zarówno straty, jak i zysku, czemu towarzyszą mieszane emocje negatywne, a także pozytywne – nadzieja, zapał itp. Ocena wtórna ma miejsce, kiedy człowiek ocenia własne zasoby, które pomogą w zmierzeniu się z sytuacją, oraz kiedy na podstawie doświadczenia określa potencjalne warianty (strategie) działania. Proces radzenia sobie ze stresem rozumiany jest jako konkretne działania (intrapsychiczne lub zewnętrzne) podejmowane w celu zmniejszenia danej trudności za pomocą strategii (sposobów) rozwiązania sytuacji stresu.

Styl radzenia sobie jest typowym sposobem radzenia sobie ze stresującą sytuacją za pomocą zestawu strategii. Jest on mieszanką stylu atrybucji, czyli tego, jak ludzie wyjaśniają przyczyny swojego zachowania (postrzegane źródło stresu, umiejscowienie kontroli, optymistyczne lub pesymistyczne przewidywania co do znalezienia rozwiązania), i cech osobowości (takich jak tolerancja ryzyka, poczucie własnej skuteczności czy introwersja lub ekstrawersja). Styl radzenia sobie ze stresem to termin stosowany, gdy chcemy zwrócić uwagę na istniejące różnice indywidualne w przebiegu czynności lub działań podejmowanych przez jednostkę. Heszen-Niejodek

²⁸ Nie jest to zdaniem Lazarusa jednorazowy akt – jednostki angażują się w ciągły i elastyczny proces oceniania, dopóki problem stresu nie zostanie rozwiązany.

(1997) definiuje go jako: „[...] posiadany przez jednostkę, charakterystyczny dla niej i indywidualnie zróżnicowany repertuar strategii radzenia sobie z sytuacjami stresowymi” (s. 10). Jest to zestaw strategii radzenia sobie, który spełnia określoną funkcję i jest względnie stabilny w czasie, jak również w różnych okolicznościach.

Lazarus (1993) podaje dwa cele radzenia sobie – pierwszy to ukierunkowanie na zadanie, na rozwiązanie problemu, a drugi to radzenie sobie skoncentrowane na obniżeniu napięcia emocjonalnego²⁹. Kolejną klasyfikację opracowali w 1990 roku Endler i Parker (1990). Opisać oni trzy style radzenia sobie w sytuacjach stresowych:

- koncentracja na zadaniu (*problem-focused coping*): osoby, które w sytuacjach stresujących skupiają się na działaniu, mają tendencję do podejmowania środków zaradczych, zmierzających do rozwiązania problemu bądź to przez zmianę działania, bądź przez zmianę zagrażającego otoczenia, głównie przez wykorzystywanie procesów poznawczych. Styl ten zakłada bezpośrednią konfrontację ze stresem przy pomocy strategii radzenia sobie ze stresem. Celem podstawowym tej strategii jest, przede wszystkim, próba zmiany sytuacji;
- koncentracja na emocjach (*emotion-focused coping*): to wysiłki ukierunkowane na zmniejszenie napięcia emocjonalnego poprzez skupienie się na sobie, na własnych przeżyciach. Odwołują się często do działań symbolicznych, polegających na nadawaniu rzeczywistości nowego, niezagrażającego znaczenia. Jest on charakterystyczny dla osób, które preferują myślenie życzeniowe i fantazjowanie. Osoby te wglębiają się we własne stany emocjonalne, takie jak: złość, poczucie winy, napięcie, gniew itp. Poszukują wsparcia emocjonalnego, doświadczają ruminacji problemów, potrzebują ich werbalizacji. Wykorzystują też humor oraz przyjmują pogodną i optymistyczną postawę. Chociaż radzenie sobie skoncentrowane na problemie jest ogólnie uważane za bardziej skuteczne niż radzenie sobie skoncentrowane na emocjach, to gdy kontrola nad sytuacją jest niewielka, zmniejszenie negatywnych emocji może pozwolić ludziom skupić się na radzeniu sobie z problemem wówczas, kiedy mogą to zrobić;
- koncentracja na unikaniu (*avoidance-oriented*): to styl, który polega na odwracaniu uwagi od stresora i własnych reakcji, wystrzeganiu się

²⁹ Można – odwołując się do koncepcji Tomaszewskiego (1984) – mówić o nastawieniu się na sytuację trudną do rozwiązania albo na sytuację trudną do zniesienia.

przeżywania i doświadczania sytuacji trudnej, myślenia o niej. Często dochodzi do zaprzeczania informacjom o wydarzeniu stresowym. Charakterystyczne są również reakcje pomijania pewnych faktów, odrzucania ich i zaprzeczania im. Zdarzają się osoby, które w sytuacjach stresujących odrywają się od nieprzyjemnego napięcia, angażując się w poszukiwanie kontaktów towarzyskich, co jest formą ucieczki od konfrontacji z problemami. Niektórzy, pod pozorem wnikliwej analizy sytuacji, grają na zwłokę, co może być przejawem usprawiedliwiania się przed sobą i innymi. Próba ucieczki może być też celowe zajmowanie się czynnościami niezwiązanymi z sytuacją stresującą, np.: sprzątanie, robienie zakupów, wysiłek fizyczny, oglądanie telewizji lub objadanie się.

W procesie radzenia mogą one występować w różnych fazach z różnym natężeniem. Stąd jednostka może np. realizować zachowania zadaniowe nastawione na realizację zamierzonego celu i przyszłość, jak i ukierunkowane na terażniejszość, których celem jest obniżenie przykrego napięcia emocjonalnego towarzyszącego sytuacji stresowej.

Opcje odpowiedzi na pytania zawarte w wykorzystanej w omawianym badaniu ankiecie dotyczące strategii inspirowane były klasyczną poznawczo-transakcyjną koncepcją stresu i strategii radzenia sobie stosowanych przez jednostkę w określonej sytuacji trudnej Lazarusa i Folkman (Bargiel-Matusiewicz i in., 2003; Folkman i Lazarus, 1988; Folkman i in., 1986; Folkman i Moskowitz, 2004; Heszen, 2013; Lazarus i Folkman, 1984; Łosiak, 1994; Oleś, 1993). Strategie radzenia sobie odzwierciedlają repertuar odpowiedzi na stres, który dana osoba ma i może wykorzystać. Strategii radzenia sobie można się nauczyć. Umiejętności radzenia sobie można spostrzegać jako połączenie stylu radzenia sobie i szeregu możliwych do wdrożenia strategii radzenia sobie. Warto podkreślić, że dana strategia może jednocześnie pełnić obie funkcje (Skinner i in., 2003): instrumentalną (rozwiązanie problemu) i regulowania emocji czy uwagi. Według Carvera i in. (1989) strategie radzenia mogą tworzyć styl radzenia sobie rozumiany jako „preferowany zestaw strategii radzenia sobie, który pozostaje względnie niezmienny w czasie i okolicznościach” (s. 270). Folkman i Lazarus (1988) wyróżnili osiem sposobów (strategii) radzenia sobie:

1. konfrontowanie się z problemem (*Confrontive Coping*, CC): podejmowanie działań ryzykownych i asertywnych mających w przekonaniu jednostki zmienić stresującą sytuację, nawet wtedy, gdy faktycznie jest to nieskuteczne; pytanie w wykorzystanej ankiecie: [*W czasie pandemii*

- COVID-19 radzę sobie ze stresem...]³⁰ walcząc o to, aby zmienić sytuację, nawet ryzykując;
2. dystansowanie się (*Distancing*, D): poznawcze dystansowanie się od problemu i pomniejszanie znaczenia sytuacji; [pytanie w ankiecie]: *nie słuchając wiadomości, bo to i tak nic nie da*;
 3. samokontrola (*Self Controlling*, SC): podejmowanie wysiłków w celu panowania nad sobą, powstrzymywanie się od wyrażania emocji i pochopnego działania; [pytanie w ankiecie]: *starając się kontrolować i zachować swoje uczucia dla siebie*;
 4. przyjmowanie odpowiedzialności (*Accepting Responsibility*, AR): dostrzeganie własnej roli w problemie i branie odpowiedzialności za jego rozwiązanie, przyjmowanie krytyki; [pytanie w ankiecie]: *biorąc na siebie odpowiedzialność i działając*;
 5. unikanie myślenia o problemie (*Escape-Avoidance*, EA): odwoływanie się do życzeniowego optymizmu i/lub działań poprawiających humor, aby uciec od problemu albo uniknąć go; [pytanie w ankiecie]: *przyjmując, że wszystko się dobrze skończy*;
 6. analizowanie i planowanie rozwiązywania problemu (*Planful Problem Solving*, PPS): koncentrowanie się na przemyśleniu planu rozwiązania problemu i zmiany sytuacji; podejmowanie działań zorientowanych na problem; [pytanie w ankiecie]: *analizując sytuację i planując swoje działania*;
 7. pozytywne przewartościowanie i koncentracja na samorozwoju (*Positive Reappraisal*, PR): doszukiwanie się pozytywnego znaczenia sytuacji, w tym wartości dla własnego rozwoju; [pytanie w ankiecie]: *odkrywając na nowo, co w życiu jest ważne*.

Ostatnia strategia w koncepcji Lazarusa i Folkman (1988) to poszukiwanie informacyjnego i emocjonalnego wsparcia społecznego (*Seeking Social Support*, SSS), określana jako strategia skoncentrowana zarówno na problemie, jak i na emocjach. Na podstawie koncepcji Carvera i Scheiera (1994) została ona w tych badaniach uzupełniona o dwie jej formy:

8. poszukiwanie instrumentalnego wsparcia społecznego (*Seeking Instrumental Social Support*, SISS): szukanie u znajomych rady, informacji, pomocy,

³⁰ W ankiecie zastosowanej w omawianym badaniu tak brzmiał nagłówek do listy możliwych odpowiedzi (tzw. pytanie główne). Odpowiedzi na poszczególne możliwości oceniane były na dziesięciopunktowej skali – od „bardzo rzadko” do „bardzo często”.

które mogą być przydatne w rozwiązaniu problemu; [pytanie w ankiecie]: *szukając rady i pomocy u znajomych*;

9. poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego (*Seeking Emotional Social Support*, SESS): kontaktowanie się z innymi, szukanie sympatii, zrozumienia, współczucia, wsparcia, żeby nie czuć się samotnie; [pytanie w ankiecie]: *kontaktując się „zdalnie” z innymi, żeby nie czuć się samotnie*.

Ponadto o strategię tłumienia konkurencyjnych działań (*Suppression of Competing Activities*, SCA) pytano w formie zaprzeczenia:

10. podejmowanie konkurencyjnych działań (*competing activities*): wykonywanie czynności odwracających uwagę od problemu i jego rozwiązywania; [pytanie w ankiecie]: *zajmując się rzeczami, na które wcześniej nie było czasu*.

Na podstawie oryginalnej koncepcji Lazarusa i Folkmana (Lazarus i Folkman, 1984) powstał kwestionariusz *Ways of Coping Checklist* (WCCL) i jego późniejsza wersja *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ; Folkman i Lazarus, 1988). Wyniki przedstawione przez Parkera i in. (1993) podważają spójność teoretyczną wielowymiarowego modelu radzenia sobie (Folkman i in., 1986). W serii analiz czynnikowych różnych modeli teoretycznych okazało się, że osiem wymiarów radzenia sobie badanymi za pomocą kwestionariusza WCQ nie oddaje wiarygodnie obrazu fenomenu radzenia sobie. Spośród wielu badanych kombinacji najlepiej dopasowany do danych okazał się model czteroczynnikowy (strategie D+EA, CC+SSS, PPS, D). W związku z tym Parker i in. (1993) twierdzili, że osoby prowadzące badania powinny rutynowo dokonywać analiz czynnikowych WCQ dla swoich danych. Jednak w ich badaniach analizowano wyniki studentów na poziomie licencjackim, którzy wypełniali WCQ dwa dni przed egzaminem śródsesemestralnym. W związku z tym można przypuszczać, że zaobserwowana „niestabilność” czynnikowa była w rzeczywistości związana z tą specyficzną sytuacją stresową. W badaniu pacjentów z chorobą Parkinsona (Corti i in., 2018) najlepiej odzwierciedlał strukturę danych model sześcioczynnikowy (D, PR, EA, SSS, PPS, CC).

Stanisławski (2022) zaproponował model kołowy³¹ ujmujący relacje między różnymi strategiami radzenia sobie ze stresem (*Coping Circumplex Model*; CCM). Wziął pod uwagę osiem opisanych wyżej strategii: CC, D,

³¹ W modelach kołowych zmienne o przeciwnych wartościach są umieszczane na przeciwległych punktach okręgu, natomiast zmienne o bardzo podobnych cechach są wyświetlane obok siebie na okręgu. Innymi słowy, podobieństwo między elementami maleje wraz ze wzrostem odległości między nimi na okręgu.

SC, AR, EA, PPS, PR i SSS. Podstawowymi ortogonalnymi wymiarami okazały się działania skierowane z jednej strony na rozwiązanie problemu (P), a z drugiej na minimalizację dyskomfortu (E). Radzenie sobie z problemami i radzenie sobie z emocjami zostały zinterpretowane jako wymiary dwubiegunowe: wysoki i niski poziom radzenia sobie z problemami (P+ vs. P-) oraz odpowiednio pozytywny i negatywny sposób radzenia sobie z emocjami (E+ vs. E-). Radzenie sobie z problemem stresu to poszukiwanie rozwiązań i ich alternatyw, przewidywanie i perspektywiczne planowanie działań. Unikanie problemu to nastawienie na przeczekanie, trzymanie się z dala od myślenia o problemie i poszukiwanie czegoś, co oderwie od niego. Pozytywne radzenie sobie z emocjami zawiera takie emocje, jak wyrozumiałość dla siebie, łagodne akceptowanie podejmowania nawet bezskutecznego radzenia sobie ze stresem, interpretacja zdarzeń z humorem i poszukiwanie ich pozytywnych aspektów. Negatywne radzenie sobie z emocjami obejmuje odczuwanie presji, niepokoju, samokrytykę oraz ruminację negatywnych aspektów sytuacji. Dodatkowymi wymiarami w modelu CCM są skuteczne optymistyczne działanie vs. pesymistyczna bezradność (P+E+ vs. P-E-) oraz zaabsorbowanie problemem i hedonistyczne niezaangażowanie (P+E- vs. P-E+). W efekcie Kołowy Model CCM opisuje jednoznacznie cztery z ośmiu strategii radzenia sobie, proponowanych w modelu Lazarusa i Folkman (1988): rozwiązywanie problemów (P+; PPS), skuteczność (P+ E+; PR), radzenie sobie za pomocą negatywnych emocji (E-; AR) i bezradność (P- E-; EA). Trzy kategorie znajdują się pomiędzy dwoma podstawowymi wymiarami Modelu CCM: konfrontacyjne radzenie sobie (CC) jest związane z zaabsorbowaniem problemem i radzeniem sobie z negatywnymi emocjami, ucieczka od problemu (EA) – z unikaniem problemu i bezradnością, a dystansowanie się (D) – z hedonistycznym oderwaniem się od problemu i unikaniem go. Samokontrola (SC) i poszukiwanie wsparcia społecznego (SSS) nie mają odpowiedników w CCM.

Z psychologicznego punktu widzenia mieliśmy być może do czynienia z procesualnie ujmowanym zjawiskiem potraumatycznego rozwoju³² (*posttraumatic growth*; PTG; Kubacka-Jasiecka, 2016; Tedeschi, Calhoun, 2007). Obejmuje ono (Dudek i Banach, 2009) zmiany w spostrzeganiu siebie,

³² Wzrost potraumatyczny nazywany bywa (Kubacka-Jasiecka, 2016) wzrostem związanym ze stresem (*stress-related growth*), transformacyjnym radzeniem sobie (*transformative coping*) czy rozkwitaniem (*thriving, flourishing*).

otwarcie się na innych w relacjach interpersonalnych³³ oraz w opartej na prze-myśleniach przyjmowanej filozofii życiowej, co przynosi poprawę dobrostanu jednostki³⁴. Jednym z jego elementów jest zwiększenie poczucia „osobistej mocy”, odkrycie nowych możliwości swojego działania, nowych dróg życiowych (Dudek i Banach, 2009, s. 66). Jednym ze skutków jest też poprawa poczucia własnej wartości i przekonanie o własnej skuteczności (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2012). Tedeschi i Calhoun (2007) piszą także o sprzyjającym rozwojowi potraumatycznemu stosowaniu takich strategii radzenia sobie jak pozytywne przewartościowanie czy koncentrowanie się na zadaniu oraz odwoływaniu się do duchowości wiary religijnej³⁵. Pojawieniu się wzrostu potraumatycznemu sprzyja również nadzieja na sukces, czyli przekonanie o posiadaniu silnej woli (możliwość zrealizowania planu, podjęcia realizacji założonego celu i wytrwałość w podejmowanych działaniach mimo pojawiających się przeszkód) oraz postrzeganie siebie jako osoby, która posiada kompetencje, aby znaleźć skuteczny sposób osiągnięcia przyjętego celu (Łaguna i in., 2005). Niewykluczone, że mieliśmy do czynienia z wydarzeniem krytycznym (*life change events*), które powoduje istotne zmiany w zasadach przystosowania społecznego jednostek (Sęk i Cieślak, 2011). Być może jednak jest to rodzaj unikowej strategii radzenia sobie z sytuacją kryzysową. Prawdopodobne jest także, że podczas kryzysu ludzie chcą wszystko zmieniać, bo ich zdaniem stare rozwiązania zawiodły i szukają nowych, radykalnych.

³³ W badaniach Masser i in. (2021) okazało się, że jedną z ważnych przyczyn oddania osocza krwi dla chorych na COVID-19 przez tzw. ozdrowieńców było doświadczenie potraumatycznego wzrostu.

³⁴ Choć należy zwrócić uwagę, że w oryginalnej koncepcji autorzy przyjmują, że wzrost potraumatyczny jest efektem doświadczenia straty i doznania cierpienia. Niektórzy (Park i in., 1996) wskazują, że wzrost jest proporcjonalny (lub krzywoliniowy) do doznawanego cierpienia. Nie jest to oczywiście jedyny możliwy skutek traumy. W literaturze „chroniczny smutek” opisuje się jako reakcję na nieodwracalną utratę (Olshansky, 1962).

³⁵ Ciekawy przykład takiego religijnego przewartościowania przedstawia Terelak (2009).

●

4 TEORIA ZACHOWANIA ZASOBÓW I SPOSÓB DOŚWIADCZANIA STRESU

● ● ●

W koncepcji Hobfolla (2006; Bielawska-Batorowicz i Dudek, 2012; Bernat i Krzyszkowska, 2017; Dudek i in., 2007; Gruszczyńska, 2012; Halbesleben i in., 2014; Hobfoll, 1989) stresem jest albo obawa przed stratą zasobów, albo faktyczna ich utrata, lub zagrożenie możliwości wykorzystania posiadanych już zasobów i/lub ich utrzymania. Koncepcja Hobfolla (2006) dotyczy całej celowej aktywności człowieka opisywanej w języku zdobywania i ochrony zasobów. Specyfika tej koncepcji polega na tym, że zasoby są postrzegane tu jako czynniki w dużej mierze obserwowalne, obiektywnie kwantyfikowalne i kulturowo doświadczane w powszechnie akceptowany sposób. Nie ma jakiegś jednej ogólnie przyjętej definicji zasobów, ale mimo tego, że każda kultura faworyzuje określony typ zasobów, to jednak wiele z nich jest cenionych niezależnie od kultury. Zasadniczo można przyjąć, że jest to wszystko to, co w danym środowisku (przedmiotowym, społecznym i kulturowym)³⁶ pomaga radzić sobie z wymaganiami życia, co jest dla ludzi cenne (Hobfoll, 2006, s. 61 i dalsze; Juczyński, 2009). Zasoby są cenne albo dlatego, że – wprost lub pośrednio – są potrzebne do przetrwania, albo ze względu na ich wartość instrumentalną (pozwalają zdobywać inne zasoby).

Zgodnie z koncepcją Hobfolla (2006) zasoby tworzą kapitał adaptacyjny jednostki. Jego zdaniem można przyjmować różne rodzaje ich typologii. Zasoby można podzielić na przedmiotowe i podmiotowe, a także na wewnętrzne (aspekty osobowości, styl funkcjonowania poznawczego, sposób interpretowania problemów, poczucie własnej wartości, kompetencje zawodowe, optymizm) i zewnętrzne (aspekty otoczenia fizycznego, wsparcie społeczne, materialne zasoby jednostki, zatrudnienie, status ekonomiczny). Zasoby można podzielić funkcjonalnie, rozróżniając zasoby pierwotne – mające

³⁶ Jak pisze Hobfoll (2006): „[...] jednostki-osadzonej-w rodzinie-osadzonej-w organizacji społecznej” (s. 62).

bezpośredni związek z przetrwaniem (np. pożywienie, ubranie, schronienie) – jak i wtórne – umożliwiają zdobycie zasobów pierwotnych (np. wsparcie społeczne, przynależność do grupy, nadzieja, optymizm) – czy też symboliczne (oznaki statusu społecznego, miejsce pracy i warunki społeczne, które zwiększają dostęp do zasobów wtórnych).

Hobfoll strukturalnie dzieli zasoby (Gruszczyńska, 2012; Hobfoll, 2006)³⁷ na cztery grupy: fizyczne przedmioty (ich posiadanie bądź brak ma związek z przetrwaniem, a także z samooceną i budowaniem statusu materialnego i społecznego, typu samochód czy dom), warunki (zasoby okolicznościowe typu zdrowie czy stała posada dające dostęp do innych zasobów, także relacje rodzinne, dobre małżeństwo), zasoby energetyczne (pochodne własnej energii i doświadczenia, typu pieniądze czy wiedza, które można gromadzić, aby uzyskiwać dalsze zasoby, ale również chronić te już posiadane) oraz zasoby osobiste (cechy osobowości, wyuczone umiejętności, kompetencje zawodowe, samoocena, poczucie własnej wartości czy skuteczności, optymizm itp.). Zasoby synergicznie współdziałają, co wiąże się z uzyskaniem większego efektu łącznej interakcji niż efektu ich pojedynczego działania. Istnieje też wzajemne powiązanie między zasobami indywidualnymi i wspólnotowymi (społecznymi, rodzinnymi).

Hobfoll (2006) odwołuje się w swej koncepcji Modelu Zachowania Zasobów (*Conservation of Resources*; COR) do dwóch zasad: prymatu utraty zasobów (*Primacy of Resource Loss*) oraz zasady inwestycji w zasoby (*Resource Investment*). Pierwsza zasada odwołuje się do doświadczania nieproporcjonalnie większego dyskomfortu z powodu utraty danego zasobu niż satysfakcji z powodu jego zdobycia. Zgodnie z drugą zasadą ludzie będą skłonni regularnie inwestować w zasoby zarówno w celu przewidywanej ochrony przed utratą zasobów, w sytuacji odzyskiwania ich po stratach, jak i w celu pozyskiwania innych zasobów (tworząc rezerwy kapitałowe). Napięcie pojawia się wtedy, gdy zasoby są tracone, gdy istnieje subiektywne przekonanie o zagrożeniu ich utraty lub gdy mimo wysiłku nie dochodzi do wzrostu puli zasobów. Inaczej mówiąc, napięcie jest efektem oszacowania ponoszonych kosztów, czyli utraty zasobów w związku z daną sytuacją (tu: pandemią i walką z nią). W momencie przedłużającego się stresu ludzie mobilizują pozostałe zasoby (tzn. te, które nie zostały utracone w chwili wystąpienia stresu), by zrównoważyć bieżące wyzwania, które przed nimi stoją, mają tendencję

³⁷ Hobfoll wymienia łącznie 74 różne zasoby (2006, s. 87).

do oszczędzania ich bądź odbudowywania własnych zasobów. Ograniczanie zasobów zwiększa ryzyko straty, a strata początkowa determinuje możliwość wystąpienia kolejnych strat zasobów. Osoby dysponujące większymi zasobami są mniej narażone na ich utratę i mają większe możliwości ich powiększenia. I odwrotnie – ludzie mający mniej zasobów są bardziej narażeni na ich utratę i mniej zdolni do osiągnięcia nowych.

Na rzecz omawianego badania wykorzystano koncepcję Hobfolla bardziej dla potrzeb analizy percepcji stresu pandemicznego w kategoriach zasobów³⁸ niż radzenia sobie z nim w procesie zachowania zasobów.

³⁸ Co być może nie jest zgodne z przekonaniem autora koncepcji (Hobfoll, 2006, s. 33 i dalsze).

●

5 CZYM JEST KOMPUTEROWA ANALIZA TREŚCI – ZAŁOŻENIA, PROCEDURY

● ● ●

Dla przypomnienia – w omawianych badaniach starano się uchwycić dwie uzupełniające się strony psychologicznych aspektów pandemii: formy radzenia sobie ze stresem i jego percepcję oraz ich kontekst. Zrealizowano je za pomocą internetowej ankiety (por. rozdz. 6). Obejmowała ona – poza częścią wstępną, informującą o celu badania, zawierającą pytanie o zgodę na udział w badaniu oraz o podstawowe informacje o osobach badanych – pięć pytań zamkniętych oraz trzy pytania otwarte. Do opracowywania odpowiedzi na pytania otwarte tej ankiety wykorzystano analizę treści. W tym rozdziale omówiono pokrótce podstawowe założenia tej metody oraz wykorzystany program komputerowy.

5.1 WPROWADZENIE – ANALIZA TEKSTU I ANALIZA TREŚCI

Niekiedy (Paluchowski, 2000) utożsamia się analizę tekstu z analizą treści, a czasem wyraźnie się je rozdziela. Punktem wyjścia jest rozróżnienie trzech zjawisk, będących potencjalnym obszarem zainteresowania – tekstu, treści i ich funkcji (np. organizacji retorycznej bądź argumentacyjnej³⁹; Paluchowski, 2010). Tekst jest to materiał językowy, ustrukturuwana sekwencja bodźców, która aktywizuje zarówno wiedzę słuchacza z obszaru opisywanego przez tekst, jak i jego wiedzę językową. Typową jednostką analizy tekstu jest słowo, zdanie, akapit itd. – jakaś formalnie wyodrębniona jednostka

³⁹ Argumentowanie (perswazja, przekonywanie) polega na komunikowaniu faktów, argumentów i informacji w celu zmiany postaw odbiorcy, a w ostatecznym efekcie jego działań. To oddziaływanie na odbiorcę jest konieczne, gdyż ludzie zazwyczaj mają skłonność do utrzymywania stałości i wewnętrznej zgodności swoich postaw oraz działań. Skuteczna perswazja narusza zazwyczaj tę wewnętrzną zgodność, co prowadzi do asymilacji nowych danych i akomodacji (przystosowania się) starych struktur (Paluchowski, 1994).

tekstu i analizowana niezależnie od innych. Analizując tekst, można opisywać liczbowo (ilościowo) jego charakterystyki strukturalno-formalne. W najprostszych ujęciach liczone mogą być konkretne słowa, znaki, jednak można zliczać także kody słów (kodowanie znaczeń – por. dalej). Treść to inaczej znaczenie, sens części tekstu: słowa, zdania czy akapitu (Paluchowski, 2010). Nadawanie znaczeń wychodzi poza tekst, choć oczywiście musi odwoływać się do jawnych elementów przekazu, a procedura ta musi być przejrzysta (Szczepaniak, 2012). Treść tekstu daje się więc odczytać przez odwołanie się do rzeczywistości pozajęzykowej i pełnionej w niej funkcji tekstu. Kontekst mogą stanowić warunki społeczne (okoliczności), w jakich powstał dany tekst (dokument), jak też w jakich jest on upowszechniany i wykorzystywany (Paluchowski, 2000).

Treść (znaczenie) jest więc efektem wnioskowania, interpretacji tekstu. Przyjmuje się (Paluchowski, 2010; Paluchowski, 2000), że analiza treści to dowolna technika klasyfikacji nośników znaczeń, która opiera się na ocenach (mniej lub bardziej formalnych) badacza bądź grupy badaczy, do której kategorii zaliczyć nośniki znaczeń, by w efekcie uzyskać to, co nazywa się naukową obserwacją. Celem tak rozumianej obiektywnej i systematycznej analizy treści jest wnioskowanie o niejęzykowych właściwościach nadawcy przekazu, o przyczynach (intencjach) sformułowania przekazu lub o wpływie, jaki dany przekaz wywiera na jego odbiorców.

5.2 ILOŚCIOWA ANALIZA TREŚCI

Podstawowe cechy ilościowej analizy treści to obiektywność (rzetelność, replikowalność) i systematyczność (Paluchowski, 2010; Szczepaniak, 2012). Systematyczność analizy oznacza, że badacz nie dobiera stronniczo fragmentów tekstów jako jednostek analizy, a więc że badanie spełnia podstawowe wymogi naukowej poprawności. Obiektywność analizy oznacza, że każde działanie badacza oparte jest na wyraźnie określonych zasadach i procedurach, że reguły stosuje się tak samo do wszystkich analizowanych tekstów, a odmienności są wyeliminowane bądź sprowadzone do minimum (np. za pomocą algorytmizacji). Głównym testem obiektywności (intersubiektywności) jest uzyskiwanie tych samych rezultatów przy stosowaniu danego klucza kategoryzacyjnego przez każdą osobę dokonującą kodowania.

Analiza treści to interakcja dwóch procesów: określania cech treści, które badacz chce mierzyć, i wykorzystania reguł kodowania, które badacz musi

zastosować, aby ustalić i zapisać te cechy. Jest to proces iteracyjny, gdzie obie fazy współwystępują w powracających pętlach o korekcyjnym charakterze (Paluchowski, 2000). Kodowanie jednostek tekstu nie jest równoznaczne z jego analizą, lecz jest jej początkiem (Silverman, 2009b, s. 87). Jednocześnie można widzieć kodowanie jako poszukiwanie (wskazywanie) związku między danymi a pojęciami teoretycznymi czy okolicznościami powstania (upowszechnienia) tekstów. W klasycznej książce Berelson (1952), pisząc o obiektywności, podkreśla, że analiza treści (zawartości) powinna odnosić się do jawnych cech języka. Jej wyniki nie zawierają bowiem bezpośrednich odniesień do ukrytych intencji nadawcy komunikatu ani do relacji między językiem a odbiorcą (interpretatorem). Z drugiej strony zarówno ukierunkowujemy interpretację, tworząc kategorie, jak i analizując je, wskazujemy na takie odniesienia. Inaczej mówiąc – jesteśmy świadomi, że obiektywność takiej interpretacji może być dyskusyjna, ale jest ona niezbędna. Same dane ilościowe pozbawione nadanych im znaczeń są bezwartościowe.

Główne kroki kodowania to: wybór jednostek analizy tekstu, kategoryzacja (czyli redukcja znaczeń tekstu do mniejszej liczby kategorii), stworzenie klucza kodowego oraz sama procedura kodowania. Kategoryzacja może być realizowana dedukcyjnie, co polega na aplikacji kategorii istniejących w literaturze przedmiotu (kodowanie teoretyczne – Glińska-Neweś i Escher, 2018; kodowanie aprioryczne – Szczepaniak, 2012), albo w ramach podejścia indukcyjnego, kiedy to badacz generuje kategorie w miarę postępów w analizie wstępnie wybranych tekstów (kodowanie rzeczowe – Glińska-Neweś i Escher, 2018; kodowanie emergentne – Szczepaniak, 2012). Możliwe jest też podejście mieszane – wykorzystywanie kategorii literaturowych oraz generowanie kategorii i sprawdzanie ich adekwatności (i do analizowanych treści, i do przyjętego celu badania).

To, że kategorie są wyczerpujące, wskazuje, że każda jednostka analizy musi zostać zaklasyfikowana do którejś kategorii. Warunek wzajemnej rozłączności oznacza natomiast, że żadna jednostka analizy nie będzie zaliczona do więcej niż jednej kategorii w ramach danego systemu. Ten ostatni postulat – mimo jego popularności i pozornej oczywistości – jest kontrowersyjny. Rozłączność rozumiana dosłownie może prowadzić do problemów; jeśli kategoria definiowana jest przez słowa, to przecież słowa mają znaczenia charakteryzowane jako pola semantyczne, a nie „semantyczne punkty”. Wówczas – w kontekście innych słów – dane słowo odsłania różne swoje znaczenia i to może być wykorzystywane do definiowania różnych kategorii tym

samym słowem. Jednocześnie ciągle to jakość klucza klasyfikacyjnego wyznacza jakość uzyskanych wyników (Szczepaniak, 2012).

Mamy do wyboru kilka modeli analizy (Szczepaniak, 2012). Jednym z nich jest model statystyczny, pozwalający na analizę frekwencyjną i określenie nasilenia określonych treści, innym model korelacyjny, a jeszcze innym model pozwalający na badanie dynamiki zachodzących zmian.

Materiał do analizy treści (znaczeń) może powstać i istnieć niezależnie od zainteresowań badacza, może też powstać specjalnie dla celów jakiegoś badania. Zasadniczo – kiedy dotyczy zapisów aktów komunikacji (jej fizycznego śladu) istniejącej niezależnie od badacza, wówczas jest to typowa technika nieinwazyjna – osoby badane nie zdają sobie sprawy z tego, że uczestniczą w badaniu, i w związku z tym istnieje małe prawdopodobieństwo, iż badanie to będzie wymuszać zmiany ich zachowania (Paluchowski, 2000; Silverman, 2009a, s. 183). To m.in. powoduje, że publiczne komunikaty tak często są przedmiotem analiz naukowców.

5.3 ANALIZA TREŚCI WSPOMAGANA KOMPUTEROWO

Historia wykorzystywania programów komputerowych do wspomaganiania analizy tekstów i automatyzacji kodowania ma długą historię (Bieliński i in., 2007). Pierwsza generacja programów do analizy tekstów pozwalała na tworzenie frekwencyjnych list słów czy fraz, wyszukiwanie słów w kontekście (*key word in context*, KWIC) czy wyszukiwanie powtarzających się fraz (analiza korespondencji statystycznej; konkordancji). Potem te same procedury służyły analizie treści, gdy efektem kodowania i liczenia stały się kategorie semantyczne.

Systemy automatyczne (maszynowe) mają przewagę nad tradycyjną metodą sędziowania kompetentnego, bo są odporne na zmęczenie, błędy pamięci, chwilowe niedyspozycje, fluktuacje uwagi, wrogość, uprzedzenia, niewiedzę, fałszywe skojarzenia czy stronniczość. Szczególnie to ostatnie źródło błędów jest w wypadku sędziów kompetentnych trudne do kontroli, gdyż często – obok przekazanej im w czasie szkolenia wiedzy (kompetencji) – odwołują się oni do własnego doświadczenia, obciążonego nieodłączną stronniczością (Paluchowski, 2010). Inną ważną zaletą automatycznych systemów jest łatwość ich przenoszenia z jednej okazji na inną, bez kosztownego szkolenia sędziów. Program komputerowy traktuje ten sam tekst zawsze w ten sam sposób, gdyż za każdym razem odwołuje się do słownika kodów i tej samej

reguły kodowania – jest więc w 100% stabilny. Oczywiście – słowniki kodów mogą zawierać błędne przypisania (co prowadzi do błędów systematycznych przy ich używaniu), jednak w związku z tym, że reguły przypisania są jawne (explicite), błędy są stosunkowo łatwe do wykrycia i usunięcia.

Procedura kodowania podczas korzystania z programów komputerowych jest w wielu punktach podobna do tej, którą wykorzystuje się podczas kodowania przy pomocy sędziów kompetentnych (Paluchowski, 2010). W obu wypadkach punktem wyjścia jest analiza teoretyczna, określająca obszar zainteresowania i często wyznaczająca rodzaj tekstów, które zostaną poddane analizie, oraz rozstrzygnięcia metodyczne. Następnym etapem jest określenie jednostek znaczeniowych (kategorii, kodów). Tu drogi kodowania się rozchodzą. Przy kodowaniu z pomocą ludzi konieczne jest opracowanie klucza kodowego oraz instrukcji dla osób kodujących. Kodowanie przez komputer wymaga przygotowania słownika i algorytmu, który będzie podstawą kodowania.

W wypadku kodowania z pomocą ludzi prowadzi się trening sędziów (koderów), w celu uzyskania zadowalającej rzetelności kodowania. W sytuacji kodowania za pomocą komputera trenowanie nie jest potrzebne, bo nie jest zagrożona powtarzalność kodowania. Jak piszą Bieliński i in. (2007): „Mimo że korzysta się z pomocy komputera, jest to praca czysto intelektualna i nie może być traktowana mechanicznie” (s. 96). Potem znowu drogi się schodzą. Po ustaleniu ostatecznej wersji klucza kodowego lub słownika przystępuje się do kodowania analizowanego zbioru tekstów, czyli wyszukuje się w tekście słowa, frazy czy zdania, a następnie przypisuje się im kody na podstawie dołączonych słowników czy kluczy. Przed przygotowaniem raportu z kodowania jest jeszcze etap przeglądania (czy jakieś dane nie zostały opuszczone) i poprawiania danych (sprawdzania ich poprawności i kompletności).

5.4 PROGRAM KODOWANIA TREŚCI STADT (SIMPLE TEXT ANALYSIS AND DICTIONARY TOOLS) – PODSTAWOWE CECHY

Barierą w stosowaniu różnych programów do wspomagania analizy tekstów (treści) jest przede wszystkim nieprzystosowanie oprogramowania do pracy na tekstach w języku polskim. Program taki opracowała np. Bujak-Mikołajczyk (2010). W warstwie teoretycznej odwoływał się on do założeń analizy ilościowej oraz jakościowej, dokonywanej na podstawie klasycznej

analizy treści (Szczepaniak, 2012) oraz teorii ugruntowanej (Glaser, Strauss, 2009). Pozwala on na określenie częstości występowania w analizowanym tekście kategorii danego rodzaju, a przez to profilu podstawowych treści, charakteryzującego dany tekst. Program doczekał się nowej wersji (1.3.3; por. stad1.3.(beta), 2022) i w tej postaci był wykorzystany do opisanych dalej analiz.

Podstawowymi narzędziami w programie są kategorie (elementy posiadające pewne wspólne cechy; tzw. kody) definiowane przez przypisane do nich wyrażenia regularne oraz klucz kategoryzacyjny (jednolity dla całego materiału badawczego system kategorii przeznaczony do analizy danej grupy tekstów; tzw. słownik). Kategoryzacja (tworzenie kodów) może mieć charakter aprioryczny lub indukcyjny.

W celu wyszukiwania wyrazów (a potem ich kodowania) wykorzystano w programie wyrażenia regularne⁴⁰. Dzięki swej olbrzymiej elastyczności pozwalają one w łatwy sposób znaleźć pasujące fragmenty tekstu. W programie można wyszukiwać wszystkie formalnie poprawne wyrażenia regularne. Program ułatwia tworzenie czterech rodzajów takich wyrażeń: frazy składającej się z dwóch wskazanych słów i stanowiących pewną całość znaczeniową, rozdzielonych wskazaną liczbą dowolnych wyrazów, frazy składającej się z dwóch rdzeni pierwszego i drugiego słowa ze wskazanymi wieloma ich początkami i końcami, rdzenia słowa z wieloma różnymi jego początkami i końcami oraz rdzenia słowa z dowolnym ciągiem wskazanych liter na jego początku i końcu. Każde z wyrażeń regularnych powinno być przypisane do określonego kodu.

Wyniki kodowania obejmują takie ilościowe dane, jak: liczba zdań i ich średnia długość (znaków i słów), liczba wyrazów (wszystkich i unikalnych), ich lista frekwencyjna, leksykalna gęstość tekstu (Ure, 1971) oraz analiza frekwencji kategorii (kodów).

⁴⁰ Można powiedzieć, że procedura ta jest jakby odwrotnością lematyzacji. Lematyzacja polega na doprowadzeniu każdego termu (wyrazu) do tzw. korpusu. Korpus może być rozumiany jako forma bezosobowa, bezokolicznik itp.

6 OPIS PROCEDURY BADANIA

Prezentowane tu wyniki badań i ich analizy oparte są na kontynuacji zbierania danych po 12 kwietnia 2020 roku (Paluchowski i in., 2021). Dane zebrano w początkowym okresie doświadczania stresu pandemicznego w miesiącach kwiecień–maj 2020 roku (fala pierwsza) oraz w miesiącach listopad–grudzień 2020 roku (fala druga). Podstawowym problemem badawczym było sprawdzenie, czy półroczny okres zmieni sposoby percepcji doświadczanego stresu pandemicznego, sposoby radzenia sobie z nim oraz postawy do wprowadzanych ograniczeń.

Przygotowana przez nas i sprawdzona w krótkim pilotażu ankieta internetowa obejmowała – poza częścią wstępną, informującą o celu badania, pytaniem o zgodę na udział w badaniu oraz o podstawowe informacje o osobach badanych (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, informację, z kim dana osoba mieszka, informację o aktualnym statusie respondenta w związku z COVID-19) – pięć pytań zamkniętych oraz trzy pytania otwarte.

Pierwsze pytanie zamknięte dotyczyło źródeł niepokoju związanego z pandemią, a więc sposobu doświadczania (percepcji) odczuwanego napięcia. Inspirowane było ono teorią zachowania zasobów Hobfolla (Bielawska-Batorowicz i Dudek, 2012; Hobfoll, 2006)⁴¹. Zgodnie z tą koncepcją napięcie pojawia się wtedy, gdy zasoby są tracone, istnieje zagrożenie ich utraty lub gdy mimo starań nie dochodzi do wzrostu puli zasobów. Analizowanymi zasobami były: zdrowie bliskich, swoje zdrowie, dochody, dotychczasowy tryb życia, oszczędności, optymizm, stała praca, status materialny i społeczny, poczucie własnej wartości, posiadane rzeczy (mieszkanie, samochód itp.), kompetencje zawodowe oraz awans. Osoba badana zaznaczała przy danym zasobie, czy obawia się ona jego utraty, czy też już go utraciła, lub niczego

⁴¹ Dokładniejszy opis tej koncepcji znaleźć można w rozdz. 4 „Teoria zachowania zasobów i sposób doświadczania stresu”.

nie zaznaczała, co oznaczało brak niepokoju⁴². W teorii COR podkreśla się, że zagrożenie utratą zasobów może mieć równie poważne konsekwencje, jak faktyczna strata, a nawet większe (por. Bilgin, 2012), więc nie traktowano wyborów jako odpowiedzi na ilościowej skali. Odpowiedzi pozwalały na określenie sposobu percepcji i doświadczania przez respondentów sytuacji pandemii i kosztów walki z nią.

Drugie pytanie dotyczyło poziomu odczuwanego stresu w związku z pandemią i oparte było na jednowymiarowej Skali Odczuwanego Stresu PSS-10 (*Perceived Stress Scale*) Cohena (Cohen i in., 1983; Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009). Jest to najczęściej używana skrócona wersja skali 14-pytaniowej (PSS-14). Zdaniem autora ma ona lepsze parametry psychometryczne (Cohen i Williamson, 1988). Osoby uczestniczące w badaniu określały, jak często w ciągu ostatniego miesiąca doświadczały zdenerwowania, rozdrażnienia, złości lub trudności w przezwyciężaniu pojawiających się kłopotów na skali pięciostopniowej (od „nigdy” do „bardzo często”). Wynik ogólny pozwala na oszacowanie stopnia, w jakim osoby oceniają, że wymagania przekraczają ich zdolność do radzenia sobie z napotkanymi trudnościami. W obu przypadkach ten sposób określania poziomu doświadczanego dyskomfortu pozwalał także na określenie sposobu percepcji i doświadczania przez respondentów sytuacji pandemii i kosztów walki z nią.

Następne pytanie zamknięte dotyczyło sposobów radzenia sobie ze stresem związanym z pandemią. Warianty odpowiedzi inspirowane były klasyczną poznawczo-transakcyjną koncepcją stresu i strategii radzenia sobie stosowanych przez jednostkę w sytuacji trudnej Lazarusa i Folkman (Heszen, 2013; Łosiak, 1994). Koncepcja ta wskazuje na dwie podstawowe funkcje radzenia sobie ze stresem: funkcję instrumentalną, zorientowaną na problem, oraz funkcję samoregulacji emocji (obniżanie przykrego napięcia i innych stanów emocjonalnych oraz stymulowanie emocji w celu mobilizacji do działania). W koncepcji tej autorzy wyróżnili osiem sposobów (strategii) radzenia sobie i dwa sposoby ich grupowania: konfrontowanie się z problemem (CC), analizowanie i planowanie rozwiązania problemu (PPS) (koncentracja na zadaniu), dystansowanie (D), samokontrolowanie (SC), przyjmowanie odpowiedzialności za rozwiązanie problemu (AR), pozytywne przewartościowanie i koncentrowanie się na samorozwoju (PR), unikanie myślenia o problemie (EA)

⁴² Wykorzystane narzędzie nie było adaptacją *Strategic Approach to Coping Scale* (SACS; por. Chwaszcz i in., 2020).

(koncentracja na emocjach) oraz poszukiwanie informacyjnego i emocjonalnego wsparcia społecznego (SSS; por. dalej) (koncentracja na zadaniu i emocjach) (Bertolin i in., 2011).

Ta ostatnia strategia na podstawie koncepcji Carvera i Scheiera (1994) została uzupełniona o dwie inne jej formy: poszukiwanie instrumentalnego wsparcia społecznego (SISS) oraz poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego (SESS). Pierwszą z nich arbitralnie zaliczono do grupy „koncentracja na zadaniu”, a drugą do grupy „koncentracja na emocjach”. Ponadto o strategię tłumienia konkurencyjnych działań (SCA) pytano w formie zaprzeczenia (zajmowanie się rzeczami, na które nie było nigdy czasu; podejmowanie konkurencyjnych działań). Dokładniejszy opis tej koncepcji znaleźć można w rozdz. 3 „Radzenie sobie ze stresem”. Osoby badane odpowiadały na poszczególne pytania o to, jak radzą sobie ze stresem w pandemii na dziesięciostopniowej skali od „bardzo rzadko” do „bardzo często”.

Ostatnim pytaniem częściowo zamkniętym było pytanie o oczekiwane konsekwencje kryzysu: powrót do starego porządku lub potraktowanie kryzysu jako początku wzrostu potraumatycznego. Pojęcie to pochodzi z koncepcji Tedeschi i Calhouna (2007). Zachodzi on wówczas, gdy strata i cierpienie mają pozytywne konsekwencje, gdy zostają przekształcone w przekonanie o własnej skuteczności, przejawianie większego zaufania do siebie i do własnych możliwości. Osobom, które wybrały tę właśnie możliwość, dano do wyboru odpowiedź, że przystosują się do nowego porządku nawet za cenę własnych ograniczeń lub że będą szukać nowych możliwości działania. Dokładniejszy opis tego zjawiska znaleźć można w rozdz. 3 „Radzenie sobie ze stresem”.

Pytania otwarte dotyczyły stosunku do ograniczeń w wyniku pandemii COVID-19 oraz z powodu walki z nią oraz – w przypadku ostatniego pytania – prośby o podzielenie się jeszcze jakimś swoim doświadczeniem lub przemyśleniem.

W dalszej części zostaną omówione wyniki badań prowadzonych w dwóch okresach pandemii: w czasie pierwszej fali w miesiącach kwiecień–maj 2020 roku (748 osób) oraz drugiej fali w miesiącach listopad–grudzień 2020 roku (362 osoby). Zbadano wówczas łącznie 1110 osób, ale trudno powiedzieć, że są one reprezentantami wszystkich Polaków. Próby nie były losowe, lecz przypadkowe, i miały wszelkie cechy badań prowadzonych za pomocą Internetu (Paluchowski i Ptaszyński, 2017). Sposób realizacji badania metodą nielosowego doboru próby nie zapewnia oczywiście

reprezentatywności (dla populacji polskiej) zebranych danych, czego mamy świadomość. Jednak nie były to badania mające dostarczyć wiedzy o „przeciętnym Polaku” (cokolwiek to znaczy). Byliśmy zainteresowani raczej jednostkami czy grupami jednostek, a nie aspektem populacyjnym zebranych wyników.

●

7 OPIS GRUPY – ROZKŁAD ZMIENNYCH DEMOGRAFICZNYCH W CAŁEJ GRUPIE ORAZ OBU FALACH

● ● ●

Łącznie w badaniu wzięło udział 1110 respondentów, z tego 748 osób (67,3%) w pierwszej fali pandemii (kwiecień–maj 2020 roku) oraz 362 osoby (33%) w fali drugiej (listopad–grudzień 2020 roku).

Zdecydowana większość respondentów w obu fazach badania to kobiety (83,2%), aczkolwiek rozkład płci w obu porównywanych okresach nie różnił się w sposób istotny (por. tabela 1). Jest to niestety poważne ograniczenie dla uogólniania wyników badania. Odrzuciliśmy jednak pomysł ograniczenia grupy wyłącznie do kobiet.

Wśród ankietowanych przeważały osoby w okresie wczesnej (41,7%) lub środkowej dorosłości (47,7%). Porównanie rozkładów wieku w obu fazach badania wskazuje na nieco wyższą frekwencję ludzi młodszych w drugiej fali (9% więcej respondentów w okresie wczesnej dorosłości, przy jednoczesnym spadku osób zaliczonych do środkowej i późnej dorosłości). Analiza statystyczna co prawda daje podstawy do odrzucenia hipotezy mówiącej o symetrii rozkładów w obu okresach, jednak bardzo niska wielkość efektu pozwala na pominięcie istniejących różnic w dalszej analizie wyników (por. tabela 1).

Wśród badanych dominowały osoby z wykształceniem wyższym (ok. 70%), drugą pod względem liczebności grupę stanowiły osoby legitymujące się wykształceniem średnim (28,4%). Rozkład wykształcenia respondentów w obu falach nie różnił się istotnie (por. tabela 1).

W badaniu najczęściej brali udział mieszkańcy dużych miast (34,4%). Pozostała część badanych zamieszkiwała mniejsze ośrodki: wieś (24%), małe miasta (ok. 17%), miasta do 150 tysięcy mieszkańców (15%). Porównanie tej zmiennej w obu okresach wykazuje, że w drugiej fali zwiększyła się liczba reprezentantów dużych miast (ok. 45%) kosztem wsi i małych ośrodków. Test statystyczny wskazuje na istotność obserwowanej różnicy

rozkładów, jednak wartość współczynnika V (0,159) pozwala na oszacowanie tej różnicy jako niewielkiej.

Tabela 1

Rozkłady zmiennych demograficznych w całej próbie oraz w pierwszej i drugiej fali pandemii

Dane demograficzne respondentów	Cała grupa	Fala pierwsza kwiecień–maj 2020	Fala druga listopad– grudzień 2020	Współczynniki i poziom istotności statystycznej różnic podgrup
Płeć	1106	744	362	$\phi = 0,04$; $p = 0,22$
kobiety	920 (83,18%)	626 (84,14%)	294 (81,22%)	
mężczyźni	186 (16,82%)	118 (15,86%)	68 (18,78%)	
Wiek (fazy cyklu życia człowieka dorosłego)⁴³	1110	748	362	$V = 0,10$; $p = 0,014$
późna adolescencja (17–19)	28 (2,52%; $M = 18,7$; $SD = 0,6$)	16 (2,14%; $M = 18,63$; $SD = 0,5$)	12 (3,31%; $M = 18,75$; $SD = 0,62$)	
wczesna dorosłość (20–35)	463 (41,71%; $M = 25,92$; $SD = 5,05$)	290 (38,77%; $M = 26,8$; $SD = 5,08$)	173 (47,79%; $M = 24,44$; $SD = 4,64$)	
środkowa dorosłość (36–59)	530 (47,75%; $M = 44,45$; $SD = 6,27$)	378 (50,53%; $M = 44,37$; $SD = 6,24$)	152 (41,99%; $M = 44,66$; $SD = 6,37$)	
późna dorosłość (60+)	89 (8,02%; $M = 66,09$; $SD = 4,87$)	64 (8,56%; $M = 66,14$; $SD = 4,57$)	25 (6,91%; $M = 65,96$; $SD = 5,66$)	

⁴³ Homogeniczność grup (fala pierwsza i fala druga) pod względem wieku sprawdzono, uwzględniając kategorie rozwojowe dla wieku, aby mieć dokładniejsze informacje o porównywalności grup.

Dane demograficzne respondentów	Cała grupa	Fala pierwsza kwiecień–maj 2020	Fala druga listopad–grudzień 2020	Współczynniki i poziom istotności statystycznej różnic podgrup
Wykształcenie:	1110	748	362	$V = 0,06;$ $p = 0,22$
podstawowe	8 (0,72%)	5 (0,67%)	3 (0,83%)	
zasadnicze zawodowe	11 (0,99%)	7 (0,94%)	4 (1,10%)	
średnie	315 (28,38%)	198 (26,47%)	117 (32,32%)	
wyższe	776 (69,91%)	538 (71,93%)	238 (65,75%)	
Miejsce zamieszkania respondenta	1106	745	361	$V = 0,16;$ $p < 0,01$
na wsi	265 (23,96%)	201 (26,98%)	64 (17,73%)	
w mieście do 50 tysięcy mieszkańców	185 (16,73%)	132 (17,72%)	53 (14,68%)	
w mieście od 50 tysięcy do 150 tysięcy mieszkańców	169 (15,28%)	118 (15,84%)	51 (14,13%)	
w mieście od 150 tysięcy do 500 tysięcy mieszkańców	106 (9,58%)	75 (10,07%)	31 (8,59%)	
w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców	381 (34,45%)	219 (29,40%)	162 (44,88%)	

Na podstawie otrzymanych wyników można powiedzieć, że grupa osób badanych w pierwszej fali pandemii w statystycznie istotny, ale nieznaczny sposób różniła się od osób uczestniczących w badaniu podczas drugiej fali w zakresie fazy cyklu życia człowieka dorosłego oraz miejsca zamieszkania. Nie zaobserwowano różnic między grupami respondentów w obrębie płci⁴⁴.

⁴⁴ W badaniach poszukiwaliśmy różnic między osobami badanymi przez nas podczas pierwszej i drugiej fali pandemii. Natomiast wyniki badań dotyczące doświadczania pandemii COVID-19 przez kobiety i mężczyzn wskazują na znaczące między nimi różnice (Kowal i in., 2020; Poprawa i in., 2020; Rokosz i in., 2021; Viglione, 2020).

•

8 PORÓWNANIE WYPOWIEDZI UDZIELONYCH W OBU FALACH PANDEMII NA TEMAT OGRANICZEŃ

• • •

W tej części opisano wyniki analizy treści dla odpowiedzi uzyskanych w trzech pytaniach otwartych oraz udzielonych dodatkowo w swobodnym komentarzu. Pytania otwarte dotyczyły następujących kwestii:

1. Z jakimi ograniczeniami godzisz się bez zastrzeżeń?
2. Z jakimi ograniczeniami trudno się pogodzić?
3. Z jakimi ograniczeniami nie pogodziłbyś się na pewno mimo epidemii?

Pytanie 1. dotyczyło akceptacji ograniczeń, a pytania 2. i 3. stopnia ich dezakceptacji. Elementem ankiety była też prośba o komentarz uzupełniający i opinię.

8.1 KATEGORIE ANALIZY ODPOWIEDZI NA PYTANIA OTWARTE

Na podstawie analizy odpowiedzi na wszystkie pytania otwarte, komentarzy w danych z obu fal oraz literatury przedmiotu utworzono klucz kategoryzacyjny, obejmujący 20 kategorii (por. też załącznik). Wypowiedzi osób uczestniczących w badaniu także zostały poddane analizie za pomocą opisanego niżej klucza (por. tabela 2).

Tabela 2*Zastosowany klucz kategoryzacyjny*

Kategoria	Liczba wyrażen regularnych
Bezpieczeństwo	4
Bliscy	7
Edukacja	4
Emocja negatywna	10
Gospodarka	2
Każdy	1
Maseczki	7
Opresyjność	29
Praca	2
Propaganda	3
Rekreacja fizyczna	14
Rekreacja inna	9
Religia	3
Szkoda	7
Wolność	4
Wszystkie	1
Zdrowie	14
Żadnymi	1
Życie codzienne	11
Życie społeczne	8
Życie towarzyskie	6

Znaczenia interpretacyjne wykorzystywanych w analizie kategorii przedstawiono w tabeli 3⁴⁵.

⁴⁵ W związku z tym, że znaczenie kategorii *Wszystkimi* oraz *Żadnymi* miało charakter kontekstowy i czasami było trudne do odtworzenia w indywidualnej odpowiedzi, dalej nie były one wykorzystywane w analizie zebranych danych.

Tabela 3*Znaczenia interpretacyjne kategorii*

Kategoria	Z jakimi ograniczeniami godzisz się bez zastrzeżeń?	Z jakimi ograniczeniami trudno się pogodzić?	Z jakimi ograniczeniami nie pogodziłbyś się na pewno mimo epidemii?
Bezpieczeństwo	zapewniającymi bezpieczeństwo	zagrożającymi bezpieczeństwu	
Bliscy	brak kontaktu z rodziną, dziećmi, bliskimi		
Edukacja	zamykanie szkół, uczelni, przedszkoli itp. (ograniczenia nauczania)		
Emocja negatywna	takimi, które wywołują obawy, strach, lęk itp.		
Gospodarka	wynikającymi z lockdownu (zamrożenia głównie usług, szczególnie sportowo-rekreacyjnych)		
Każdymi	zgoda na każde ograniczenie	niezgoda na każde ograniczenie	
Maseczki	dyscyplina sanitarna (noszenie maseczek, utrzymywanie dystansu i izolacji społecznej, używanie rękawiczek itp.)		
Opresyjność	zamknięcie, izolacja, narzucane przez rządzących przymusowe obowiązki i zakazy		
Praca	konieczność pracy zdalnej		
Propaganda	dezinformacja, głupota, brak logiki		
Rekreacja fizyczna	zakaz spacerów po lesie, parku, wyjazdów i podróżowania, przebywania na wolnym powietrzu, w siłowni		
Rekreacja inna	w wychodzeniu z domu do restauracji, kina, na imprezy kulturalne		
Religia	w chodzeniu do kościoła, wspólnych świątach		
Szkoda	brak możliwości kontaktów interpersonalnych i rozłąka, poczucie samotności oraz izolacji		
Wolność	ograniczenie swobód, możliwości i wolności		
Wszystkie	ze wszystkimi		
Zdrowie	dotyczącymi zdrowia, higieny i hospitalizacji		
Żadnymi	z żadnymi		
Życie codzienne	w wychodzeniu z mieszkania na zakupy w sklepach i galeriach handlowych, zaburzenie codziennej rutyny, godziny dla seniorów		
Życie społeczne	brak spotkań z innymi ludźmi oraz w zgromadzeniach		
Życie towarzyskie	brak spotkań z przyjaciółmi, znajomymi i ogólnie ludźmi, utrzymywanie dystansu społecznego		

8.2 STOSUNEK DO OGRANICZEŃ – WYNIKI ANALIZY TREŚCI WYPOWIEDZI SWOBODNYCH

Występowanie kategorii klasyfikacyjnych we wszystkich pytaniach otwartych i komentarzach przedstawiono w tabeli 4. Istotność różnic między proporcjami określono na podstawie dwustronnego testu z dla dwóch proporcji.

Analizując łącznie uzyskane dane jakościowe, można stwierdzić, że kategoriami najczęściej pojawiającymi się w odpowiedziach osób badanych w pierwszej fali (por. tabela 4) były *Opresyjność* (izolacja, narzucane przez rządzących przymusowe obowiązki i zakazy – 17,84%), *Bliscy* (brak kontaktu z rodziną, dziećmi, bliskimi – 15,84%), *Rekreacja fizyczna* (zakaz spacerów i podróżowania – 9,09%), *Życie codzienne* (ograniczenia w wychodzeniu z mieszkania na zakupy i zaburzenie codziennej rutyny – 8,55%), a najrzadszymi *Propaganda* (dezinformacja, głupota, brak logiki – 0,13%), *Gospodarka* (blokada usług, szczególnie rekreacyjnych – 0,16%), *Religia* (ograniczenia w chodzeniu do kościoła czy w udziale w świętach – 0,41%), *Bezpieczeństwo* (0,69%) i *Emocja negatywna* (obawy, strach, lęk itp. – 0,69%). Można więc powiedzieć, że w wypowiedziach osób badanych najwięcej miejsca zajmowały problemy dotyczące indywidualnej wolności.

Natomiast w drugiej fali (por. tabela 4) najczęściej wybieranymi kategoriami były: *Opresyjność* (izolacja, narzucane przez rządzących przymusowe obowiązki i zakazy – 19,41%), *Maseczki* (dyscyplina sanitarna – 11,40%), *Bliscy* (brak kontaktu z rodziną, dziećmi, bliskimi – 9,78%) oraz *Zdrowie* (profilaktyka i hospitalizacja – 8,36%). Natomiast do najrzadziej wybieranych kategorii w drugiej fali należały: *Propaganda* (dezinformacja, głupota, brak logiki – 0,18%), *Bezpieczeństwo* (0,69%), *Emocja negatywna* (obawy, strach, lęk itp. – 0,69%), a także *Religia* (ograniczenia w chodzeniu do kościoła czy w udziale w świętach – 0,65%).

Tabela 4*Częstość kategorii globalnie (pytania otwarte)*

Kategoria	Fala pierwsza	Fala druga	Test dwustronny
Bezpieczeństwo	42	15	
Bliscy	969	332	$z = 8,25; p < 0,001$
Edukacja	95	76	$z = -2,41; p = 0,01$
Emocja negatywna	42	15	
Gospodarka	10	27	$z = -4,74; p < 0,001$
Każdy	21	5	
Maseczki	378	387	$z = -8,96; p < 0,001$
Opresyjność	1091	659	
Praca	232	127	
Propaganda	8	6	
Rekreacja fizyczna	556	165	$z = 7,47; p < 0,001$
Rekreacja inna	254	203	$z = -3,99; p = 0,001$
Religia	25	22	
Szkoda	207	85	$z = 2,39; p = 0,01$
Wolność	485	267	
Wszystkimi	50	18	
Zdrowie	388	284	$z = -3,68; p < 0,001$
Żadnymi	36	37	
Życie codzienne	523	237	$z = 2,71; p = 0,01$
Życie społeczne	483	266	
Życie towarzyskie	222	163	$z = -2,78; p = 0,01$
Łącznie	6117	3396	

Uwaga: w tabeli podano tylko istotne wartości z .

Fala pierwsza i druga różniły się istotnie częstością podejmowania w odpowiedziach niektórych kategorii (wątków). W wypowiedziach osób badanych w czasie pierwszej fali częściej niż w drugiej (po sześciu miesiącach) pojawiały się takie kategorie, jak: brak kontaktu z bliskimi (*Bliscy* – 15,84% w pierwszej fali i 9,78% w drugiej), zakaz rekreacji poza domem (*Rekreacja fizyczna* – 9,09% vs. 4,86%), ograniczenia w wychodzeniu z mieszkania na zakupy itp. oraz zaburzenie codziennej rutyny (*Życie codzienne* – 8,55% vs. 6,98%) czy *Szkoda* (brak możliwości kontaktu i rozłąka, poczucie samotności

oraz izolacji – 3,38% vs. 2,50%). W miarę przyzwyczajania się do życia w pandemii dla osób uczestniczących w badaniu mniej dokuczliwe stawały się ograniczenia indywidualnej wolności.

W drugiej fali pojawiały się częściej takie wątki, jak dyscyplina sanitarna (*Maseczki* – 6,18% vs. 11,40%), zdrowie, higiena i hospitalizacja (*Zdrowie* – 6,34% vs. 8,36%), brak spotkań z przyjaciółmi i utrzymywanie dystansu (*Życie towarzyskie* – 3,63% vs. 4,80%), zamykanie szkół, uczelni, przedszkoli itp. (*Edukacja* – 1,55% vs. 2,24%) oraz blokada usług, szczególnie rekreacyjnych (*Gospodarka* – 0,16% vs. 0,80%). W miarę trwania pandemii przedmiotem uwagi osób przez nas badanych częściej były problemy zdrowotne i relacje interpersonalne. W komentarzach (pytanie: „Czy ewentualnie chciałbyś/chciałabyś jeszcze podzielić się jakimś swoim doświadczeniem lub przemyśleniem?” – por. tabela 5) respondenci badani w czasie pierwszej fali pandemii dodatkowo częściej podnosili temat kontaktu z osobami bliskimi i rodziną (*Bliscy* – 15,30% vs. 9,56%), a w drugiej problematykę ograniczenia swobód, możliwości i wolności (*Wolność* – 1,28% vs. 5,18%).

Tabela 5

Częstość kategorii w komentarzu

Kategoria	Otwarty komentarz, uzupełnienie		Test z dwustronny
Bezpieczeństwo	7	4	
Bliscy	84	24	$z = 2,20; p = 0,042$
Edukacja	27	14	
Emocja negatywna	38	13	
Gospodarka	3	0	
Każdy	9	0	$z = 2,04; p = 0,041$
Maseczki	16	5	
Opresyjność	78	39	
Praca	35	13	
Propaganda	5	3	
Rekreacja fizyczna	13	5	
Rekreacja inna	2	4	
Religia	0	2	
Szkoda	9	3	
Wolność	7	13	$z = -3,28; p < 0,001$

Kategoria	Otwarty komentarz, uzupełnienie		Test z dwustronny
Wszystkimi	0	0	
Zdrowie	93	45	
Żadnymi	3	2	
Życie codzienne	12	9	
Życie społeczne	97	49	
Życie towarzyskie	11	4	
Łącznie	549	251	

Uwaga: w tabeli podano tylko istotne wartości z .

W kolejnych tabelach (por. tabela 6 i 7) przedstawiono kategorie, liczbę wystąpień w pierwszej i drugiej fali oraz wartość z i p istotnych statystycznie różnic w odpowiedziach na pytania otwarte.

Tabela 6

Częstość kategorii na 1. pytanie otwarte

Kategoria	Z jakimi ograniczeniami godzisz się bez zastrzeżeń?		Test z dwustronny
	Fala pierwsza	Fala druga	
Bezpieczeństwo	19	5	
Bliscy	220	25	$z = 8,27; p < 0,001$
Edukacja	46	11	$z = 2,40; p = 0,016$
Emocja negatywna	0	1	
Gospodarka	4	1	
Każdy	6	2	
Maseczki	254	278	$z = -9,57; p < 0,001$
Opresyjność	358	151	$z = 2,34; p = 0,016$
Praca	117	46	
Propaganda	0	0	
Rekreacja fizyczna	34	7	$z = 2,34; p = 0,019$
Rekreacja inna	84	37	
Religia	4	3	
Szkoda	11	4	
Wolność	162	64	
Wszystkimi	33	7	$z = 2,25; p = 0,024$
Zdrowie	136	125	$z = -4,83; p < 0,001$
Żadnymi	24	22	

cd. tab. 6

Kategoria	Z jakimi ograniczeniami godzisz się bez zastrzeżeń?		Test z dwustronny
	Fala pierwsza	Fala druga	
Życie codzienne	296	104	$z = 3,74; p < 0,001$
Życie społeczne	206	122	
Życie towarzyskie	71	73	$z = -4,24; p < 0,001$
Łącznie	2085	1088	

Uwaga: w tabeli podano tylko istotne wartości z .

Celem pytania: „Z jakimi ograniczeniami godzisz się bez zastrzeżeń?” było zebranie informacji o poziomie akceptacji różnych ograniczeń wprowadzanych z powodu pandemii. W obu grupach (falach) najsilniej akceptowane były te związane z przestrzeganiem dyscypliny sanitarnej oraz ograniczeniem kontaktu z rodziną i osobami bliskimi, a także kontaktów ze służbą zdrowia (por. tabela 6). Poziom bezwarunkowej akceptacji ograniczeń w obu grupach był stosunkowo niski. Warto przypomnieć, że na samym początku pandemii w Polsce deklarowany poziom akceptacji wprowadzonych ograniczeń był wysoki; wyższy w grupie starszych respondentów, mieszkańców dużych miast, osób lepiej wykształconych i o wyższych dochodach (Maj i Skarżyńska, 2020).

Celem porównań było też sprawdzenie, w jakich obszarach treściowych wystąpiła zmiana postaw osób uczestniczących w naszych badaniach. W wypowiedziach respondentów w drugiej fali spadła akceptacja (w porównaniu z pierwszą) takich kategorii, jak *Bliscy* (brak kontaktu z bliskimi – 10,55% vs. 2,30%), *Życie codzienne* (ograniczenie wychodzenia na zakupy i zaburzenie codziennej rutyny – 14,20% vs. 9,56%), *Opresyjność* (nakładane przez rządzących obowiązki i zakazy – 17,17% vs. 13,87%), *Edukacja* (ograniczenia nauczania – 2,21% vs. 1,01%), *Rekreacja fizyczna* (ograniczenie przebywania na wolnym powietrzu – 1,63% vs. 0,64%). Można więc powiedzieć, że relatywne zainteresowanie i zapewne odczuwana uciążliwość takich problemów jak ograniczone kontakty rodzinne, zdalna edukacja i swobodne dysponowanie swoim czasem mniej zajmowały osoby przez nas badane i były charakterystyczne dla pierwszej fali. Natomiast wzrost akceptacji w drugiej fali zaobserwowano w takich wątkach jak dyscyplina sanitarna (*Maseczki* – 12,18% vs. 25,55%), zdrowie, profilaktyka i hospitalizacja (*Zdrowie* – 6,52% vs. 11,49%), brak spotkań z przyjaciółmi, znajomymi i ogólnie ludźmi,

utrzymywanie dystansu (*Życie towarzyskie* – 3,41% vs. 6,71%). Zasadniczo więc dla osób badanych w drugiej fali pandemii akceptowane ograniczenia dotyczyły zachowania zdrowia i profilaktyki (w tym dystansu społecznego).

W tabeli 7 przedstawiono, jak wyglądały odpowiedzi osób badanych w pierwszej i drugiej fali pandemii na kolejne pytania otwarte.

Tabela 7

Częstość kategorii na 2. i 3. pytanie otwarte

Kategoria	Z jakimi ograniczeniami trudno się pogodzić?		Test z dwustronny	Z jakimi ograniczeniami nie pogodziłbyś się na pewno mimo epidemii?		Test z dwustronny
	Fala pierwsza	Fala druga		Fala pierwsza	Fala druga	
Bezpieczeństwo	12	2		4	4	
Bliscy	371	116	$z = 5,71;$ $p < 0,001$	294	167	
Edukacja	20	46	$z = -5,89;$ $p < 0,001$	2	5	
Emocja negatywna	2	1		2	0	
Gospodarka	3	12	$z = -3,62;$ $p < 0,001$	0	14	$z = -4,61;$ $p < 0,001$
Każdy	1	1		5	2	
Maseczki	65	77	$z = -4,80;$ $p < 0,001$	43	27	
Opresyjność	323	246	$z = -5,37;$ $p < 0,001$	332	223	
Praca	54	56	$z = -3,47;$ $p < 0,001$	26	12	
Propaganda	2	3		1	0	
Rekreacja fizyczna	421	90	$z = 9,11;$ $p < 0,001$	88	63	
Rekreacja inna	108	125	$z = -6,06;$ $p < 0,001$	60	37	
Religia	14	11		7	6	

cd. tab. 7

Kategoria	Z jakimi ograniczeniami trudno się pogodzić?		Test z dwustronny	Z jakimi ograniczeniami nie pogodziłbyś się na pewno mimo epidemii?		Test z dwustronny
	Fala pierwsza	Fala druga		Fala pierwsza	Fala druga	
Szkoda	119	39	$z = 2,87;$ $p = 0,004$	68	39	
Wolność	186	99		130	91	
Wszystkimi	11	8		6	3	
Zdrowie	80	68	$z = -2,76;$ $p = 0,006$	79	46	
Żadnymi	6	7		3	6	
Życie codzienne	105	52		110	72	
Życie społeczne	135	58		45	37	
Życie towarzyskie	127	67		13	19	$z = -2,27;$ $p = 0,021$
Łącznie	2165	1184		1318	873	

Uwaga: w tabeli podano tylko istotne wartości z .

Ze względu na to, że oba pytania (2. i 3.) dotyczyły stopnia dezakceptacji wprowadzanych ograniczeń, dokonano także ich analizy łącznej (por. tabela 8).

Tabela 8

Częstość kategorii na 2. i 3. pytanie otwarte (łącznie)

Kategoria	Odpowiedzi na pytania o dezakceptację ograniczeń		Test dwustronny
	Fala pierwsza	Fala druga	
Bezpieczeństwo	16	6	
Bliscy	665	283	$z = 5,09; p = < 0,001$
Edukacja	22	51	$z = -5,83; p = < 0,001$
Emocja negatywna	4	1	

Kategoria	Odpowiedzi na pytania o dezakceptację ograniczeń		Test dwustronny
	Fala pierwsza	Fala druga	
Gospodarka	3	26	$z = -5,87; p < 0,001$
Każdy	6	3	
Maseczki	108	104	$z = -3,67; p < 0,001$
Opresyjność	655	469	$z = -3,57; p < 0,001$
Praca	80	68	$z = -2,25; p = 0,024$
Propaganda	3	3	
Rekreacja fizyczna	509	153	$z = 7,96; p < 0,001$
Rekreacja inna	168	162	$z = -4,64; p < 0,001$
Religia	21	17	
Szkoda	187	78	$z = 2,66; p = 0,008$
Wolność	316	190	
Wszystkimi	17	11	
Zdrowie	159	114	
Żadnymi	9	13	$z = -2,14; p = 0,032$
Życie codzienne	215	124	
Życie społeczne	180	95	
Życie towarzyskie	140	86	
Łącznie	3483	2057	

Uwaga: w tabeli podano tylko istotne wartości z.

Osoby badane podczas pierwszej fali pandemii w mniejszym lub większym stopniu nie akceptowały nakładanych przez rządzących ograniczeń dotyczących zakazu spacerów na wolnym powietrzu, wyjazdów, podróżowania oraz pobytu w siłowni (*Rekreacja fizyczna* – 14,61% vs. 7,44%), kontaktu z rodziną (*Bliscy* – 19,09% vs. 13,76%), zakazów powodujących rozłąkę oraz poczucie samotności i izolacji (*Szkoda* – 5,37% vs. 3,79%). Można więc powiedzieć, że dla osób badanych podczas pierwszej fali pandemii negatywnie doświadczane były ograniczenia bycia wśród innych i z innymi. W odpowiedziach respondentów podczas drugiej fali pandemii dezakceptacja dotyczyła lockdownu usług sportowo-rekreacyjnych (*Gospodarka* – 0,09% vs. 1,26%), zamykania szkół, uczelni, przedszkoli itp. (*Edukacja* – 0,63% vs. 2,48%), ograniczeń w wychodzeniu z domu do restauracji, kina czy na imprezy kulturalne

(*Rekreacja inna* – 4,82% vs. 7,88%), dyscypliny sanitarnej, utrzymywania dystansu i izolacji (*Maseczki* – 3,10% vs. 5,06%), zamknięcia i narzucanej przymusowej izolacji (*Opresyjność* – 18,81% vs. 22,80%) oraz konieczności pracowania zdalnie (*Praca* – 2,30% vs. 3,31%). W drugiej fali nieakceptowane i doświadczane jako nieuzasadnione było ograniczanie swobody w czasie wolnym oraz narzucana nakazami i zakazami izolacja społeczna.

Po zestawieniu analiz percepcji ograniczeń, na które badane osoby godziły się bez zastrzeżeń, z tymi, których nie akceptowały w mniejszym lub większym stopniu, okazuje się, że najczęściej akceptowane wątki w swobodnych wypowiedziach na temat obostrzeń to *Maseczki* (dyscyplina sanitarna; w obu falach, choć po pół roku w drugiej fali częstość wyboru wzrosła), *Życie codzienne* (zaburzenie codziennej rutyny; w pierwszej fali) oraz – w drugiej fali – *Życie społeczne* (ograniczenie spotkań z innymi oraz udziału w zgromadzeniach) i *Zdrowie* (profilaktyka i hospitalizacja). Natomiast najrzadziej akceptowane w obu falach były ograniczenia, w których opisie używano kategorii *Bliscy* (kontakt z rodziną) i *Rekreacja fizyczna* (zakaz spacerów i podróżowania) oraz w drugiej fali *Opresyjność* (narzucane przez rządzących przymusowe obowiązki i zakazy) i *Rekreacja inna* (przyjemności w wolnym czasie). Można więc powiedzieć, że osoby badane na początku pandemii godziły się z zaleceniami sanitarnymi oraz z ograniczeniami kontaktu z ludźmi podczas zakupów, a także aprobowały zorganizowane godziny na zakupy dla seniorów. W miarę trwania pandemii w drugiej fali (po sześciu miesiącach) stanowisko wobec przestrzegania wymogów dyscypliny sanitarnej nawet się umocniło (być może w związku z problemami hospitalizacji), akceptowano też ograniczenie spotkań z innymi ludźmi. W obu falach pandemii w miarę upływu czasu nie zmieniły się postawy osób badanych – w podobnym stopniu nie godziły się one z obostrzeniami dotyczącymi kontaktu z rodziną i bliskimi oraz swobodnego wychodzenia z domu. W drugiej fali częściej sprzeciw budziły ograniczenia swobody decyzji co do sposobu spędzania wolnego czasu oraz odczuwana dokuczliwość nakazów i zakazów.

Warto też zwrócić uwagę na relatywnie bardzo niski udział w wypowiedziach respondentów takich kategorii, jak *Propaganda* (dezinformacja i brak logicznego uzasadnienia ograniczeń), *Gospodarka* (lockdown), *Emocja negatywna* (obawy, strach, lęk itp.), *Religia* (ograniczenia w chodzeniu do kościoła) oraz *Bezpieczeństwo* (poczucie braku lub istnienia zagrożenia).

9 PORÓWNANIE SPOSOBÓW DOŚWIADCZANIA STRESU W OBU FALACH PANDEMII

Ta część badania dotyczyła źródeł niepokoju związanego z pandemią, a więc sposobu doświadczania (percepcji) odczuwanego napięcia. Zgodnie z koncepcją Hobfolla (2006) napięcie pojawia się wtedy, gdy zasoby jednostki są tracone, istnieje zagrożenie ich utratą lub gdy mimo starań nie dochodzi do wzrostu puli zasobów. W tych badaniach, jak wspomniano wyżej, analizowanymi zasobami były: zdrowie bliskich, swoje zdrowie, dochody, dotychczasowy tryb życia, oszczędności, optymizm, stała praca, status materialny i społeczny, poczucie własnej wartości, posiadane rzeczy (mieszkanie, samochód itp.), kompetencje zawodowe oraz awans. Osoba badana zaznaczała przy danym zasobie, czy obawia się ona jego utraty, czy też już go utraciła, lub wybierała opcję brak niepokoju.

Analizując otrzymane odpowiedzi, najpierw sprawdzono za pomocą testu V Cramera, czy istnieje zależność między okresem badania (fala pandemii) a rozkładem odpowiedzi dla poszczególnych pytań. Tam, gdzie współczynnik V Cramera był istotny statystycznie, dokonano analizy różnic proporcji w danej kategorii odpowiedzi.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w odniesieniu do następujących zasobów (w nawiasie podano % osób wskazujących, że nie odczuwają niepokoju wynikającego z możliwości utraty z powodu):

- awansu (średnio 92,4%);
- posiadanych rzeczy (mieszkania, samochodu itp.) (średnio 88,7%);
- kompetencji zawodowych (średnio 87,8%);
- statusu materialnego i społecznego (średnio 75,8%).

Dla pozostałych zasobów różnice proporcji odpowiedzi w poszczególnych kategoriach odpowiedzi były następujące:

- utrata swojego zdrowia (V Cramera = 0,12; $p < 0,001$) oraz zdrowia swoich bliskich (V Cramera = 0,11; $p < 0,001$) – por. tabela 9.

Tabela 9

Odsetki odpowiedzi w poszczególnych falach pandemii dotyczące możliwości utraty swojego zdrowia oraz zdrowia najbliższych

Kategoria odpowiedzi	Fala		Test z dla proporcji
	pierwsza	druga	
utrata własnego zdrowia			
brak niepokoju	37,52%	38,12%	
już straciłem	1,47%	5,80%	$z = -4,05; p < 0,001$
obawiam się, że stracę	61,01%	56,08%	
utrata zdrowia najbliższych			
brak niepokoju	18,02%	19,34%	
już straciłem	2,67%	7,18%	$z = -3,54; p < 0,001$
obawiam się, że stracę	79,31%	73,48%	$z = 2,18; p < 0,001$

Uwaga: w tabeli podano tylko istotne wartości z .

W obu falach ocena zagrożenia nie zmieniła się i badane przez nas osoby najczęściej wskazywały, że obawiają się utraty swojego zdrowia lub osób najbliższych. Odsetek osób odpowiadających, że utraciły swoje zdrowie, był zdecydowanie wyższy w drugiej fali pandemii niż u osób pytanym o to w pierwszej fali. Nieco inne wyniki zaobserwowano w odpowiedzi na pytanie o niepokój związany ze zdrowiem osób bliskich. Wśród respondentów w drugiej fali odsetek osób uważających, że ich najbliżsi stracili zdrowie, był wyższy, natomiast wśród osób z pierwszej fali dominowała obawa, że najbliżsi stracą zdrowie. Relatywnie najniższy był odsetek osób podających, że nie odczuwają żadnego niepokoju z powodu zdrowia osób bliskich.

- utrata stałej pracy (V Cramera = 0,09; $p = 0,016$) oraz dochodów (V Cramera = 0,11; $p = 0,01$) – por. tabela 10.

Tabela 10

Odsetki odpowiedzi w poszczególnych falach pandemii dotyczące możliwości utraty stałej pracy

Kategoria odpowiedzi	Fala		Test z dla proporcji
	pierwsza	druga	
utrata stałej pracy			
brak niepokoju	75,30%	75,69%	
już straciłem	3,87%	7,46%	$z = -2,56; p < 0,001$
obawiam się, że stracę	20,83%	16,85%	
utrata dochodów			
brak niepokoju	50,20%	60,22%	$z = -3,14; p < 0,001$
już straciłem	9,21%	10,77%	
obawiam się, że stracę	40,59%	29,01%	$z = 3,75; p < 0,001$

Uwaga: w tabeli podano tylko istotne wartości z .

Upłył czasu nie zmienił oceny osób badanych – w obu falach był wysoki odsetek osób nieobawiających się utraty stałej pracy. Z punktu widzenia respondentów po upływie sześciu miesięcy żal z powodu jej utraty był częstszy niż u osób badanych w pierwszej fali pandemii. Odnośnie do niepokoju związanego z możliwością utraty dochodów okazało się, że w pierwszej fazie pandemii relatywnie mniejszy odsetek badanych wówczas osób podawał, że nie odczuwa takiego niepokoju, a w drugiej fali niepokój z tym związany spadł. Jednocześnie u części respondentów w pierwszej fali odsetek osób obawiających się, że mogą stracić swoje dochody, był większy niż w drugiej fali i wyższy niż obawa utraty pracy.

- utrata oszczędności (V Cramera = 0,12; $p = 0,001$) – por. tabela 11.

Tabela 11

Odsetki odpowiedzi w poszczególnych falach pandemii dotyczące możliwości utraty oszczędności

Kategoria odpowiedzi	Fala		Test z dla proporcji
	pierwsza	druga	
brak niepokoju	56,74%	60,50%	
już straciłem	5,34%	10,77%	$z = -3,30; p < 0,001$
obawiam się, że stracę	37,92%	28,73%	$z = 3,01; p < 0,001$

Uwaga: w tabeli podano tylko istotne wartości z .

Możliwość utraty oszczędności nie budziła niepokoju u większości respondentów w obu falach i upływ sześciu miesięcy niczego w tej sprawie nie zmienił. Kiedy pytano o niepokój związany z możliwością utraty oszczędności wśród osób badanych na początku pandemii relatywnie większy odsetek obawiał się takiej utraty, podczas gdy wśród osób z drugiej fali dwa razy większy był odsetek osób oceniających, że stracili już swoje oszczędności.

- utrata dotychczasowego trybu życia (V Cramera = 0,13; $p = 0,001$) – por. tabela 12.

Tabela 12

Odsetki odpowiedzi w poszczególnych falach pandemii dotyczące możliwości utraty dotychczasowego trybu życia

Kategoria odpowiedzi	Fala		Test z dla proporcji
	pierwsza	druga	
brak niepokoju	40,59%	35,36%	n. ist.
już straciłem	20,56%	32,04%	$z = -4,1826; p < 0,001$
obawiam się, że stracę	38,85%	32,60%	$z = 2,0261; p < 0,05$

Uwaga: w tabeli podano tylko istotne wartości z .

Niepokój z powodu utraty dotychczasowego trybu życia odczuwały w większym odsetku osoby badane w drugiej fali pandemii, podczas gdy osoby badane w fali pierwszej relatywnie częściej odczuwały strach przed jego utraceniem.

- utrata optymizmu (V Cramera = 0,14; $p = 0,001$) – por. tabela 13.

Tabela 13

Odsetki odpowiedzi w poszczególnych falach pandemii dotyczące możliwości utraty optymizmu

Kategoria odpowiedzi	Fala		Test z dla proporcji
	pierwsza	druga	
brak niepokoju	55,54%	43,37%	$z = 3,80; p < 0,001$
już straciłem	13,35%	22,65%	$z = -3,93; p < 0,001$
obawiam się, że stracę	31,11%	33,98%	

Uwaga: w tabeli podano tylko istotne wartości z .

Osoby badane w drugiej fali w większej części stwierdzały, że już utraciły optymizm. Jednocześnie brak niepokoju z tego powodu relatywnie częściej zgłaszały osoby badane w pierwszej fali pandemii.

- utrata poczucia własnej wartości (V Cramera = 0,12; $p = 0,001$) – por. tabela 14.

Tabela 14

Odsetki odpowiedzi w poszczególnych falach pandemii dotyczące możliwości utraty poczucia własnej wartości

Kategoria odpowiedzi	Fala		Test z dla proporcji
	pierwsza	druga	
brak niepokoju	78,91%	67,68%	$z = 4,06; p < 0,001$
już straciłem	6,54%	10,50%	$z = -2,30; p < 0,01$
obawiam się, że stracę	14,55%	21,82%	$z = -3,03; p < 0,01$

Znaczące były różnice odpowiedzi na pytanie o niepokój odczuwany z powodu możliwości utraty poczucia własnej wartości. Osoby badane podczas pierwszej fali pandemii relatywnie częściej twierdziły, że nie odczuwają takiego niepokoju. Jednocześnie osoby badane po upływie sześciu miesięcy (w drugiej fali) częściej odczuwały strach z tym związany, jak i żal z powodu utraty poczucia własnej wartości.

Podsumowując – respondenci skonfrontowani z kryzysem pandemicznym (pierwsza fala) obawiali się utraty dotychczasowego trybu życia oraz utraty poczucia własnej wartości. Jednocześnie osoby badane podczas drugiej fali pandemii istotnie częściej zgłaszały żal z powodu faktycznej utraty dotychczasowego trybu życia, poczucia własnej wartości oraz optymizmu.

Ciekawa i zaskakująca w tym świetle okazała się odpowiedź na pytanie o rolę aktualnie doświadczanego kryzysu. Nie sądziliśmy, że odpowiedzi rozłożą się tak, jak w poniższej tabeli (por. tabela 15). Zdecydowana większość osób uczestniczących w badaniu potraktowała bowiem początek pandemicznego kryzysu jako punkt startu zmiany, a nie jako powrót do znanego z przeszłości porządku. Było tak zarówno w przypadku *Fali pierwszej* ($z = -12,57$; $p < 0,00001$), jak i *Fali drugiej* ($z = -5,97$; $p < 0,05$). Różnice proporcji odpowiedzi między falami w poszczególnych kategoriach były nieistotne. Tak więc dla większości trauma mimo upływu czasu pandemii i wydarzeń z nią związanych wydawała się początkiem tzw. wzrostu potraumatycznego i przewartościowania dotychczasowego życia (Kubacka-Jasiecka, 2016; Tedeschi, Calhoun, 2007).

Tabela 15

Oczekiwania respondentów co do efektu kryzysu pandemicznego

Oczekiwania respondentów	Fala	
	pierwsza	druga
<i>Gdyby to ode mnie zależało, chciałbym (chciałabym), aby:</i>	N (%)	N (%)
po kryzysie wszystko powróciło do starego porządku	217 (29,01%)	125 (34,53%)
kryzys stał się punktem wyjścia do nowego porządku	459 (61,36%)	205 (56,63%)
nie mam zdania	31 (4,14%)	8 (2,21%)
inne	41 (5,48%)	24 (6,63%)

Uwaga: wszystkie różnice proporcji między falami okazały się nieistotne.

Osoby, które odpowiedziały, że chciałyby, aby kryzys stał się punktem wyjścia do nowego porządku, mogły także odpowiedzieć na pytanie o swoje plany po zakończeniu pandemii (por. tabela 16).

Tabela 16

Plany respondentów chcących, aby kryzys stał się punktem wyjścia do nowego porządku po pandemii

Plany respondentów	Fala	
	pierwsza	druga
<i>Myszę, że po zakończeniu pandemii:</i>	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>
zaakceptuję nowy porządek i dostosuję się do niego,	159 (39,16%)	68 (37,78%)
będę szukać nowych możliwości działania w różnych	247 (60,84%)	112 (62,22%)

Uwaga: wszystkie różnice proporcji między falami okazały się nieistotne.

Tu również, zarówno w fali pierwszej ($z = -6,18$; $p < 0,00001$) jak i fali drugiej ($z = -4,64$; $p < 0,05$) większość respondentów deklarowała aktywną postawę, tj. szukanie nowych możliwości działania w różnych obszarach. Różnice proporcji między falami w poszczególnych kategoriach były, jak poprzednio, nieistotne.

Wnioskiem nasuwającym się po analizie tych danych jest spojrzenie na pandemię jak na moment umożliwiający myślenie o zmianie. Pandemia zdaniem naszych respondentów to nie tylko źródło stresu wynikającego z zagrożenia i frustracji spowodowanej wieloma obostrzeniami, ale także niecodzienna okazja do zastanowienia się nad aktywną zmianą swojej przyszłości. Inne badania w podobnym okresie pandemii potwierdziły, że aktywne radzenie sobie, planowanie i pozytywne przewartościowanie jako sposoby zaradcze redukowały poziom lęku przed koronawirusem (Skalski i in., 2021). W badaniach przeprowadzonych dużo później (marzec 2022) okazało się, że osoby gorzej znoszące obciążenia związane z pandemią COVID-19 w sferze emocjonalnej i ograniczeń kontaktów z innymi ludźmi częściej wskazywały na pozytywne przewartościowanie (Izdebski i in., 2023), co także sugeruje, że zjawisko wzrostu potraumatycznego było relatywnie stabilne.

●

10 PORÓWNANIE W FALACH PANDEMII POZIOMU ODCZUWANEGO STRESU I KONFIGURACJI STRATEGII RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

● ● ●

Ostatnia część analiz dotyczyła określenia poziomu spostrzeganego stresu oraz identyfikacji konfiguracji strategii radzenia sobie z nim.

10.1 PORÓWNANIE POZIOMU ODCZUWANEGO STRESU

Najpierw przeanalizowano różnice między falami w zakresie poziomu odczuwanego stresu. W tym celu wykorzystano wyniki Skali Odczuwanego Stresu PSS-10 Cohena (*Perceived Stress Scale*; Cohen i in., 1983; Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009). Osoby uczestniczące w badaniu określały, jak często w ciągu ostatniego miesiąca doświadczały zdenerwowania, rozdrażnienia, złości lub trudności w przewyciężaniu pojawiających się kłopotów na skali pięciostopniowej (od „nigdy” do „bardzo często”). Wynik ogólny pozwala na oszacowanie stopnia, w jakim osoby oceniają, że wymagania przekraczają ich zdolność do radzenia sobie z napotkanymi trudnościami.

Zasadniczo wyniki osób badanych w obu falach pandemii można określić na podstawie polskich norm (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009, s. 19) jako bardzo wysokie (9–10 sten)⁴⁶. Stwierdzono, że poziom odczuwanego stresu był statystycznie istotnie wyższy w drugiej fali badania ($t = -3,87$ (1108); $p < 0,001$). Różnica średnich nie była jednak duża, a wskaźniki *effect-size* (R -kwadrat = 0,02) wskazują na niewielką wielkość efektu (por. tabela 17). Można więc powiedzieć, że upływ czasu od konfrontacji z pandemią COVID-19 w niewielkim stopniu wpłynął na zmianę odczuwanego stresu.

⁴⁶ W badaniach 97 polskich lekarzy podczas pierwszego okresu pandemii (Dymecka i in., 2021a) średni wynik w skali PSS-10 wynosił 22,18 punktu. W badaniu 106 pielęgniarek (Dymecka i in., 2021b) średni wynik to 26,264 punktu.

Tabela 17

Różnica średniego wyniku w skali PSS-10 pomiędzy pierwszą a drugą falą

Fala	Średnia	Odchylenie standardowe	Wartość testu t
Pierwsza	28,27	9,39	$t(1108) = -3,87, p < 0,001$
Druga	31,16	9,78	

Aby dokładniej przeanalizować różnice między falami, niezależnie rozpatrzono odpowiedzi na kolejnych dziesięć pozycji składających się na Skalę Odczuwanego Stresu (PSS-10). W przypadku niektórych pozycji średnia odpowiedzi różniła się istotnie statystycznie w obu częściach badania. Jest to dość oczywiste – gdyż, jak stwierdzono powyżej – poziom odczuwanego stresu był zasadniczo istotnie wyższy w drugiej fali badania. Ciekawe są jednak konkretne obszary, w których stwierdzono rozbieżności. I tak, największe istotne różnice dotyczyły pytań:

3. *Jak często w ostatnim miesiącu: [czuleś (czułaś), że trudności tak się spiętrzyły, że były nie do pokonania];*

6. *Jak często w ostatnim miesiącu: [czuleś (czułaś), że nie jesteś w stanie poradzić sobie z własnymi problemami];*

9. *Jak często w ostatnim miesiącu: [stwierdzałeś (stwierdzałaś), że nie możesz poradzić sobie ze wszystkim, co miałeś (miałaś) zrobić].*

Średnie wyniki tych pytań były o ok. 10% wyższe w drugiej fali badania. Warto też podkreślić, że w pierwszej fazie badania średnie odpowiedzi na pytanie 3 i 6 istotnie były niższe od pozostałych średnich w profilu, podczas gdy w drugiej części badania różnica ta przestała być znacząca (por. tabela 18).

Tabela 18

Różnice średnich odpowiedzi na kolejne pozycje skali PSS-10

Pozycje PSS-10	Fala	Fala	Różnica średnich	Istotność
1	pierwsza	druga	-0,26	$p < 0,001$
2	pierwsza	druga	-0,16	$p = 0,022$
3	pierwsza	druga	-0,36	$p < 0,001$
4	pierwsza	druga	-0,28	$p < 0,001$
5	pierwsza	druga	-0,09	$p = 0,241$
6	pierwsza	druga	-0,35	$p < 0,001$

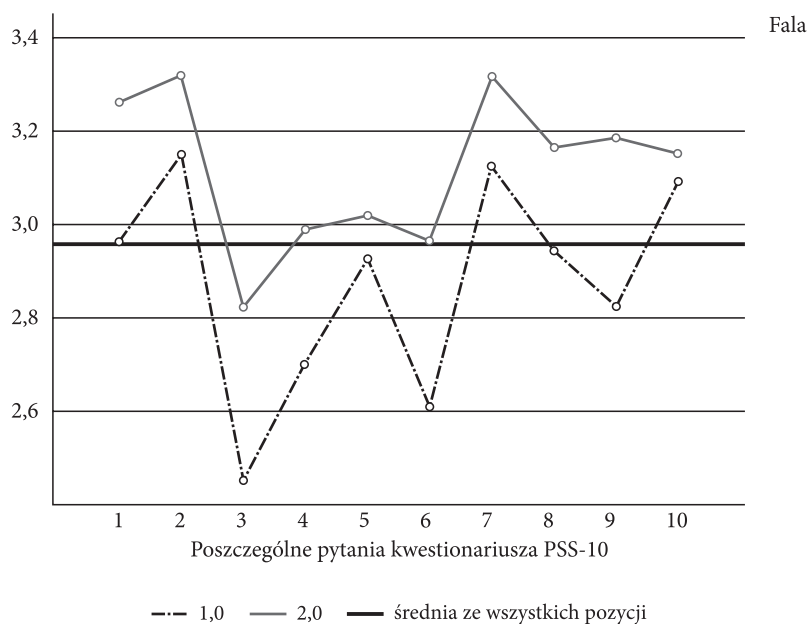
Pozycje PSS-10	Fala	Fala	Różnica średnich	Istotność
7	pierwsza	druga	-0,19	$p = 0,011$
8	pierwsza	druga	-0,22	$p = 0,004$
9	pierwsza	druga	-0,35	$p < 0,001$
10	pierwsza	druga	-0,06	$p = 0,431$

Nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic w odpowiedziach na pytania 5 i 10: *Jak często w ostatnim miesiącu: [niepokoiło cię, że coś wydarzyło się nieoczekiwanie] oraz [czułeś (czułaś), że nie jesteś w stanie wpływać na ważne rzeczy w Twoim życiu].*

Średnie odpowiedzi na pytanie 5 były zbliżone do średniej całkowitej w obu fazach, natomiast średnie odpowiedzi na pytanie 10 w obu falach lokowały się powyżej wartości średniej. Na rysunku 1 przedstawiono zestawienie średnich odpowiedzi na kolejne pytania skali PSS-10 dla obu fali pandemii.

Rysunek 1

Zestawienie odpowiedzi na pytania skali PSS-10 w obu falach pandemii



Aby sprawdzić, czy fala pandemii i wybrane zmienne demograficzne wpływają istotnie statystycznie na poziom odczuwanego stresu (wynik w PSS-10), przeprowadzono szereg dwuczynnikowych ANOVA, oceniając zarówno efekty główne analizowanych czynników, jak i efekt ich interakcji.

a) płeć i fala jako czynniki różnicujące poziom odczuwanego stresu

Średnie i odchylenia standardowe poziomu odczuwanego stresu w grupach różniących się płcią przedstawiono w tabeli 19.

Tabela 19

Średnie i odchylenia standardowe poziomu odczuwanego stresu w grupach różniących się płcią

Płeć	Średnia	Odchylenie standardowe
Mężczyzna	28,76	10,31
Kobieta	29,79	9,37

Z kolei wyniki dwuczynnikowej ANOVA dla płci i fali przedstawiono w tabeli 20.

Tabela 20

Dwuczynnikowa ANOVA dla płci i fali pandemii

Czynnik	<i>df</i>	<i>F</i>	Istotność	Cząstkowe eta kwadrat
płeć	1	1,42	$p = 0,234$	0,001
fala	1	13,19	$p < 0,001$	0,012
płeć * fala	1	0,73	$p = 0,392$	0,001
błąd	1106			

Powyższa analiza pozwala stwierdzić, że płeć respondentów nie różnicuje wyniku uzyskanego w skali PSS-10. Nie stwierdzono także efektu interakcji pomiędzy płcią a falą pandemii w badanym okresie.

b) wiek i fala jako czynniki różnicujące poziom odczuwanego stresu

Wiek respondentów okazał się czynnikiem w istotny sposób różnicującym poziom odczuwanego stresu. Widoczna jest tendencja obniżania się

odczuwanego poziomu stresu u osób starszych. Średni wynik skali PSS-10 u osób zaliczających się do późnej i środkowej dorosłości jest istotnie niższy od średniej u młodszych respondentów (por. tabela 21).

Tabela 21

Średnie wyniki poziomu odczuwanego stresu w grupach wiekowych

Wiek w kategoriach rozwojowych	Średnia	Odchylenie standardowe
późna adolescencja (17–19)	33,29	7,83
wczesna dorosłość (20–35)	32,24	10,25
środkowa dorosłość (36–59)	27,72	8,56
późna dorosłość (60+)	26,48	8,60

Tendencja ta wygląda identycznie w obu falach badania – nie wystąpił efekt interakcji czynników. Wartość wskaźnika eta kwadrat dla wieku (0,057) wskazuje na przeciętną wielkość efektu. Wyniki dwuczynnikowej ANOVA dla wieku i fali przedstawiono w tabeli 22.

Tabela 22

Dwuczynnikowa ANOVA dla wieku i fali pandemii

Czynnik	<i>df</i>	<i>F</i>	Istotność	Cząstkowe eta kwadrat
fala	1	4,02	$p = 0,045$	0,004
wiek_rek	3	22,03	$p < 0,001$	0,057
fala * wiek_rek	3	0,58	$p = 0,628$	0,002
błąd	1102			

c) miejsce zamieszkania i fala jako czynniki różnicujące poziom odczuwanego stresu

Miejsce zamieszkania respondentów nie różnicuje wyniku w skali PSS-10 ani w pierwszej, ani w drugiej fazie badania ($F = 1,47$; $df_1 = 3$, $df_2 = 1096$; $p = 0,209$). Nie zaobserwowano również efektu interakcji czynników ($F = 0,45$; $df_1 = 4$, $df_2 = 1096$; $p = 0,775$). Średnie i odchylenia standardowe PSS-10 dla poszczególnych kategorii przedstawiono w tabeli 23.

Tabela 23

Średnie i odchylenia standardowe w skali PSS-10 w grupach różniących się miejscem zamieszkania

Miejsce zamieszkania	Średnia	Odchylenie standardowe
na wsi	29,06	9,20
w mieście do 50 tysięcy mieszkańców	29,94	9,92
w mieście od 50 tysięcy do 150 tysięcy mieszkańców	28,23	9,39
w mieście od 150 tysięcy do 500 tysięcy mieszkańców	29,92	9,14
w mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców	30,52	9,80

10.2 ANALIZA CZYNNIKOWA STRATEGII RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Ze względu na dość wysokie współczynniki korelacji między różnymi strategiami radzenia sobie ze stresem dziesięć wymienionych w tabeli 24 wskaźników poddano analizie czynnikowej, by sprawdzić, czy można je połączyć w homogeniczne grupy i analizować łącznie.

Tabela 24

Strategie radzenia sobie ze stresem włączone do analizy czynnikowej

Nr strategii	Nazwa skrócona	Opis strategii
1	CC	Konfrontowanie się z problemem
2	D	Dystansowanie
3	SC	Samokontrola
4	EA	Unikanie myślenia o problemie
5	AR	Przyjmowanie odpowiedzialności za rozwiązanie problemu
6	PPS	Analizowanie i planowanie rozwiązania problemu
7	PR	Pozytywne przewartościowanie i koncentracja na samorozwoju
8	SCA_R	Podjęcie konkurencyjnych działań
9	SISS	Poszukiwanie instrumentalnego wsparcia społecznego
10	SESS	Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego

Wstępne analizy wykazały, że każda z dziewięciu spośród wykorzystanych dziesięciu strategii definiuje pojedynczy czynnik, natomiast strategia *Analizowanie i planowanie rozwiązania problemu* (PPS) okazała się pomiarem kompleksowym. Ta strategia lokowała się jednocześnie w dwóch spośród czterech wyodrębnionych czynników, osiągając dla nich porównywalne ładunki czynnikowe (0,557 i 0,490). Dlatego zdecydowano się na wyeliminowanie wskaźnika PPS i przeprowadzenie analizy czynnikowej dla pozostałych dziewięciu strategii.

Najpierw sprawdzono, czy są podstawy do redukcji zmiennych. Współczynnik Kaisera-Meyera-Olkina (KMO) dla dziewięciu badanych strategii wyniósł 0,606 (co wskazuje na istnienie związków pomiędzy zmiennymi), wynik testu sferyczności Bartletta pozwolił zaś na odrzucenie hipotezy zerowej mówiącej o tym, że macierz korelacji jest macierzą jednostkową ($\chi^2 = 1216,41$; $df = 36$; $p < 0,001$), i wskazywał na występowanie korelacji między zmiennymi. Wartości obu tych wskaźników pozwalały przyjąć, że redukcja analizowanych zmiennych jest uzasadniona.

W efekcie przeprowadzenia eksploracyjnej analizy czynnikowej metodą głównych składowych wyodrębniono cztery czynniki. Każdy z nich ma wartość własną większą niż jeden, a kolejne czynniki wyjaśniają odpowiednio 24%, 16%, 13% i 11% wariacji użytych w analizie zmiennych. Wszystkie cztery czynniki tłumaczą łącznie ok. 65% wariacji wyjściowych zmiennych.

Wyodrębnione czynniki poddano następnie ukośnej rotacji (metodą *oblimin* z normalizacją Kaisera). W tabeli 25 zaprezentowano macierz modelową zawierającą ładunki czynnikowe dla zrotowanych czynników. Analiza tych ładunków dla poszczególnych strategii pozwoliła na zdefiniowanie wyodrębnionych czynników.

Tabela 25

Macierz modelowa dla efektu grupowania dziewięciu strategii radzenia sobie ze stresem

Strategia	Czynniki			
	1	2	3	4
Konfrontowanie się z problemem CC	-0,197	0,800	0,152	0,062
Dystansowanie D	-0,055	-0,070	0,147	0,833
Samokontrola SC	0,089	0,089	-0,179	0,679

Strategia	Czynniki			
	1	2	3	4
Przyjmowanie odpowiedzialności za rozwiązanie problemu AR	0,218	0,792	-0,068	-0,036
Unikanie myślenia o problemie EA	0,681	0,118	-0,173	0,009
Pozytywne przewartościowanie i koncentracja na samorozwoju PR	0,793	-0,112	0,125	0,036
Podejmowanie konkurencyjnych działań SCA_R	0,723	-0,021	0,287	-0,007
Poszukiwanie instrumentalnego wsparcia społecznego SISS	0,006	0,149	0,848	-0,005
Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego SESS	0,106	-0,059	0,780	-0,009

Uwaga: Pogrubioną czcionką wyróżniono najwyższe ładunki czynnikowe dla każdej z analizowanych strategii radzenia sobie ze stresem.

Analiza przedstawionych w tabeli 25 ładunków czynnikowych wykazała, że każda z dziewięciu użytych strategii ma wysoki ładunek tylko w jednym z czterech wyodrębnionych czynników, w pozostałych trzech czynnikach te ładunki są zaś bardzo niskie. Dlatego każdą strategię można jednoznacznie przyporządkować do konkretnego czynnika. Pierwszy czynnik definiowany jest przez (a) strategię PR – *Pozytywne przewartościowanie i koncentracja na samorozwoju* (0,793), (b) SCA_R – *Podejmowanie konkurencyjnych działań* (0,723) oraz (c) EA – *Unikanie myślenia o problemie* (0,681). Drugi czynnik tworzą strategię (a) CC – *Konfrontowanie się z problemem* (0,800) oraz (b) AR – *Przyjmowanie odpowiedzialności za realizację problemu* (0,792). W skład trzeciego czynnika wchodzi strategię (a) SISS – *Poszukiwanie instrumentalnego wsparcia społecznego* (0,848) oraz (b) SESS – *Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego* (0,780). Czwarty czynnik został utworzony przez strategię (a) D – *Dystansowanie* (0,833) oraz (b) S – *Samokontrola* (0,679).

Ukośna rotacja osi zakłada możliwość skorelowania wyodrębnionych czynników. Jednak w przypadku prezentowanego tu rozwiązania te korelacje okazały się bardzo niskie. Współczynniki korelacji między czynnikiem pierwszym i drugim, trzecim oraz czwartym wynosiły odpowiednio 0,073; 0,141 oraz 0,060. Korelacje między czynnikiem drugim i trzecim oraz czwartym to wartości -0,014 i 0,141. Korelacja między czynnikiem trzecim i czwartym wyniosła -0,032. Dlatego też utworzone czynniki można traktować jako względnie od siebie niezależne.

10.3 PORÓWNANIE KONFIGURACJI STRATEGII RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Przed podjęciem dalszych analiz rezultaty uzyskiwane przez poszczególne osoby badane dla każdej z dziewięciu wykorzystanych strategii, posługując się metodą regresyjną, zamieniono na wyniki czynnikowe. W ten sposób zredukowano dziewięć różnych wskaźników do czterech. Każdy czynnik reprezentuje liniową kombinację tych strategii radzenia sobie ze stresem, które ten właśnie czynnik definiują. Strategia PPS (*Analizowanie i planowanie rozwiązania problemu*) będzie analizowana osobno. Wyodrębnione czynniki nazywane są dalej konfiguracjami strategii radzenia sobie ze stresem (a strategia PPS jest nazywana strategią czynnikową). Eksploracyjna analiza czynnikowa nie tylko jest techniczną redukcją analizowanych zmiennych, ale także sugeruje poszukiwanie nieobserwowalnej, ukrytej struktury takiej, a nie innej konfiguracji różnych strategii radzenia sobie ze stresem.

Poniżej przedstawiono opisy konfiguracji strategii definiujących poszczególne czynniki oraz analizowanej odrębnie strategii PPS.

a) konfiguracja strategii radzenia sobie ze stresem 1: Radzenie sobie przez działania zastępcze z zaprzeczaniem (strategie PR; SCA_R; EA)

O osobach uzyskujących wysoki wynik w tej skali czynnikowej można powiedzieć, że radzą sobie ze stresem, unikając konfrontacji intelektualnej i emocjonalnej z problemem, wierzą w to, że problem rozwiąże się sam, i odwołują się do życzeniowego optymizmu oraz zastępczych działań poprawiających humor. Osoby te doszukują się pozytywnego znaczenia sytuacji, w tym wartości dla własnego rozwoju, ale bez aspektu motywującego do działania. Celem nie jest realne zmaganie się ze źródłem problemu, lecz zapanowanie nad sferą emocji w taki sposób, by maksymalnie obniżyć koszty funkcjonowania w sytuacji zwiększonego stresu. Głównym celem jest odwoływanie się do pozytywnych emocji i walka z emocjami negatywnymi. Jest to klasyczna unikowa strategia radzenia sobie ze stresem i nastawienie na doraźny efekt minimalizacji dyskomfortu. Fasadowo dostrzeganie w sytuacji zagrożenia szansy na samorozwój przypomina zadaniową strategię radzenia sobie ze stresem, ale jest przypuszczalnie mechanizmem obronnym (może on być racjonalizacją).

b) konfiguracja strategii radzenia sobie ze stresem 2: Świadome przyjmowanie odpowiedzialności za działania zaradcze (strategie CC; AR)

Osoby uzyskujące wysokie wyniki w tej skali czynnikowej podejmują ryzykowne działania mające w ich przekonaniu zmienić stresującą sytuację, biorąc odpowiedzialność za jej rozwiązanie i dostrzegają własną w nim rolę. Osoby o wysokich wynikach odbierają sytuację stresową jako wyzwanie, a nie jako zagrożenie, oraz uznają sytuację za rozwiązywalną za pomocą własnej aktywności. Konfiguracja ta wpisuje się w strategię zadaniową.

c) konfiguracja strategii radzenia sobie ze stresem 3: Poszukiwanie instrumentalnego i emocjonalnego wsparcia społecznego (strategie SISS; SESS)

Wysoki wynik w tej skali czynnikowej osiągają osoby, o których można powiedzieć, że szukają u znajomych rady, informacji, pomocy, które mogą być pomocne w rozwiązaniu problemu (wsparcia informacyjnego i instrumentalnego), oraz poszukują emocjonalnego wsparcia: sympatii, zrozumienia i współczucia. Pomocą może być porada, opinia, wyręczenie w aktywności (konfrontowaniu się z problemem) bądź sama wspierająca obecność, dowody sympatii, empatii. Dzięki temu osoby te uruchamiają jeden ze swoich zasobów – umiejętność nawiązywania i podtrzymywania relacji społecznych (rodzina, przyjaciele, media społecznościowe itp. sieci społeczne) oraz komunikowania swoich potrzeb w tym obszarze. Można przypuszczać, że moderatorem wyboru tej konfiguracji stylów radzenia sobie jest m.in. przekonanie osoby, że jest szanowana, podlega opiece i należy do sieci wzajemnych zobowiązań.

d) konfiguracja strategii radzenia sobie ze stresem 4: Dystansowanie się poznawcze i emocjonalne (strategie D; S)

Osoby uzyskujące w tej skali czynnikowej wysokie wyniki poznawczo dystansują się od informacji o problemie, pomniejszają znaczenie sytuacji stresowej oraz powstrzymują się od wyrażania emocji i pochopnego działania. Można o tych osobach powiedzieć, że są nastawione na teraźniejszość, a celem ich działania jest obniżenie przykrego napięcia emocjonalnego towarzyszącego sytuacji stresowej oraz nastawienie na doraźny efekt minimalizacji doświadczanego dyskomfortu. Dla osób opisywanych tą konfiguracją strategii kluczowym procesem może być subiektywne uznanie problemu za nierozwiązywalny w sposób aktywny. Prawdopodobnie sytuacje stresujące

są traktowane jako zagrożenie lub strata/krzywda, a aktywne dystansowanie się ma na celu regulację emocji i wzbudzanie emocji pozytywnych. Mieści się w szeroko pojętej strategii emocjonalnej.

e) strategia czynnikowa 5: Aktywne rozwiązywanie problemu (PPS)

Strategię analizowania i planowania rozwiązywania problemu można potraktować jako strategię proaktywną radzenia sobie ze stresem. Osoby ją stosujące koncentrują się na przemyśleniu planu rozwiązania problemu i zmiany sytuacji.

Wyniki uzyskane przez osoby badane dla każdej z czterech wyodrębnionych konfiguracji strategii oraz dla strategii czynnikowej nazwanej *Analizowaniem i planowaniem rozwiązania problemu* (PPS) porównano za pomocą dwuczynnikowych analiz wariancji dla prób niezależnych. Pierwszym z uwzględnionych czynników była fala badań. W trakcie pierwszej fali pandemii przebadano 749 osób, a w drugiej 362 osoby. Drugim z użytych w analizie czynników była płeć badanych. W porównywanych grupach znalazło się 186 mężczyzn i 920 kobiet. W pierwszej fali badań uczestniczyło 118 mężczyzn i 626 kobiet (pięć osób nie podało swojej płci), w drugiej zaś 68 mężczyzn i 294 kobiety. Ponieważ przy analizie stosowania różnych strategii radzenia sobie ze stresem trudno byłoby pominąć znaczenie wieku osób badanych, włączono i tę zmienną do wykonywanej ANOVA w formie zmiennej towarzyszącej.

Trzeba w tym miejscu zaznaczyć, że głównym celem przedstawianych tu analiz było porównanie wyników uzyskanych przez osoby, które zostały zbadane w trakcie trwania pierwszej i drugiej fali pandemii (czynnik *Fala*). W obliczu dużej przewagi liczby kobiet uczestniczących w badaniu nad liczbą przebadanych mężczyzn do analizy dołączono drugi czynnik (*Płeć*), by skontrolować udział tej zmiennej w uzyskanych wynikach. Po to, by wyeliminować wariancję związaną z wiekiem badanych z porównań między interesującymi nas grupami (fala pierwsza i fala druga), i ta zmienna została użyta w analizie.

W przypadku każdego z analizowanych stylów oraz strategii PPS wariancje zmiennej zależnej w czterech grupach utworzonych przez dwa czynniki (*Fala* oraz *Płeć*) okazały się równe. Tym samym założenie o homogeniczności wariancji błędu zostało spełnione.

W żadnej z pięciu analiz wariancji nie została odrzucona hipoteza zero-wa o braku interakcji między czynnikami *Fala* i *Płeć*. To oznacza, że różnice wartości zmiennych zależnych między osobami badanymi w trakcie każdej

z dwóch fal pandemii oraz różnice między kobietami i mężczyznami mogą być analizowane jako efekty główne i nie wymagają uwzględniania poziomów drugiego z czynników.

Efekt główny czynnika *Płeć* okazał się istotny statystycznie dla stylu 1 (strategie EA, PR oraz SCA_R) i stylu 3 (strategie SISS i SESS). W obu tych przypadkach kobiety (odpowiednio: $M = 6,93$, $SD = 2,08$ oraz $M = 5,86$ i $SD = 2,36$) miały wyższe wyniki niż mężczyźni (odpowiednio: $M = 6,26$, $SD = 2,16$ oraz $M = 5,04$ i $SD = 2,55$). Jednak przy braku istotnych efektów interakcyjnych (*Fala* x *Płeć*) różnice między kobietami a mężczyznami nie muszą być brane pod uwagę przy interpretacji porównań osób badanych w pierwszej i w drugiej fali pandemii.

Wiek badanych okazał się istotnie statystycznie związany ze zmienną zależną w każdej z pięciu wykonanych analiz wariancji. Wprost proporcjonalna korelacja między poziomem zmiennej zależnej i wiekiem pojawiła się w przypadku konfiguracji strategii 1 ($r = 0,15$, $p < 0,001$), konfiguracji strategii 2 ($r = 0,11$, $p < 0,001$) oraz strategii PPS ($r = 0,14$, $p < 0,001$). Istotną korelację odwrotnie proporcjonalną odnotowano dla konfiguracji strategii 3 ($r = -0,095$, $p = 0,002$) oraz konfiguracji strategii 4 ($r = -0,084$, $p = 0,005$). Te współczynniki korelacji oznaczają – rzecz jasna – związki o bardzo słabej sile. Jak już wcześniej wspomniano, włączenie do analizy wieku jako zmiennej towarzyszącej miało głównie na celu wyeliminowanie wariancji związanej z tą zmienną z porównań wyników osób badanych w trakcie trwania pierwszej i drugiej fali pandemii (czynnik *Fala*) i dlatego wiek badanych nie będzie uwzględniany w dalszej interpretacji wyników.

Efekt porównania wyników uzyskanych przez osoby badane w pierwszej i drugiej fali pandemii dla każdej z czterech konfiguracji strategii oraz dla strategii PPS zaprezentowano w tabeli 26.

Tabela 26

Efekt porównań wyników uzyskanych przez osoby przebadane w pierwszej i drugiej fali pandemii dla czterech konfiguracji strategii oraz strategii czynnikowej PPS

Konfiguracja strategii	Fala pierwsza Średnia (odch. standardowe)	Fala druga Średnia (odch. standardowe)	Efekt główny czynnika <i>Fala</i> ($df = 1; 1101$)
Konfiguracja strategii 1	7,01 (2,07)	6,43 (2,13)	$F = 15,19; p < 0,001$
Konfiguracja strategii 2	4,98 (2,01)	5,46 (2,05)	$F = 12,96; p < 0,001$

Konfiguracja strategii	Fala pierwsza Średnia (odch. standardowe)	Fala druga Średnia (odch. standardowe)	Efekt główny czynnika <i>Fala</i> ($df = 1; 1101$)
Konfiguracja strategii 3	5,67 (2,34)	5,82 (2,56)	$F = 0,174; p = 0,677$
Konfiguracja strategii 4	5,75 (2,17)	6,34 (2,23)	$F = 12,95; p < 0,001$
Strategia 5	7,06 (2,36)	6,86 (2,37)	$F = 0,256; p = 0,614$

* średnie i odchylenia standardowe zostały w tabeli podane w formie uśrednionych sum tych strategii radzenia sobie ze stresem, które definiują dany czynnik; pogrubioną czcionką wyróżniono efekty istotne statystycznie.

Efekt główny *Fali* okazał się istotny statystycznie w przypadku konfiguracji 1, 2 oraz 4. Dla konfiguracji strategii radzenia sobie 1 (strategie EA, PR oraz SCA_R) badani z fali pierwszej otrzymali wyniki wyższe ($M = 7,01$, $SD = 2,07$) niż badani z fali drugiej ($M = 6,43$, $SD = 2,13$). W przypadku konfiguracji strategii radzenia sobie 2 (strategie CC i AR) oraz konfiguracji 4 (strategie D + SC) było odwrotnie. To osoby z fali drugiej (odpowiednio: $M = 5,46$ i $SD = 2,05$ oraz $M = 6,34$ i $SD = 2,23$) miały wyniki wyższe od tych, którzy zostali przebadani w trakcie trwania fali pierwszej ($M = 4,98$ i $SD = 2,01$ oraz $M = 5,75$ i $SD = 2,17$).

Różnice między osobami badanymi w trakcie trwania pierwszej i drugiej fali pandemii w przypadku konfiguracji strategii radzenia sobie 3 (strategie SISS oraz SESS) oraz strategii PPS okazały się nieistotne statystycznie.

Co więcej, można wskazać na dwie podstawowe konfiguracje strategii radzenia sobie ze stresem, które były stosowane mimo upływu czasu w podobnym stopniu przez osoby badane w pierwszej i drugiej fali pandemii. To *Aktywne rozwiązywanie problemu* (strategia czynnikowa 5) oraz *Poszukiwanie instrumentalnego i emocjonalnego wsparcia społecznego* (konfiguracja 3). Relatywnie najwyższe wyniki osoby badane w obu falach pandemii uzyskiwały w *Radzeniu sobie przez działania zastępcze z zaprzeczaniem* (konfiguracja 1) oraz w *Aktywnym rozwiązywaniu problemu* (strategia czynnikowa 5). Ponadto w drugiej fali najwyższe wyniki obserwowano w *Dystansowaniu się poznawczym i emocjonalnym* (konfiguracja 4). Być może jest to efekt obniżenia poczucia sprawstwa i własnej wartości oraz przebudźcowania.

11 INTERPRETACJA UZYSKANYCH WYNIKÓW

Poniżej przedstawiono podsumowanie otrzymanych w badaniu wyników.

11.1 STOSUNEK DO PANDEMICZNYCH OGRANICZEŃ

Analizując łącznie uzyskane dane jakościowe ze wszystkich pytań otwartych, można powiedzieć, że w wypowiedziach respondentów na temat obowiązujących ograniczeń najczęściej miejsca zajmowały problemy dotyczące indywidualnej wolności. W miarę upływu życia w pandemii te bolączki stały się mniej dokuczliwe, natomiast częściej przedmiotem uwagi osób przez nas badanych były problemy zdrowotne i relacje interpersonalne.

Biorąc pod uwagę tylko różnice między danymi o akceptacji i odrzucaniu ograniczeń, można powiedzieć, że respondenci na początku pandemii godzili się z zaleceniami sanitarnymi oraz z ograniczeniami kontaktu z ludźmi podczas zakupów i aprobowali zorganizowane godziny na zakupy dla seniorów. W miarę trwania pandemii stanowisko wobec konieczności dyscypliny sanitarnej nawet się umocniło, akceptowano także utrzymywanie dystansu społecznego. W obu falach pandemii nie godzono się w podobnym stopniu z ograniczeniem kontaktu z rodziną i bliskimi oraz swobodnego wychodzenia z domu. W miarę upływu czasu relatywnie większy sprzeciw budziły ograniczenia swobody decyzji co do sposobu spędzania wolnego czasu oraz dotkliwość nakazów i zakazów.

Warto zestawić to z sytuacyjnym kontekstem. Na początku pandemii w Polsce w odpowiedzi na poczucie zagrożenia i niepewności zauważalna była gotowość do przestrzegania rządowych zaleceń i zakazów. W wypowiedziach osób badanych w pierwszej fali relatywnie wyższa była akceptacja utrudnień w takich obszarach, jak kontakt z bliskimi, wychodzenie na zakupy i zaburzenie codziennej rutyny czy nauczanie poza domem. Jednak np. noszenie maseczek w miejscach publicznych dostrzegano tylko u połowy przechodniów; jeszcze gorzej pod tym względem spostrzegano sytuację w sklepach.

Wpływało to zapewne na poczucie niepewności. Z powodu przymusowego jednoczesnego pobytu członków rodziny w miejscu zamieszkania doświadczano pogorszenia się relacji interpersonalnych (np. Myszka-Strychalska, 2021). Jednocześnie pojawiło się niezadowolenie z powodu częstych zmian wprowadzanych ograniczeń i ich rozmiarów. Jednak ogólnie deklarowany poziom akceptacji zaleceń władzy był wysoki. Podobnie było z poziomem zaufania społecznego szczególnie wobec instytucji państwa (i legitymizacji ich działań). Wstępna gotowość do poddania się obowiązującym restrykcjom przechodziła stopniowo w poczucie zmęczenia przymusem. Osoby badane podczas pierwszej fali pandemii w mniejszym lub większym stopniu nie akceptowały nakładanych przez rządzących ograniczeń dotyczących spacerów na wolnym powietrzu, wyjazdów, podróżowania oraz pobytu w siłowni, kontaktów z dalszą rodziną, w sumie przypuszczalnie powodujących poczucie samotności oraz izolacji społeczno-towarzyskiej (Okruszek i in., 2020; Drozdowski i in., 2020; Kosowski i Mróz, 2020)⁴⁷. Można więc powiedzieć, że dla osób badanych podczas pierwszej fali pandemii negatywnie doświadczane były ograniczenia bycia wśród innych i z innymi.

W drugiej fali dominowało poczucie zagrożenia, wynikające prawdopodobnie z wysokiej liczby zachorowań, szybkiego przyrostu zgonów oraz rosnącego braku zaufania do władzy. Wprowadzono wówczas szereg nowych obostrzeń. Premier zapowiedział narodową kwarantannę, co oznaczało „całkowity lockdown”. Z drugiej strony pojawiła się nadzieja możliwości szczepień. Ogłoszono ogólnokrajowy program szczepień przeciwko COVID-19. Wybuchła nawet medialna afera spowodowana zaszczepieniem się w grudniu 2020 roku „poza kolejką” m.in. przez Leszka Millera i Krystynę Jandę. Według badań dostrzegane lekceważenie dyscypliny higienicznej rosło nawet wśród pracowników ochrony zdrowia (Wypych-Ślusarska i Kraus, 2022). U wielu respondentów wzmagało się poczucie braku bezpieczeństwa w odniesieniu do zdrowia swojego i osób bliskich. Ten brak zaufania do systemu opieki zdrowotnej dodatkowo komplikował psychologiczną sytuację ludzi podczas pandemii. Druga fala to także rosnące niezadowolenie z działań rządu wobec pandemii nie tylko w obszarze zdrowia czy codziennego komfortu, ale także gospodarki. Ten klimat braku zaufania nie sprzyjał respektowaniu decyzji

⁴⁷ W badaniach Kosowskiego i Mróz (2020) prowadzonych w marcu i kwietniu 2020 roku okazało się, że w okresie pandemii COVID-19 niska subiektywna ocena jakości i częstotliwości kontaktów z innymi wiązała się z poczuciem osamotnienia.

władz i akceptowaniu argumentacji zaleceń. W odpowiedziach osób badanych podczas drugiej fali pandemii dezakceptacja dotyczyła lockdownu usług sportowo-rekreacyjnych, zamykania szkół, uczelni, przedszkoli itp., zakazu wychodzenia z domu do restauracji, kina czy na imprezy kulturalne, dyscypliny sanitarnej, utrzymywania dystansu, zamknięcia i narzucanej przymusowej izolacji oraz konieczności pracowania zdalnie.

Działania, w intencji mające na celu minimalizację zagrożeń wynikających z pandemii SARS-CoV-2, stały się dodatkowym źródłem stresu. Te poczynania, które wprost wiązały się z zagrożeniem dla zdrowia i sprzyjały jego ochronie, były łatwiej akceptowane, choć z upływem czasu traciły swoją pozytywną wartość. Źródłem stresu stały się takie działania, które odbierane były jako zbędna opresja. Przykładem może być brak zgody na zamykanie placówek oświatowych i tzw. zdalna edukacja: z jednej strony ograniczało to kontakty społeczne i zmniejszało ryzyko zachorowania na COVID-19, z drugiej jednak rodzice dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym mieli problem z łączeniem pracy i opieki nad nimi. Dodatkowo przymus bycia razem wszystkich członków rodziny (w połączeniu z brakiem możliwości oddechu w pozadomowej rekreacji) mógł stać się dla wielu osób czynnikiem stresogennym.

11.2 PERCEPCJA STRESU PANDEMICZNEGO W JĘZYKU ZASOBÓW

Warto na początek krótko przypomnieć koncepcję leżącą u podstaw zastosowanego w badaniu narzędzia pozwalającego na wskazanie źródeł doświadczanego niepokoju. Podstawowym założeniem teorii Hobfolla (2006) jest twierdzenie, że ludzie dążą do uzyskania, zachowania, ochrony i pielęgnowania tych rzeczy, które najbardziej cenią (zasobów), stąd nazwa „teoria zachowania zasobów” (*conservation of resources theory*; COR). Zgodnie z tą koncepcją zasoby tworzą kapitał adaptacyjny jednostki. Stres jest wewnętrznym stanem wynikającym z utraty zasobów (żał) lub zagrożenia ich utraty (strach) albo wtedy, gdy posiadane zasoby nie przynoszą oczekiwanych zysków (co można uznać za równoważne ze stratą). Zgodnie z teorią COR w obliczu przeciwności losu ludzie mobilizują pozostałe zasoby (tj. te, które nie zostały utracone w wyniku stresu), aby zrównoważyć bieżące wyzwania, przed którymi stoją. Przyjęto, że określanie w części ankiety przez osoby badane niepokoju z powodu zagrożenia dla posiadanych zasobów jest odzwierciedleniem ich percepcji czynników stresogennych i sytuacji stresowej.

Dodatkowo należy wziąć pod uwagę kontekst przeprowadzonych badań. Pandemia COVID-19 ze względu na swój ciężar gatunkowy, duże znaczenie i bardzo silne negatywne oddziaływanie wywołała stres prawdopodobnie u każdego, kto jej doświadczył. Spostrzeganie zagrożeń dla posiadanych zasobów było elementem poznawczej oceny sytuacji i wskazywało na znaczenie tych zasobów w tej sytuacji.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między falami pandemii głównie w odniesieniu do pytań dotyczących zasobów materialnych (posiadanych rzeczy, statusu materialnego i społecznego). W obu falach badane osoby najczęściej wskazywały, że obawiają się utraty swojego zdrowia lub osób najbliższych i wpływ czasu niczego w tej sprawie nie zmienił. Zdrowie było czynnikiem relatywnie najważniejszym – brak niepokoju stwierdzało tylko 37,7% respondentów w odniesieniu do swojego zdrowia i 18,5% w odniesieniu do zdrowia bliskich. W pierwszej fali, w konfrontacji z COVID-19, badane wówczas osoby odczuwały lęk o stan zdrowia ich bliskich. Ankietowani po sześciu miesiącach w drugiej fali relatywnie częściej odczuwali żal z powodu utraty zdrowia swojego i swoich bliskich. Utrata stałej pracy nie była źródłem niepokoju – średnio brak obaw z tego powodu zgłaszało 75,4% respondentów w obu falach. Natomiast relatywnie częściej żal z powodu jej utraty zgłaszały osoby badane w drugiej fali. Zdrowie podobnie jak stała praca zaliczane są przez Hobfolla (2006) do tzw. zaradczych zasobów warunków (*conditions*), czyli struktur lub sytuacji, od których zależy dostęp do innych zasobów lub umożliwiających ich zdobycie.

Do zasobów energii – podstawy do pozyskiwania innych zasobów bądź do ochrony już zdobytych – można zaliczyć posiadane oszczędności, podobnie jak dochody. W pierwszej fali pandemii obawa przed utratą dochodów była większa niż u osób badanych w drugiej fali i wyższa niż obawa utraty pracy. Utrata oszczędności dla 58% ogółu respondentów także nie była źródłem niepokoju. Wśród osób badanych podczas pierwszej fali pandemii obawa przed ich utraceniem była wyższa niż w drugiej fali, kiedy to relatywnie więcej osób żałowało ich utraty. Można powiedzieć, że stała praca, uzyskiwane dochody oraz posiadane oszczędności odpowiadają w dużej mierze za tryb życia. Natomiast w pierwszej fali pandemii obawa przed utratą dochodów była większa niż u osób badanych w drugiej fali i wyższa niż obawa utraty pracy. Brak niepokoju z powodu utracenia dotychczasowego trybu życia zgłaszało średnio 38,9% wszystkich respondentów. Wśród badanych w pierwszej fali pandemii było relatywnie więcej osób obawiających się utraty trybu życia

sprzed pandemii, podczas gdy w drugiej fali więcej ankietowanych odczuwało żal z powodu jego utraty. Był to niewątpliwie ważny czynnik stresogenny.

W koncepcji Hobfolla (2006) optymizm i poczucie własnej wartości zaliczane są do wewnętrznych zasobów osobistych (osobowościowych). Brak niepokoju z powodu utraty optymizmu zgłaszało 75,2% wszystkich osób uczestniczących w badaniu, a w pierwszej fali istotnie więcej. Osoby badane w drugiej fali relatywnie częściej żałowały utraconego optymizmu. Można powiedzieć, że podczas pierwszej fali istniała nadzieja, że uda się tej trudnej sytuacji zaradzić. Nadziei tej zabrakło już podczas drugiej fali. Brak niepokoju z powodu utraty poczucia własnej wartości zgłaszało średnio 51,6% wszystkich respondentów, wynik ten w drugiej fali istotnie spadł. Ponadto osoby badane w fali drugiej częściej odczuwały strach przed utraceniem poczucia własnej wartości, jak i żal z powodu jego utraty.

Patrząc na analizowane czynniki stresogenne, można powiedzieć, że percepcja pandemii została zdominowana przez zagrożenie zdrowia osób badanych i ich bliskich, groźbę utraty dotychczasowego trybu życia oraz optymizmu. Ten ostatni zasób jest ważny dla podejmowania działań zaradczych, bo istotne jest dostrzeganie pozytywnych aspektów danej sytuacji i dążenie do pomyślnego wyniku, poczucie sprawstwa. Można przypuszczać, że wszystkie wskazane wyżej czynniki stresogenne naruszyły w początkowym czasie pandemii poczucie własnej wartości badanych osób.

11.3 POZIOM ODCZUWANEGO STRESU

Ogólnie rzecz biorąc, wyniki respondentów w obu falach pandemii można określić na podstawie polskich norm (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2009) jako bardzo wysokie. Patrząc na zaobserwowany poziom stresu, należy zwrócić uwagę na dwie sprawy. Po pierwsze, wyniki osób badanych w pierwszej i drugiej fali niewiele się różnią. Gdyby oczekiwać efektów habituacji – należało się spodziewać, że poziom stresu u respondentów po upływie sześciu miesięcy podczas drugiej fali pandemii będzie niższy (a tak nie jest). Po drugie, nieco wyższe wyniki w drugiej fali mogą wskazywać na nieskuteczność indywidualnych i zbiorowych działań przeciwdziałających skutkom pandemii lub traktowanie ich jako dodatkowego źródła stresu. I tu pomocne mogą być analizy różnic w odpowiedziach na pytania skali PSS-10. Osoby badane w drugiej fali pandemii były w większym stopniu przekonane, że doświadczane trudności (w tym problemy indywidualne) tak się spiętrzyły, że były nie

do pokonania. Przeświadczenie, że osoby uczestniczące w naszym badaniu nie mają wpływu na ważne rzeczy w ich życiu w obliczu nieprzewidywalnego wydarzenia, było podobne w pierwszej i drugiej fali pandemii. Struktura odpowiedzi na poszczególne pytania była w obu falach zbliżona, choć osoby ankietowane w drugiej fali częściej miały poczucie, że liczba koniecznych do podjęcia działań je przerasta. Jak wskazano wyżej, percepcja pandemicznego stresu dotyczyła głównie zagrożenia zdrowia osób przez nas badanych i ich bliskich, groźby utraty dotychczasowego trybu życia oraz optymizmu. Takie spostrzeganie stresu wydaje się uzasadniać poczucie bezowocności wysiłków i ich niskiej efektywności, a w konsekwencji obserwowane w drugiej fali niskie poczucie własnej wartości u części respondentów (por. tabela 14).

11.4 SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Ankieta dotycząca radzenia sobie inspirowana była klasyczną poznawczo-transakcyjną koncepcją stresu i strategii radzenia sobie stosowanych przez jednostkę w określonej sytuacji trudnej Lazarusa i Folkmana (Folkman i Lazarus, 1988; Lazarus i Folkman, 1984). Osoby biorące udział w badaniu pytano o stosowanie takich strategii, jak: *Konfrontowanie się z problemem* (CC), *Dystansowanie* (D), *Samokontrola* (SC), *Unikanie myślenia o problemie* (EA), *Przyjmowanie odpowiedzialności za rozwiązanie problemu* (AR), *Analizowanie i planowanie rozwiązania problemu* (PPS), *Pozytywne przewartościowanie i koncentracja na samorozwoju* (PR), *Podejmowanie konkurencyjnych działań* (SCA_R), *Poszukiwanie instrumentalnego wsparcia społecznego* (SISS) oraz *Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego* (SESS).

W efekcie przeprowadzenia eksploracyjnej analizy czynnikowej wyodrębniono cztery czynniki. Każda z dziewięciu spośród wykorzystanych dziesięciu strategii definiowała pojedynczy czynnik, natomiast strategia *Analizowanie i planowanie rozwiązania problemu* (PPS) okazała się wskaźnikiem kompleksowym, bo wchodziła jednocześnie do dwóch spośród czterech wyodrębnionych czynników. Dlatego strategia PPS tworzyła formalnie piąty wymiar. Pierwszy czynnik (*Radzenie sobie przez działania zastępcze z zaprzeczaniem*) definiowany jest przez strategię PR, SCA_R oraz EA; drugi czynnik (*Świadome przyjmowanie odpowiedzialności za działania zaradcze*) tworzą strategie CC oraz AR; w skład trzeciego czynnika (*Poszukiwanie instrumentalnego i emocjonalnego wsparcia społecznego*) wchodzi strategie SISS oraz SESS; czwarty czynnik (*Dystansowanie się poznawcze i emocjonalne*) został utworzony

przez strategię D oraz S. Strategia PPS została określona jako *Styl aktywnego rozwiązywania problemu*.

Styl aktywnego rozwiązywania problemu oraz *Styl poszukiwania instrumentalnego i emocjonalnego wsparcia społecznego* stosowane były w podobnym stopniu przez osoby badane w pierwszej i drugiej fali pandemii. Na tej podstawie można powiedzieć, że były to style niezależne od czasu trwania pandemii. Relatywnie najwyższe wyniki respondenci uzyskali w jej obu falach w *Stylu radzenia sobie przez działania zastępcze z zaprzeczaniem* oraz w *Stylu aktywnego rozwiązywania problemu*. Dodatkowo w drugiej fali najwyższe wyniki obserwowano w *Stylu dystansowania się poznawczego i emocjonalnego*. Jak się wydaje, może to być efekt obniżenia poczucia sprawstwa i własnej wartości.

W odróżnieniu od drugiej fali pandemii w czasie pierwszej fali osoby badane radziły sobie ze stresem, unikając konfrontacji z problemem, a odwołując się do życzeniowego optymizmu i zastępczych działań poprawiających humor. Celem było przypuszczalnie zapanowanie nad sferą emocji w taki sposób, by maksymalnie obniżyć aktualne koszty funkcjonowania w sytuacji dużego stresu. Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach może pozwolić ludziom skupić się na radzeniu sobie z problemem wtedy, gdy będą mieli poczucie, że ich kontrola sytuacji jest większa. Spośród osób badanych podczas drugiej fali jedni relatywnie częściej podejmują działania zorientowane na zmianę stresowej sytuacji, a także biorą odpowiedzialność za jej rozwiązanie i skupiają się na tym, na co w ich przekonaniu mają wpływ. Drugi poznawczo dystansują się od informacji o problemie, pomniejszając znaczenie sytuacji stresowej, ograniczają poziom reagowania na nią i nastawiają się na doraźny efekt minimalizacji doświadczanego emocjonalnego dyskomfortu. Może być to efekt uznania problemu za nierozwiązalny.

ZAKOŃCZENIE

Ograniczenia (interwencje nefarmakologiczne), które w intencji miały spowolnić rozprzestrzenianie się zakażeń i minimalizować zagrożenia wynikające z pandemii COVID-19 wywoływanej przez wirusa SARS-CoV-2, stały się dodatkowym źródłem stresu. Wprowadzane restrykcje, które wprost miały pohamować rozwój koronawirusa i służyć ochronie zdrowia, były akceptowane, a nawet z upływem czasu ich akceptacja rosła. Natomiast nieakceptowane i doświadczane jako nieuzasadnione były ograniczenia związane ze sposobem spędzania czasu wolnego oraz narzucana nakazami i zakazami izolacja społeczna. Obraz pandemii został zdominowany przez zagrożenie zdrowia respondentów i ich bliskich, groźbę utraty dotychczasowego trybu życia oraz optymizmu. Ponadto w trakcie pandemii naruszone zostało poczucie własnej wartości u części badanych osób. W pierwszej fali pandemii osoby uczestniczące w badaniu radziły sobie ze stresem, unikając konfrontacji z problemem, a przeważało myślenie życzeniowe i zastępcze działania poprawiające humor. Natomiast w drugiej fali pandemii jedni aktywnie działali na rzecz zmiany stresowej sytuacji oraz brali odpowiedzialność za jej rozwiązanie, drudzy zaś poznawczo unikali informacji o problemie i nastawili się na doraźny efekt minimalizacji doświadczanego emocjonalnego dyskomfortu.

Zadać sobie można pytanie, czy się czegoś nauczyliśmy? Pewnie pokory wobec nieprzewidywalnej natury, że nie jesteśmy najważniejsi na świecie, że nasze plany życiowe to tylko umysłowe projekty. Zrozumieliśmy, że rzeczy mało prawdopodobne zdarzają się, choć rzadko, oraz że ważne są życzliwe kontakty z bliską i dalszą rodziną. Zapewne dostrzegliśmy wartość radzenia sobie z negatywnymi emocjami dla późniejszego podjęcia działań nastawionych na rozwiązanie problemu. Nie tylko reagowaliśmy na sytuację, lecz także staraliśmy się podejmować kreatywne działania. Niektórzy pokazali, że utrata może być początkiem nowej drogi, ale też los innych uświadomił, że wyleczenie nie oznacza całkowitego powrotu do zdrowia. Być może spadła nasza wiara w ubliczniane deklaracje i zobaczyliśmy, że konieczne jest

sprawdzanie ich realnych efektów. Dostrzegliśmy wartość wiarygodności oraz zaufania. Przekonaliśmy się, że nawet w cyfrowym świecie nie każdy ma rację i może brakuje nam umiejętności krytycznego myślenia, a także że nauka jest podstawą praktycznych rozwiązań. Nauczyliśmy się korzystać z udogodnień cyfrowej cywilizacji. Zdaliśmy sobie sprawę, że system edukacyjny wymaga radykalnych zmian i że doświadczenia wyniesione z pandemii mogą być ich zaczątkiem. Dostrzegliśmy, iż świat może być bliżej nas, choćby tylko na ekranie. A może pandemia COVID-19 to swoiste *signum temporis* 2020 roku i gdy przyjdzie „nieprzewidziane”, znowu będziemy nieprzygotowani?

●

BIBLIOGRAFIA

● ● ●

- Abaluck, J., Kwong, L.H., Styczynski, A., Haque, A., Kabir, M.A., Bates-Jefferys, E., Crawford, E., Benjamin-Chung, J., Raihan, S., Rahman, S., Benhachmi, S., Binte, N.Z., Winch, P.J., Hossain, M., Reza, H.M., Jaber, A.A., Momen, S.G., Rahman, A., Banti, F.L., ... , Huq, T.S. i in. (2022). Impact of community masking on COVID-19: A cluster-randomized trial in Bangladesh. *Science*, 375, 6577. <https://doi.org/10.1126/science.abi9069>
- Ansons, T., Strong, C., Bennett, L., Chandler, H. (2020). Vaccine hesitancy. Understanding Belief Formation. *Ipsos*, 1–7. <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/publication/documents/2020-11/vaccine-hesitancy-2020.pdf>
- Bargiel-Matusiewicz, K., Trzcieniecka-Green, A., Kielan, K. (2003). Ocena poznawcza a strategie zaradcze podejmowane w obliczu egzaminu. *Psychoterapia*, 3(130), 55–61.
- Bavel, J.J.V., Baicker, K., Boggio, P.S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., Crockett, M.J., Crum, A.J., Douglas, K.M., Druckman, J.N., Drury, J., Dube, O., Ellemers, N., Finkel, E.J., Fowler, J.H., Gelfand, M., Han, S., Haslam, S.A., Jetten, J., ... , Kitayama S. i in. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4(5), 460–471. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>
- Bek, D., Sitarz, O., Jaworska-Wieloch, A. (2021). Gdy azył staje się więzieniem – przeciwdziałanie przemocy domowej w warunkach kwarantanny i izolacji. *Forum Polityki Kryminalnej*, 1, 1–30. <https://doi.org/10.31261/FPK.2021.01.06>
- Berelson, B. (1952). *Content Analysis in Communication Research*. The Free Press. <https://doi.org/10.1177/000271625228300135>
- Bernat, A., Krzyszkowska, M. (2017). Znaczenie i sposoby wykorzystania psychospołecznych zasobów zaradczych w ujęciu S. E. Hobfolla. *Studia Paradyskie*, 27, 255–278.
- Bertolin, D.C., Pace, A.E., Kusumota, L., Haas, V. (2011). An association between forms of coping and the socio-demographic variables of people on chronic hemodialysis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1068–1074. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500006>
- Bielawska-Batorowicz, E., Dudek, B. (red.). (2012). *Teoria zachowania zasobów Stevana. E. Hobfolla. Polskie doświadczenia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Bieliński, J., Iwińska, K., Rosińska-Kordasiewicz, A. (2007). Analiza danych jakościowych przy użyciu programów komputerowych. *ASK: Research and Methods*, 16, 89–114.

- Biga, B., Frączek, M., Kędzierski, M., Możdżeń, M., Ramus, M. (2021). *Ludowe improvizacje. Jak pandemia zmienia normy społeczne*. Centrum Polityk Publicznych Małopolskiej Szkoły Administracji Publicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.
- Bilgin, B. (2012). Losses loom more likely than gains: Propensity to imagine losses increases their subjective probability. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 118, 203–215. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2012.03.008>
- Boćkowski, D., Dąbrowska-Prokopowska, E., Goryń, P., Gorynia, K. (red.). (2022). *Dezinformacja – Inspiracja – Społeczeństwo. Social Cybersecurity*. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
- Bożewicz, M. (2020). *Stosunek do rządu w pierwszej dekadzie grudnia*. Komunikat z badań nr 164/2020. CBOS. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_164_20.PDF
- Bujak-Mikołajczyk, M. (2010). *Analiza treści – kodowanie wspomaganie komputerowo* [nieopublikowana praca magisterska]. Instytut Psychologii UAM.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184–195.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Chmielewski, J. (2018). *Zasada budzenia zaufania w ogólnym postępowaniu administracyjnym*. Wolters Kluwer Polska.
- Chu, D.K., Akl, E.A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, H.J. (2020). Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 395(10242), 1973–1987. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9)
- Chwaszcz, J., Bartczuk, R., Niewiadomska, I., Hobfoll, S., Palacz-Chrisidis, A. (2020). The Polish Adaptation of the Strategic Approach to Coping Scale. *Roczniki Psychologiczne*, 23, 23–43. <https://doi.org/10.18290/rpsych20231-2>
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 386–396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cohen, S., Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the U.S. W: S. Spacapan, S. Oskamp (red.), *The Social Psychology of Health* (s. 31–67). Sage.
- Corti, E., Johnson, A., Gasson, N., Bucks, R., Thomas, M., Loftus, A. (2018). Factor Structure of the Ways of Coping Questionnaire in Parkinson's Disease. *Parkinson's Disease*, 1, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2018/7128069>
- CyberDefence24 (5 stycznia 2021). *Krótki przewodnik po fake newsach o koronawirusie*. <https://cyberdefence24.pl/fake-news/krotki-przewodnik-po-aktualnych-fake-newsach-o-koronawirusie>
- Cybulska, A., Pankowski, K. (2020). *Polak w maseczce lub bez maseczki*. Komunikat z badań nr 110/2020. CBOS. https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_110_20.PDF
- Drozdowski, R., Frączkowiak, M., Krajewski, M., Kubacka, M., Luczys, P., Modrzyk, A., Rogowski, Ł., Rura, P., Stamm, A. (2020). *Życie codzienne w czasach pandemii. Raport z drugiego etapu badań. Wersja pełna*. Wydawnictwo Wydziału Socjologii UAM.

- Drożdżał, K., Tarkowski, A., Janus, A. (2020). *Cyfrowe stany przejściowe. Monitoring społeczeństwa cyfrowego marzec-czerwiec 2020. Projekt SpołTech*. Fundacja Centrum Cyfrowe. <https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/07/Cyfrowe-stany-przej%C5%9Bciowe.pdf>
- Dudek, B., Banach, K. (2009). Zastosowanie teorii zachowania zasobów Stevana Hobfolla do analizy stresu traumatycznego. W: J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia* (s. 64–74). Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Dudek, B., Koniarek, J., Szymczak, W. (2007). Stres związany z pracą a teoria zachowania zasobów Stevana Hobfolla. *Medycyna Pracy*, 58(4), 317–325.
- Duszyński, J., Afelt, A., Ochab-Marcinek, A., Owczuk, R., Pyrc, K., Rosińska, M., Rychard, A., Smiatacz, T. (2020). Zrozumieć COVID-19. *Academia. Magazyn Polskiej Akademii Nauk*, 4(64). 1733–8662. <https://doi.org/10.24425/academia-PAN.2020.136169>
- Dymecka, J., Filipkowski, J., Machnik-Czerwik, A. (2021a). Fear of COVID-19: Stress and job satisfaction among Polish doctors during the pandemic. *Advances in Psychiatry and Neurology*, 9, 149–159. <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.111935>
- Dymecka, J., Machnik-Czerwik, A., Filipkowski, J. (2021b). Fear of COVID-19, risk perception and stress level in Polish nurses during COVID-19 outbreak. *Journal of Neurological and Neurosurgical Nursing*, 10, 3–9. <https://doi.org/10.15225/PNN.2021.10.1.1>
- Endler, N.S., Parker, J.D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
- Eurostat (2022). *Excess mortality indicator*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/f/f9/Tab01_Excess_Mortality_2022_Mar.png
- Eurostat (2023). *Excess mortality – statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess_mortality_-_statistics#Excess_mortality_in_the_European_Union_between_January_2020_and_March_2022
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Folkman, S., Moskowitz, J. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Fukuyama, F. (1997). *Zaufanie. Kapitał społeczny a droga do dobrobytu*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gałużka, M. (2017). Medykalizacja w kulturze strachu: przykład medialnej ekspozycji grypy A/H1N1. *Przegląd Socjologiczny*, 66(1), 53–81. https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-407a8231-401c-4b1a-be1a-942a1f3999cf/c/03_Galuzka.pdf
- Glaser, B.G., Strauss, A.L. (2009). *Odkrywanie teorii ugruntowanej*. Nomos.

- Glińska-Neweś, A., Escher, I. (2018). Analiza treści w badaniach zjawisk społecznych w organizacji. Zastosowanie programu IRAMUTEQ. *Studia Oeconomica Posnaniensia*, 6(3), 73–94.
- Golinowska, S., Zabdyr-Jamro, M. (2020). Zarządzanie kryzysem zdrowotnym w pierwszym półroczu pandemii COVID-19. Analiza porównawcza na podstawie opinii ekspertów z wybranych krajów. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(1), 1–31. <https://www.ejournals.eu/Zdrowie-Publiczne-i-Zarządzanie/2020/Tom-18-zeszyt-1/art/17399/>
- Gruszczyńska, E. (2012). Kwestionariusz Samooceny Zysków i Strat – polska adaptacja COR-Evaluation S. E. Hobfolla i jej podstawowe właściwości psychometryczne. W: E. Bielawska-Batorowicz, B. Dudek (red.), *Teoria zachowania zasobów Stevana. E. Hobfolla. Polskie doświadczenia* (s. 99–111). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Grygorczuk, A. (2008). Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. *Psychiatria*, 5(3), 111–115.
- Hagen, R. (2000). Rational Solidarity and Functional Differentiation. *Acta Sociologica*, 43(1), 27–42. <https://doi.org/10.1177/000169930004300104>
- Halbesleben, J.R.B., Neveu, J.-P., Paustian-Underdahl, S.C., Westman, M. (2014). Getting to the “COR”: Understanding the Role of Resources in Conservation of Resources Theory. *Journal of Management*, 40(5), 1334–1364. <https://doi.org/10.1177/0149206314527130>
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen-Niejodek, I. (1997). Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje. *Czasopismo Psychologiczne*, 3, 7–22.
- Heszen-Niejodek, I., Ratajczak, Z. (red.). (2000). *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *The American Psychologist*, 44(3), 513–524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>
- Hobfoll, S.E. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Internetowy System Aktów Prawnych (20 marca 2020a). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii*. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200000491>
- Internetowy System Aktów Prawnych (23 października 2020b). *Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 23 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200001870>
- Izdebski, Z., Mazur, J., Białorudzki, M., Kozakiewicz, A. (2023). Doświadczenia pandemii COVID-19 a zmiana podejścia do życia. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 18(1), 99–108. <https://doi.org/10.5114/nan.2023.129079>

- Jaszczuk, P. (10 kwietnia 2020). *Wojsko z bronią na ulicach [ANALIZA]*. Defence24.pl. <https://defence24.pl/sily-zbrojne/covid-i-armia-z-bronia-lub-bez-broni>
- Jefferson, T., Dooley, L., Ferroni, E., Al-Ansary, L.A., van Driel, M.L., Bawa-zeer, G.A., Jones, M.A., Hoffmann, T.C., Clark, J., Beller, E.M., Glasziou, P.P., Conly, J.M. (2023). Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006207.pub6>
- Johnson, N.F., Velásquez, N., Restrepo, N.J., Leahy, R., Gabriel, N., El Oud, S., Zheng, M., Manrique, P., Wuchty, S., Lupu, Y. (2020). The online competition between pro- and anti-vaccination views. *Nature*, 582, 230–233. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2281-1>
- Juczyński, Z. (2009). Pomnażanie i wzbogacanie zasobów własnego zdrowia. *Polskie Forum Psychologiczne*, 1(14), 17–32.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Konferencja Episkopatu Polski (21 marca 2020). *Dokumenty na czas epidemii koronawirusa*. <https://episkopat.pl/dokumenty-na-czas-epidemii-koronawirusa/>
- Kosowski, P., Mróz, J. (2020). Ocena komunikacji a poczucie samotności i satysfakcji z życia w czasie pandemii. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*, 42(2), 214–226. <https://doi.org/10.34766/fetr.v42i2.284>
- Kowal, M., Coll-Martín, T., Ikizer, G., Rasmussen, J., Eichel, K., Studzińska, A., Koszałkowska, K., Karwowski, M., Najmussaḡib, A., Pankowski, D., Lieberoth, A., Ahmed, O. (2020). Who is the Most Stressed During the COVID-19 Pandemic? Data From 26 Countries and Areas. *Applied Psychology Health Well Being*, 12(4), 946–966. <https://doi.org/10.1111/aphw.12234>
- Kraaijeveld, S.R. (2020). Vaccinating for Whom? Distinguishing between Self-Protective, Paternalistic, Altruistic and Indirect Vaccination. *Public Health Ethics*, 13(2), 190–200. <https://doi.org/10.1093/phe/phaa005>
- Kraaijeveld, S.R. (2021). COVID-19: Against a Lockdown Approach. *Asian Bioethics Review*, 13, 195–212. <https://doi.org/10.1007/s41649-020-00154-y>
- Krastev, I., Leonard, M. (2021). Europe's invisible divides: How Covid-19 is polarising European politics. *European Council on Foreign Relations*, 9, 1–26. <http://www.jstor.org/stable/resrep36091>
- Krawczyk-Wasilewska, V. (2020). COVID-19 jako paradygmat choroby globalnej. *LUD. Organ Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego i Komitetu Nauk Etnologicznych PAN*, 104, 155–184. doi.org/10.12775/lud104.2020.07
- Kubacka-Jasiecka, D. (2016). Kryzys emocjonalny i trauma szansą na rozwój i potęgowanie zdrowia. Wątpliwości i pytania. *Rocznik Filozoficzny Ignatianum*, 22(1), 51–89. <https://doi.org/10.5281/zenodo.57556>
- Kuzak, R. (12 marca 2020). *Epidemie cholery w XIX-wiecznej Polsce. Zapomniana choroba zabiła setki tysięcy ludzi*. <https://wielkahistoria.pl/epidemie-cholery-w-xix-wiecznej-polsce-zapomniana-choroba-zabila-setki-tysiacy-ludzi/>
- Lande, J. (27 lutego 2020). *Największe epidemie w historii świata. Ospa, grypa, dżuma i cholera – najwięksi zabójcy w historii ludzkości*. <https://historia.org.pl/2020/02/27/>

- największe-epidemie-w-historii-swiata-ospa-grypa-dzuma-i-cholera-najwieksizabojcy-w-historii-ludzkosci/
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 3–4, 2–39.
- Lazarus, R.S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141–169. <https://doi.org/10.1002/per.2410010304>
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234–247. <https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00002>
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Verlag.
- Lazarus, R.S., Launier, R. (1978). Stress-related transactions between person and environment. W: L.A. Pervin, M. Lewis (red.), *Perspectives in Interactional Psychology* (s. 287–327). Plenum.
- Linnarud, M. (1976). Lexical density and lexical variation – An analysis of the lexical texture of Swedish students' written work. *Studia Anglica Posnaniensia*, 7, 45–52.
- Łaguna, M., Trzebiński, J., Zięba, M. (2005). *KNS – Kwestionariusz Nadziei na Sukces*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Łosiak, W. (1994). *Dynamika emocji i radzenia sobie w stresie psychologicznym. Badania pacjentów chirurgicznych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Maj, K., Skarżyńska, K. (2020). *Społeczeństwo wobec epidemii: Raport z badań*. Fundacja im. Stefana Batorego. <https://www.batory.org.pl/wp-content/uploads/2020/04/Badanie-spoleczenstwo-wobec-epidemii-fin.pdf>
- Makowska, H., Poprawa, R. (2001). Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: G. Dolińska-Zygmunt, *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 71–102). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Marczewski, P. (2020). *Epidemia nieufności. Zaufanie społeczne w czasie kryzysu zdrowotnego*. Forum Idei. Fundacja im. Stefana Batorego. <https://www.batory.org.pl/wp-content/uploads/2020/08/Epidemia-nieufnosci.pdf>
- Masser, B.M., Ferguson, E., Thorpe, R., Lawrence, C., Davison, T.E., Hoad, V., Gossbell, I.B. (2021). Motivators of and barriers to becoming a COVID-19 convalescent plasma donor: A survey study. *Transfusion Medicine*, 31, 176–185. <https://doi.org/10.1111/tme.12753>
- Miller, M.A., Rahe, R.H. (1997). Life changes scaling for the 1990s. *Journal of Psychosomatic Research*, 43(3), 279–292. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(97\)00118-9](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(97)00118-9)
- Ministerstwo Zdrowia (2021). *Informacja o zgonach w Polsce w 2020 roku*. <https://www.gov.pl/attachment/489b7a0b-a616-4231-94c7-281c41d3aa30>
- More in Common (2021). *Wpływ COVID-19 na społeczeństwo: Polska*. <https://www.moreincommon.com/media/p4hmtcto/more-in-common-the-new-normal-poland-pl.pdf>
- MTV 24 (27 marca 2020). *Pytania dziennikarzy na Konferencji Premiera Mateusza Morawieckiego*. <https://youtu.be/Ms489DKOjX0>
- Myszka-Strychalska, L. (2021). O potrzebie wzmacniania relacji interpersonalnych w czasach pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 – doniesienia z badań

- z udziałem młodzieży akademickiej. *Resocjalizacja Polska*, 22, 601–621. <https://doi.org/10.22432/rp.421>
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (2021). *Ogólnopolskie Badanie Seroepidemiologiczne COVID-19 OBSER-CO, Raport z I tury badania*. <https://www.pzh.gov.pl/projekty-i-programy/obserco/raporty/>
- naTemat (1 lipca 2020). *Koronawirus jest w odwrocie – przypominamy wypowiedź premiera Morawieckiego z 1 lipca 2020 roku*. <https://youtu.be/mPrGWc307N8>
- Nogaś, M. (11 kwietnia 2020). Olga Tokarczuk: Coś nas testuje. Natura, Bóg, coś bezosobowego, przypadek mówi: „Sprawdzam!”. *Gazeta Wyborcza*, 86, 8–10.
- Nosal, C.S., Balcar, B. (2004). *Czas psychologiczny: wymiary, struktura, konsekwencje*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2012). Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych – objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost. *Psychiatria*, 9(1), 1–10.
- Okruszek, Ł., Aniszewska-Stańczuk, A., Piejka, A., Wiśniewska, M., Żurek, K. (2020). *Safe but lonely? Loneliness, mental health symptoms and COVID-19*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/9njps>
- Oleksiak, O. (16 marca 2020). *Zamknięcie Warszawy przez koronawirusa? Rzecznik komentuje*. 4Fun TV. <https://4fun.tv/news/zamkniecie-warszawy-koronawirus-granice-komentarz-rzecznik-prezydent-minister>
- Oleś, P. (1993). Zagadnienie stresu, kryzysu i radzenia sobie. *Roczniki Filozoficzne*, 41(4), 5–22.
- Olshansky, S. (1962). Chronic Sorrow: A response to having a mentally defective child. *Social Casework*, 4, 191–193.
- Omyła-Rudzka, M. (2022). *Zaufanie społeczne*. Komunikat z badań nr 37/2022. CBOS. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_037_22.PDF
- Orzeł, K. (29 października 2020). *Stan wyjątkowy? To fałszywe nagranie z marca 2020*. FakeNews.pl. <https://fakenews.pl/spoleczenstwo/stan-wyjatkowy-to-falszywe-nagranie-z-marca-2020/>
- Paluchowski, W.J. (1994). Komunikacja perswazyjna a reklama. *Ruch prawniczy, ekonomiczny i socjologiczny*, 56(2), 113–124.
- Paluchowski, W.J. (2000). Metodologiczne problemy analizy treści a wykorzystanie komputerów w badaniach jakościowych. W: M. Straś-Romanowska (red.), *Metody jakościowe w psychologii współczesnej* (s. 53–64). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Paluchowski, W.J. (2010). Komputerowa analiza narracyjności. Wybrane problemy metodologiczne. W: B. Bartosz, M. Straś-Romanowska, M. Żurko (red.), *Badania narracyjne w psychologii* (s. 53–81). ENETEIA.
- Paluchowski, W.J. (2021). Kalendarium pandemii (listopad 2019 – grudzień 2020). W: W.J. Paluchowski, L. Bakiera (red.), *Psychospołeczny obraz pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce* (s. 13–22). Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Paluchowski, W.J., Bakiera, L. (red.). (2021). *Psychospołeczny obraz pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce*. Wydawnictwo Naukowe UAM.

- Paluchowski, W.J., Hornowska, E., Jadczyk-Szumilo, T., Szumilo, E. (2021). Pierwsze dni pandemii COVID-19. Jak sobie radziliśmy ze stresem. W: W.J. Paluchowski, L. Bakiera (red.), *Psychospołeczny obraz pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce* (s. 23–44). Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Paluchowski, W.J., Ptaszyński, T. (2017). Metodologiczne problemy zbierania danych za pośrednictwem internetu (na przykładzie normalizacji kwestionariusza KONOP). W: W.J. Paluchowski (red.), *Diagnozowanie: wyzwania i konteksty* (s. 149–175). Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych UAM.
- Pankowski, K. (2020). *Jak się chroniliśmy – zachowania Polaków w pierwszych dniach epidemii*. Komunikat nr 42/2020. CBOS. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_042_20.PDF
- Park, L., Cohen, L.H., Murch, R. (1996). Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality*, 64, 71–105. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00815.x>
- Parker, J.D., Endler, N.S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6(5), 321–344. <https://doi.org/10.1002/per.2410060502>
- Parker, J.D., Endler, N.S., Bagby, R.M. (1993). If it changes, it might be unstable: examining the factor structure of the ways of coping questionnaire. *Psychological Assessment*, 5, 361–368. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.5.3.361>
- TVP Sport (5 kwietnia 2020). *Koronawirus a sport. Lista odwołanych oraz zawieszonych imprez i rozgrywek sportowych (aktualizacja)*. <https://sport.tvp.pl/46988536/koronawirus-a-sport-odwolane-zawody-sportowe-przelozone-zawody-sportowe-zawieszone-rozgrywki-z-powodu-koronawirusa-lista>
- Pasikowski, S. (2014). Opór indywidualny. Teorie, klasyfikacje i diagnozowanie w ujęciu psychologicznym. *Terazniejszość – Człowiek – Edukacja*, 68(4), 39–62.
- Pawińska, M., Zyzik, R. (2021). Pandemia jako wyzwanie behawioralne. *Policy Paper*, 1, Polski Instytut Ekonomiczny.
- Peltzman, S. (1975). The effects of automobile safety regulation. *Journal of Political Economy*, 83(4), 677–726. <https://doi.org/10.1086/260352>
- Peltzman, S. (1976). The effects of automobile safety regulation: Reply. *Accident Analysis and Prevention*, 8(2), 139–142. [https://doi.org/10.1016/0001-4575\(76\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0001-4575(76)90005-1)
- Popielski, K., Mamcarz, P. (2015). *Trauma egzystencjalna a wartości*. Difin.
- Poprawa, R., Lewandowska, B., Rokosz, M., Tabiś, K., Barański, M. (2020). *Basic Psychological Needs, Stress and Coping Strategies – A Comparative Analysis of PreEpidemic and Epidemic Experiences*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/8m6wy>
- Potocki, M. (14 kwietnia 2020). *Także święta religijne są na kwarantannie*. GazetaPrawna.pl. <https://www.gazetaprawna.pl/wiadomosci/artykuly/1468954.pandemia-koronawirusa-swieta-religijne-wielkanoc-droga-krzyzowa.html>
- Rogalewicz, M. (2021). *Dane epidemiologiczne w Polsce*. https://www.hiv-aids.edu.pl/uploads/610a3b2372535_DaneepidemiologicznepolscePZHiKCAIDS2019.pdf
- Rogalski, M. (2021). *COVID-19 w Polsce*. <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1ie-rEhD6gcq51HAM433knjVwey4ZE5DCnu1bW7PRG3E/edit#gid=1309014089>
- Roguska, B. (2020a). *Ocena działań rządu w okresie epidemii*. Komunikat nr 55/2020. CBOS. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_055_20.PDF

- Roguska, B. (2020b). *Rząd wobec epidemii – oceny w pierwszej połowie listopada*. Komunikat nr 146/2020. CBOS. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_146_20.PDF
- Rokosz, M., Poprawa, R., Lewandowska, B., Tabiś, K., Barański, M. (2021). Analiza zmian w zakresie zaspokojenia i frustracji podstawowych potrzeb psychologicznych oraz stresu i radzenia sobie z nim w pierwszych miesiącach pandemii COVID-19 w 2020 roku wśród kobiet. *Polskie Forum Psychologiczne*, 26(3), 330–348. <https://doi.org/10.34767/PFP.2021.03.06>
- Różańska-Gambal, B. (2008). Występowanie epidemii ospy prawdziwej na świecie od czasów starożytnych po współczesne. *Medycyna Nowożytna: studia nad kulturą medycyną*, 15(1–2), 31–59.
- Rzecznik Praw Obywatelskich (7 kwietnia 2020). *RPO do Ministra Środowiska ws. wstępu do lasów*. <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/RPO%20do%20Ministra%20Środowiska%20ws%20wstępu%20do%20lasów%2C%207.04.2020.pdf>
- Rzecznik Praw Obywatelskich (10 maja 2021). *Jak Rzecznik Praw Obywatelskich wyjaśnił sprawę wyborów kopertowych w 2020 r. i co udało się mu ustalić?* <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rzecznik-praw-obywatelskich-i-wybory-kopertowe>
- Schneider, Z. (2021). Dlaczego wierzymy w fake newsy? Techniki wpływu społecznego i dezinformacja w dobie pandemii COVID-19. *Zagadnienia Rodzajów Literackich*, 64(1), 161–174. <https://doi.org/10.26485/ZRL/2021/64.1/11>
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (11 grudnia 2020). *Interpelacje, zapytania, pytania i oświadczenia poselskie*. <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/interpelacje.xsp>
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej (28 stycznia 2021). *Interpelacja nr 16471 do ministra zdrowia w sprawie badań klinicznych nad SARS-CoV-2*. <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=BWEDES>
- Selye, H. (1960). *Stres życia*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Serwis Rzeczypospolitej Polskiej (31 stycznia 2023). *Polski Bon Turystyczny – dla dziecka*. <https://www.gov.pl/web/gov/polski-bon-turystyczny---dla-dziecka>
- Sęk, H. (2001). *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Seria: *Wykłady z Psychologii* (t. 5). Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sęk, H., Cieślak, R. (red.). (2011). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Silverman, D. (2009a). *Interpretacja danych jakościowych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Silverman, D. (2009b). *Prowadzenie badań jakościowych*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- 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). Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J., Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Sobolewski, A., Strelau, J., Zawadzki, B. (1999). Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZŻ): Polska adaptacja kwestionariusza „Recent Life Changes Questionnaire” (RLCQ) R. H. Rahe’a. *Przegląd Psychologiczny*, 42(3), 27–49.
- stadt. 1.3. (beta). (17 maja 2022). *Program STADT (Simple Text Analysis and Dictionary Tools)*. <http://analiza-tresci.po-godzinach.info/download.html>

- Standerski, D., Wojtowicz, A. (2020). *Koronawirus. Gospodarka wstrzymuje oddech*. Fundacja Kaleckiego.
- Stanisławski, K. (2022). *The Coping Circumplex Model: A Theoretical Synthesis of Coping Constructs and Its Empirical Verification*. Wydawnictwo Naukowe UKSW.
- Studen, S., Janowski, K. (2016). Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Roczniki Psychologiczne*, 19(3), 549–565. https://www.kul.pl/files/1479/193/roczniki_psychologiczne_20163_art_pl_s_studen.pdf
- Szczepaniak, K. (2012). Zastosowanie analizy treści w badaniach artykułów prasowych – refleksje metodologiczne. *Acta Universitatis Lodzianis, Folia Sociologica*, 42, 83–112.
- Talic, S., Shah, S., Wild, H., Gasevic, D., Maharaj, A., Ademi, Z., Li, X., Xu, W., Mesa Eguagaray, I., Rostron, J., Theodoratou, E., Zhang, X., Motee, A., Liew, D., Ilic, D. (2021). The effectiveness of non-pharmaceutical interventions in reducing SARS-CoV-2 transmission and COVID-19 incidence and mortality: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 375, 1–12. https://www.pure.ed.ac.uk/ws/portalfiles/portal/241291623/bmj_2021_068302.full.pdf10.1136/bmj-2021-068302
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2007). Podejście kliniczne do wzrostu po wydarzeniach traumatycznych. W: S. Joseph, P.A. Linley (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 230–248). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Terelak, J.F. (2009). Pismo Święte jako źródło mądrości przednaukowej w zakresie radzenia sobie ze stresem na przykładzie Księgi Hioba: Studium przypadku. W: J. Krokos, M. Ryś (red.), *Czy rozum jest w konflikcie z wiarą? W X rocznicę ogłoszenia Encykliki „Fides et ratio”* (s. 283–304). Wydawnictwo Instytutu Papieża Jana Pawła II.
- Terelak, J.F. (2017). *Stres życia. Perspektywa psychologiczna*. Wydawnictwo Naukowe UKSW.
- The Policy Institute (2022). *Report by PERITIA. Policy, expertise and trust. Public attitudes towards national government and other institutions*. King's College.
- Tomaszewski, T. (1984). *Ślady i wzorce*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- TVP Info (8 października 2020). *Premier Morawiecki: Od 10 października wprowadzamy zasady strefy żółtej na terenie całego kraju*. https://youtu.be/ZLNZLBWN_ng
- Tyszkiewicz, A. (2020). Człowiek wobec pandemii na przykładzie hiszpanki: historia, prewencja, mity. *Medycyna Dydaktyka Wychowanie*, 3/4, 46–48.
- Ulanowski, T. (24 maja 2022). Więcej ofiar niż w Polsce tylko w Bułgarii. Pandemia wystawiła rachunek. *Gazeta Wyborcza*.
- Ure, J. (1971). Lexical density and register differentiation. W: G. Perren, J.L.M. Trim (red.), *Applications of Linguistics* (s. 443–452). Cambridge University Press.
- Viglione, G. (2020). Are women publishing less during the pandemic? Here's what the data say. *Nature*, 581(7809), 365–366. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01294-9>
- WHO (2018). *Managing epidemics: key facts about major deadly diseases*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272442>
- WHO (2020). *Pandemic fatigue. Reinvigorating the public to prevent COVID-19. Policy framework for supporting pandemic prevention and management*. <https://iris.who.int/>

- who.int/bitstream/handle/10665/337574/WHO-EURO-2020-1573-41324-56242-eng.pdf?sequence=1
- WHO (2022). *COVID-19 Weekly Epidemiological Update*. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20220525_weekly_epi_update_93.pdf?Sfvrnsn=e8162ad9_7&download=true
- Wikipedia (8 grudnia 2022). *Dżuma Justyniana*. https://pl.wikipedia.org/wiki/D%C5%BCuma_Justyniana
- Wilk, S. (2018). Sposoby radzenia sobie z sytuacją klęski żywiołowej. Studium dostosowania się osób do powodzi w 2010 roku. *Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje*, 41(2), 107–119.
- Witkowska, E., Zawadzki, B. (2009). Podobieństwo rodzinne, nasilenia objawów PTSD i jego uwarunkowania u ofiar powodzi. W: J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy – uwarunkowania i terapia* (s. 291–317). Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Włodarczyk, W.C. (2020). Uwagi o pandemii COVID-19 w Polsce. Perspektywa polityki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(2), 126–148.
- Worldometer (2021). *Covid-19 Coronavirus Pandemic*. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- Worldometer (2022). *Covid-19 Coronavirus Pandemic*. <https://www.worldometers.info/coronavirus>
- Worldometer (2023). *Covid-19 Coronavirus Pandemic – Poland*. <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/poland/>
- wyborcza.pl (13 marca 2020). *Tak koronawirus zmienił nasze życie w Polsce: opuszczone centra miast i galerie handlowe, puste metro w Warszawie, kolejki w aptekach i dużych sklepach, większość ludzi przed komputerami*. <https://wyborcza.pl/56,140981,25786094,polska-w-czasach-zarazy.html>
- Wypych-Ślusarska, A., Kraus, J. (2022). Attitudes of health care workers towards the COVID-19 pandemic. *Medycyna Środowiskowa*, 25(1–2), 21–27. <https://doi.org/10.26444/ms/150369>
- Zaborek, Ł. (2014). Znaczenie czynników osobowościowych i środowiskowych w radzeniu sobie z katastrofą: badanie powodzi. *Roczniki Psychologiczne*, 17(4), 793–805.
- Zawadzki, B., Strelau, J. (2008). Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu. *Nauka*, 2, 47–55.
- Zięba, M., Wiecheć, K., Biegańska-Banaś, J., Mieleśczenko-Kowszewicz, W. (2019). Coexistence of Post-traumatic Growth and Post-traumatic Depreciation in the Aftermath of Trauma: Qualitative and Quantitative Narrative Analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 687. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00687>
- Zimbardo, P.G., Boyd, J.N. (2009). *Paradoks czasu*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zychowicz, I., Halista-Telus, E. (2021). Poczucie bezpieczeństwa i zaufania społecznego w obliczu pandemii. *Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka*, 2, 91–105. <https://doi.org/10.48269/2451-0718-btip-2021-2-005>
- Żmijewski, O. (2021). Wpływ COVID-19 na polityki wewnętrzne wybranych państw. *Acta Politica Polonica*, 2(52), 79–88.

Załącznik. Klucz kategoryzacyjny do wyszukiwania oraz wyrażenia regularne

bezpiecz\w*=BEZPIECZEŃSTWO
dba[ł]o\w*=BEZPIECZEŃSTWO
nie ma\w* problem\w*=BEZPIECZEŃSTWO
ostro[zż]n\w*=BEZPIECZEŃSTWO
dzie[ćc]\w*=BLISCY
rodzi\w*=BLISCY
blisk\w*=BLISCY
dom\w*=BLISCY
kontakt\w*=BLISCY
najbli[zż]\w*=BLISCY
senior\w*=BLISCY
lekcj\w*=EDUKACJA
nau[ck]\w*=EDUKACJA
szk[oó][łł]\w*=EDUKACJA
uczeln\w*=EDUKACJA
bezradn\w*=EMOCJA NEGATYWNA
depres\w*=EMOCJA NEGATYWNA
łęk\w*=EMOCJA NEGATYWNA
najgorsz\w*=EMOCJA NEGATYWNA
niepok\w*=EMOCJA NEGATYWNA
obaw\w*=EMOCJA NEGATYWNA
panik\w*=EMOCJA NEGATYWNA
smut\w*=EMOCJA NEGATYWNA
strach\w*=EMOCJA NEGATYWNA
przera[zżż]\w*=EMOCJA NEGATYWNA
gospodar\w*=GOSPODARKA
lockdown\w*=GOSPODARKA
mas[ek]\w*=MASECZKI
sanitarn\w*=MASECZKI
r[eę]kawic\w*=MASECZKI
dystans\w*=MASECZKI
izol[ao]\w*=MASECZKI
higien\w*=MASECZKI
liczb\w*\sos[oó]b=MASECZKI
dezinform\w*=PROPAGANDA
nielogicz\w*=PROPAGANDA
g[łł]upot\w*=PROPAGANDA
bezpraw\w*=OPRESYJNOŚĆ
bezpodstaw\w*=OPRESYJNOŚĆ
ca[łł]kowi\w*=OPRESYJNOŚĆ
długotrwa\w*=OPRESYJNOŚĆ

izol[ao]\w*=OPRESYJNOŚĆ
konieczn\w*=OPRESYJNOŚĆ
limit\w*=OPRESYJNOŚĆ
mandat\w*=OPRESYJNOŚĆ
narzuc\w*=OPRESYJNOŚĆ
nakaz\w*=OPRESYJNOŚĆ
niemo[zż]n\w*=OPRESYJNOŚĆ
obowiąz\w*=OPRESYJNOŚĆ
ogranicze\w*=OPRESYJNOŚĆ
policj\w*=OPRESYJNOŚĆ
policyn\w*=OPRESYJNOŚĆ
polity\w*=OPRESYJNOŚĆ
poruszan\w*=OPRESYJNOŚĆ
przymus\w*=OPRESYJNOŚĆ
\w*usza\w*=OPRESYJNOŚĆ
rząd\w*=OPRESYJNOŚĆ
w[lł]adz\w*=OPRESYJNOŚĆ
trud\w*=OPRESYJNOŚĆ
wyklucz\w*=OPRESYJNOŚĆ
zabr[ao]\w*=OPRESYJNOŚĆ
zakaz\w* w[ey][jc]\w*=OPRESYJNOŚĆ
zamkni[eę]\w*=OPRESYJNOŚĆ
zamyka\w*=OPRESYJNOŚĆ
zagr[ao][zż]\w*=OPRESYJNOŚĆ
zakaz\w* wst[eę]p\w*=OPRESYJNOŚĆ
prac\w*=PRACA
zdaln\w*=PRACA
bieg\w*=REKREACJA FIZYCZNA
fizyczn\w*=REKREACJA FIZYCZNA
las\w*=REKREACJA FIZYCZNA
ogr[oó]d\w*=REKREACJA FIZYCZNA
park\w*=REKREACJA FIZYCZNA
podróż\w*=REKREACJA FIZYCZNA
powietrz\w*=REKREACJA FIZYCZNA
rekreacj\w*=REKREACJA FIZYCZNA
rower\w*=REKREACJA FIZYCZNA
si[lł]ow\w*=REKREACJA FIZYCZNA
spacer\w*=REKREACJA FIZYCZNA
sport\w*=REKREACJA FIZYCZNA
uprawia\w*=REKREACJA FIZYCZNA
wyjazd\w*=REKREACJA FIZYCZNA
kin\w*=REKREACJA INNA
gastronomi\w*=REKREACJA INNA
hotel\w*=REKREACJA INNA
imprez\w*=REKREACJA INNA

kawiarni\w*=REKREACJA INNA
kultur\w*=REKREACJA INNA
restauracj\w*=REKREACJA INNA
teatr\w*=REKREACJA INNA
wyj[śss]\w*=REKREACJA INNA
[śss]wi[eę]t\w*=RELIGIA
kości[oó]łw*=RELIGIA
msz[ae]\w*=RELIGIA
brak\w* kontakt\w*=SZKODA
brak\w* mo[zż]liwo\w*=SZKODA
kryzys\w*=SZKODA
rezygnacj\w*=SZKODA
rozł[aą]k\w*=SZKODA
utrata\w*=SZKODA
utrud\w*=SZKODA
mo[żż]liwo\w*=WOLNOŚĆ
ograniczen\w*=WOLNOŚĆ
swob[oó]d\w*=WOLNOŚĆ
wolno[śss]\w*=WOLNOŚĆ
noszen\w*=ZDROWIE
co[wv]id\w*=ZDROWIE
epidem\w*=ZDROWIE
higien\w*=ZDROWIE
kwarantann\w*=ZDROWIE
lekar\w*=ZDROWIE
my[cć]\w*=ZDROWIE
ochron\w*=ZDROWIE
pandemi\w*=ZDROWIE
sanitarn\w*=ZDROWIE
szczepie\w*=ZDROWIE
szczepion\w*=ZDROWIE
szpital\w*=ZDROWIE
zdrow\w*=ZDROWIE
żadn\w*=ŻADNYMI
galeri\w*=ŻYCIE CODZIENNE
godzin\w*=ŻYCIE CODZIENNE
handlow\w*=ŻYCIE CODZIENNE
komunikac\w*=ŻYCIE CODZIENNE
kurier\w*=ŻYCIE CODZIENNE
mieszka\w*=ŻYCIE CODZIENNE
sklep\w*=ŻYCIE CODZIENNE
wychodz\w*=ŻYCIE CODZIENNE
zakup\w*=ŻYCIE CODZIENNE
hand[el]\w*=ŻYCIE CODZIENNE
pomieszczeni\w*=ŻYCIE CODZIENNE

os[ó]b\w*=ŻYCIE SPOŁECZNE
masowy\w*=ŻYCIE SPOŁECZNE
spo[ł]eczn\w*=ŻYCIE SPOŁECZNE
zachowani\w*=ŻYCIE SPOŁECZNE
zgrupowani\w*=ŻYCIE SPOŁECZNE
odst[ę]p\w*=ŻYCIE SPOŁECZNE
inn\w*=ŻYCIE SPOŁECZNE
lud[zł]\w*=ŻYCIE SPOŁECZNE
dystans\w*=ŻYCIE TOWARZYSKIE
przyjaci\w*=ŻYCIE TOWARZYSKIE
skupisk\w*=ŻYCIE TOWARZYSKIE
spotka\w*=ŻYCIE TOWARZYSKIE
towarzysk\w*=ŻYCIE TOWARZYSKIE
znajom\w*=ŻYCIE TOWARZYSKIE
z\w* wszystkim=WSZYSTK

●

NOTY BIOGRAFICZNE

● ● ●

Władysław Jacek Paluchowski

Profesor nauk humanistycznych w zakresie psychologii. Zainteresowania naukowe: diagnozowanie w psychologii, metody diagnozy osobowości, analiza treści, pracoholizm, etyka zawodu psychologa. Autor wielu publikacji książkowych, ponad 70 rozdziałów w monografiach oraz 50 artykułów w czasopismach naukowych.

Kierownik i członek zespołu realizującego badania nad Kwestionariuszem objawowym nadmiernego obciążania się pracą (KONOP). Założyciel i redaktor naczelnny czasopisma *Testy psychologiczne w praktyce i badaniach*.

Członek Komisji Etyki ds. Projektów Badawczych Instytutu Psychologii UAM (2004–2019) i WPiK UAM (2019–2022) oraz Komisji Etycznej UAM ds. badań naukowych prowadzonych z udziałem ludzi (od 2014 roku). Współzałożyciel Ogólnopolskiej Sekcji Diagnozy PTP i członek Zarządu Ogólnopolskiej Sekcji Diagnozy PTP (w latach 2012–2015); współtwórca opracowania *Standardy diagnozy psychologicznej*. Członek i przewodniczący Komisji Testów Komitetu Psychologii PAN (w latach 2012–2018).

Elżbieta Hornowska

Profesor nauk humanistycznych w zakresie psychologii. Specjalizuje się w psychometrii i teorii testów. Autorka licznych publikacji z zakresu psychometrii oraz metodologii badań psychologicznych. Przewodnicząca Komisji i Etyki ds. Projektów Badawczych Instytutu Psychologii UAM (2004–2019) i WPiK UAM (2019–2022). Członek zespołu realizującego wiele projektów badawczych, m.in. polską adaptację Skali Inteligencji dla Dorosłych Davida Wechslera, polską wersję skali *Temperament and Character Inventory* (TCI) Roberta Cloningera czy adaptację narzędzi do diagnozy jakości otoczenia fizycznego i społecznego dzieci w wieku od 6. do 36. miesiąca życia. Ekspert m.in. w projekcie realizowanym przez Ministerstwo Pracy i Gospodarki pt. *Konstrukcja nowej metody do badania zainteresowań zawodowych*. Kierownik projektu dotyczącego możliwości zastosowania testów psychometrycznych w obszarze uzależnienia od narkotyków, realizowanego we współpracy z Komitetem ds. Zapobiegania Narkomanii.

Piotr Haładziński

Wykładowca w Zakładzie Osobowości Wydziału Psychologii i Kognitywistyki UAM. Zainteresowania naukowe: techniki kwestionariuszowe – konstrukcja, adaptacja oraz procesy poznawcze i motywacyjne uruchamiane podczas badania, pracobolizm. Członek zespołu realizującego badania nad Kwestionariuszem objawowym nadmiernego obciążania się pracą (KONOP), współautor publikacji z zakresu konstrukcji i adaptacji kwestionariuszy. Prowadzi zajęcia: Diagnostyka psychologiczna dla studentów psychologii.

Tomasz Ptaszyński

Wykładowca w Zakładzie Podstaw Badań Psychologicznych Wydziału Psychologii i Kognitywistyki UAM. Specjalizuje się w problematyce metodologicznych problemów zbierania danych za pośrednictwem Internetu oraz metod grupowania danych. Prowadzi zajęcia: Metodologia nauk psychologicznych ze statystyką dla studentów psychologii i kognitywistyki oraz nauk politycznych.

Marzenna Zakrzewska

Doktor nauk humanistycznych w zakresie psychologii. Wykładowca w Zakładzie Podstaw Badań Psychologicznych Wydziału Psychologii i Kognitywistyki UAM. Specjalizuje się w problematyce analizy czynnikowej w budowaniu i sprawdzaniu modeli psychologicznych, konstrukcji psychologicznych narzędzi badawczych oraz metodologii badań społecznych. Członek zespołu realizującego polską adaptację Skali Inteligencji dla Dorosłych Davida Wechslera czy polską wersję skali *Temperament and Character Inventory* (TCI) Roberta Cloningera. Prowadzi zajęcia: Metodologia nauk psychologicznych ze statystyką dla studentów psychologii i kognitywistyki.

[...] Raport o doświadczeniu stresu związanego z pandemią COVID-19, tego, co go w rzeczywistości warunkowało, o radzeniu sobie z nim oraz jego efektach to niewątpliwie ważna praca. Wyjątkowo cenne są nowoczesna metodologia analiz otwartych wypowiedzi badanych, porównanie doświadczeń dwóch faz pandemii i to, że przebadano sporą, chociaż nie-reprezentatywną próbę Polek i Polaków w czasie trwania pandemii. Szczególnie wartościowe są rzetelne i wnikliwe opisy uwarunkowań stresu związanego z pandemią COVID-19. Pokazanie tych uwarunkowań na tle kalendarium wydarzeń tamtego okresu, stosowanych interwencji niefarmaceutycznych oraz zmian w opiniach i zaufaniu społecznym.

dr hab. prof. UW Ryszard Poprawa

W omawianych [...] badaniach starano się uchwycić dwie uzupełniające się strony: strategię radzenia sobie ze stresem pandemicznym oraz jego percepcje. Zdecydowano, że ważnym problemem będzie stosunek osób uczestniczących w badaniu do wprowadzanych ograniczeń. [...] Nie da się na tej podstawie dokonywać sensownych predykcji co do zachowań ludzi, bo to dopiero początek ewentualnego trendu. Można jednak opisać fenomen ich zachowania się w obliczu niespodziewanej katastrofy.

Ze Wstępu

ISBN 978-83-66983-33-5 (numer tomu 20)

ISBN 978-83-66983-22-9 (numer kolekcji)