

RAPORT Z BADAŃ

WPŁYW PANDEMII COVID-19 NA ZACHOWANIA, POSTAWY I DOBROSTAN POLAKÓW

Katarzyna Hamer*, Maria Baran**

*Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie,
khamer@psych.pan.pl

**Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS w Warszawie,
mbaran@swps.edu.pl



Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk

UNIWERSYTET
SWPS



ariadna
ogólnopolski panel badawczy

Pandemia trwa już w Polsce niemal rok. Co się przez ten czas zmieniło? Czy dalej w takim samym stopniu boimy się koronawirusa? Czego konkretnie się obawiamy i w jaki sposób obawy te zmieniały się na przestrzeni 10 miesięcy, między marcem a grudniem 2020 roku? Jak wygląda teraz nasze samopoczucie? Jak zmieniało się nasze zachowanie: stosowanie się do zaleceń oraz strategie radzenia sobie ze stresem?

W raporcie odpowiemy na te pytania i przedstawimy porównanie wyników badania przeprowadzonego czterokrotnie w 2020 roku w: marcu, kwietniu, na przełomie maja i czerwca oraz w grudniu na ogólnopolskiej próbie Polaków.

METODA

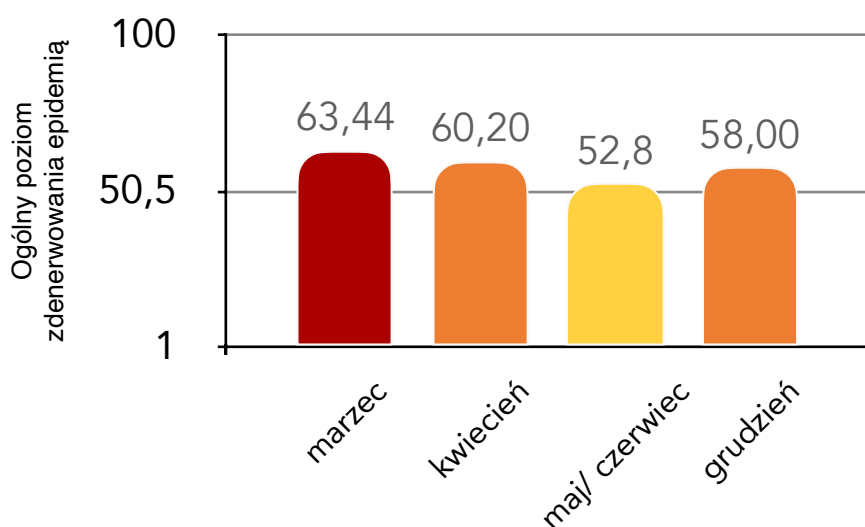
Nasze badanie zostało zrealizowane metodą CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*, tj. wspomagany komputerowo wywiad online) na próbie ogólnopolskiej w schemacie podłużnym, co oznacza, że czterokrotnie wracaliśmy do tych samych uczestników badania. Wyjściowa próba objęła 1098 osób w wieku od 18 roku życia i została dobrana metodą losowo-kwotową. Kwoty zostały dobrane według reprezentacji Polaków dla płci, wieku i wielkości miejsca zamieszkania. Badanie zostało zrealizowane na Ogólnopolskim panelu badawczym Ariadna. Charakterystykę próby podano w tabeli 1.

Tabela 1. *Termin realizacji poszczególnych etapów badania, liczebność próby w danym etapie i suma potwierdzonych zachorowań oraz śmierci w wyniku COVID-19 w czasie realizacji danego etapu*

TERMIN REALIZACJI BADANIA	PRÓBA BADAWCZA	SUMA POTWIERDZONYCH ZACHOROWAŃ (oraz ŚMIERCI) POWIĄZANYCH Z COVID-19
MARZEC 2020 (23-24)	N = 1098	749 (8) - 23 marca
KWIECIEŃ 2020 (8-10)	N = 868	5 341 (164) - 9 kwietnia
MAJ 2020 (20 V-1 VI)	N = 794	19 739 (962) - 20 maja
GRUDZIEŃ 2020 (4-15 XII)	N = 807	1 054 273 (19 861) - 5 grudnia

OGÓLNY POZIOM ZDENERWOWANIA EPIDEMIA

Uczestnicy badania czterokrotnie mieli odnieść się do stwierdzenia: „W sumie mój poziom zdenerwowania tą całą sytuacją epidemii koronawirusa oceniam na: [zaznacz na skali od 1 do 100]”. Ogólny poziom zdenerwowania Polaków był dość wysoki na początku pandemii, w kwietniu odnotowano istotny statystycznie, ale niewielki spadek ($M^1 = 63,44$ w marcu do $M = 60,47$ w kwietniu). Na przełomie maja i czerwca poziom zdenerwowania spadł istotnie statystycznie i był najniższy porównaniu z pozostałymi miesiącami, potem w grudniu wzrósł znowu do poziomu z kwietnia (wykres 1).



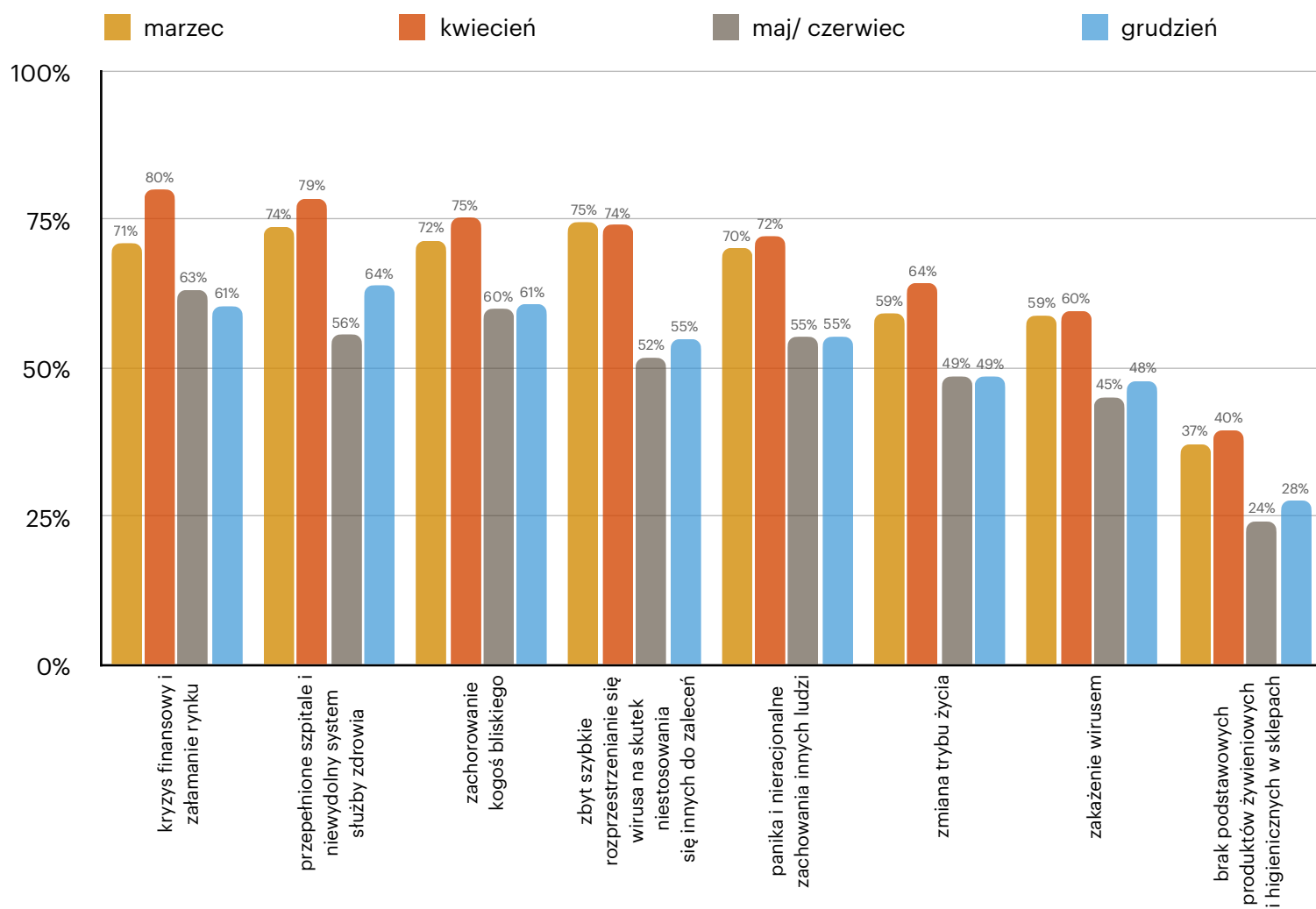
Wykres 1. Ogólny poziom zdenerwowania epidemią w marcu, kwietniu, na przełomie maja i czerwca oraz w grudniu 2020 roku.

CZEGO KONKRETNIE SIĘ BALIŚMY I W JAKI SPOSÓB OBAWY TE ZMIENIAŁY SIĘ NA PRZESTRZENI 2020 ROKU?

Aby poznać źródła obaw Polaków związanych z epidemią oraz dowiedzieć się, jak te obawy zmieniały się w czasie, czterokrotnie na przestrzeni 2020 roku prosiliśmy uczestników badania o odpowiedź na pytania dotyczące tego na ile obawiają się: *zakażenia wirusem, zachorowania kogoś bliskiego, kryzysu finansowego i załamania rynku, paniki i nieracjonalnych zachowań innych ludzi, zmiany trybu życia, braku*

¹ M oznacza średni wynik.

podstawowych produktów żywnościowych i higienicznych w sklepach, przepełnionych szpitali i niewydolnego systemu zdrowia oraz zbyt szybkiego rozprzestrzeniania się wirusa na skutek niestosowania się innych do zaleceń (autorska Skala Obaw Związanych z Koronawirusem, Hamer i in., 2020a). Osoby udzielały odpowiedzi na 5-cio stopniowej skali przyjmującej wartości od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam). Przedstawione niżej w tekście i na wykresie 1 liczby oznaczają procent² uczestników badania, którzy na dane pytanie o obawy odpowiadali „zdecydowanie się zgadzam” lub „raczej się zgadzam”.



Wykres 2. Procent uczestników badania wyrażających konkretne obawy (odpowiadających na dane pytanie „Zdecydowanie się zgadzam” lub „Raczej się zgadzam”), mierzone we wszystkich czterech etapach badania: w marcu, kwietniu, na przełomie maja i czerwca i w grudniu 2020 roku.

² Na wykresie i w opisie wyników prezentujemy procenty, ale różnice pomiędzy etapami badania i różnice wewnątrz poszczególnych etapów były testowane na średnich z wykorzystaniem analiz statystycznych. Na wykresie przedstawione są obawy, o które pytaliśmy czterokrotnie. W kolejnych etapach badania pojawiały się nowe pytania - te omówione są w tekście.

W marcu obawy Polaków w związku z koronawirusem dotyczyły najsilniej czterech obszarów: zbyt szybkiego rozprzestrzeniania się wirusa, ponieważ inni ludzie mogą się nie stosować do zaleceń (75%), przepełnionych szpitali i niewydolnego systemu służby zdrowia (74%), zachorowania kogoś bliskiego (72%) i kryzysu finansowego (71%). Okazało się, że obawa przed zachorowaniem bliskich osób jest wyższa niż ta, że my sami zachorujemy (59%).

W kwietniu wśród obaw Polaków na plan pierwszy wysunął się istotnie statystycznie kryzys finansowy (80%). Dopiero na kolejnych miejscach znalazły się przepełnione szpitale i niewydolny system ochrony zdrowia (79%), zachorowanie kogoś bliskiego (75%), pogorszenie sytuacji finansowej bliskich osób (75%, niebadane w marcu), zbyt szybkie rozprzestrzenianie się wirusa (74%) oraz panika i nieracjonalne zachowania innych (72%). Ponownie okazało się, że obawa przed zachorowaniem bliskich osób jest wyższa niż ta, że my sami zachorujemy (60%). Identycznie było z obawą przed pogorszeniem stanu finansów: bardziej baliśmy się pogorszenia się sytuacji finansowej bliskich osób (75%) niż pogorszenia własnej sytuacji (69%, niebadane w marcu). 62% Polaków bało się możliwości wprowadzenia dyktatury (niebadane w marcu) i ograniczenia swobód obywatelskich (niebadane w marcu).

Na przełomie maja i czerwca zdecydowanie zmniejszyły się wszystkie obawy, od kryzysu finansowego, którego wtedy obawiało się 63% Polaków, przez przepełnione szpitale i niewydolny system ochrony zdrowia (56%), zachorowanie kogoś bliskiego (60%), pogorszenie sytuacji finansowej bliskich osób (59%), zbyt szybkie rozprzestrzenianie się wirusa (52%) oraz panikę i nieracjonalne zachowania innych (55%). Na przełomie maja i czerwca zakażenia koronawirusem obawiało się już tylko 45% Polaków. 65% Polaków obawiało się problemów z dostępem do lekarzy w sprawach niezwiązanych z epidemią (badanie po raz pierwszy w tym etapie), 64% Polaków obawiało się nasilenia innych problemów zdrowotnych, zaniedbywanych przez walkę z koronawirusem (badane po raz pierwszy w tym etapie). 59% uczestników zgodziło się ze stwierdzeniem *Boję się, że przez walkę z koronawirusem zabraknie pieniędzy na rozwiązywanie innych polskich problemów, takich jak np. ratowanie gospodarki, pomoc najbiedniejszym, edukacja* (badane po raz pierwszy w tym etapie). 58% Polaków bało się ograniczenia swobód obywatelskich, a 57% obawiało się możliwości wprowadzenia dyktatury. 52% Polaków obawiało się, że walka z koronawirusem odwraca uwagę od innych problemów globalnych, takich jak nieprzestrzeganie praw człowieka, np. praca niewolnicza w biedniejszych krajach (niebadane w kwietniu).

W grudniu obawy pozostawały na poziomie z przełomu maja i czerwca, ale na plan pierwszy wysunęła się obawa o kwestie zdrowotne niezwiązane z COVID-19 (69% uczestników zgodziło się ze stwierdzeniem *Obawiam się problemów z dostępem do lekarzy w sprawach niezwiązanych z epidemią*; 68% uczestników zgodziło się ze stwierdzeniem *Boję się, że przez walkę z koronawirusem nasilą się inne problemy zdrowotne, które teraz są zaniedbywane*). Problemy finansowe kraju były wtedy na drugim miejscu (61% uczestników zgodziło się ze stwierdzeniem *Obawiam się kryzysu finansowego i załamania rynku* a 60% ze stwierdzeniem *Boję się, że przez walkę z koronawirusem zabraknie pieniędzy na rozwiązywanie innych polskich problemów, takich jak np. ratowanie gospodarki, pomoc najbiedniejszym, edukacja*). Wciąż 58% Polaków bało się ograniczenia swobód obywatelskich, 56% - wprowadzenia dyktatury. 55% badanych obawiało się, że niektórzy ludzie nie zastosują się do zaleceń i wirus będzie rozprzestrzeniał się zbyt szybko, że sytuacja finansowa osób bliskich ucierpi podczas epidemii i że walka z koronawirusem odwraca uwagę od innych problemów globalnych, takich jak nieprzestrzeganie praw człowieka, np. praca niewolnicza w biedniejszych krajach. 54% bało się że dla ich bliskich zabraknie w szpitalu respiratora (badane po raz pierwszy w tym etapie). Ponownie okazało się, że obawa przed zachorowaniem bliskich osób (61%) była wyższa niż ta, że my sami zachorujemy (48%). Identycznie było z obawą przed tym, że zabraknie respiratora bliskim (54%) niż nam samym (48%, badane po raz pierwszy w tym etapie).

Ogólny poziom obaw związanych z epidemią zmierzaliśmy przez uśrednienie odpowiedzi uczestników badania na osiem pytań dotyczących obaw przedstawionych na początku raportu i na wykresie 2. Poziom obaw na początku epidemii w Polsce, a więc w marcu, był dość wysoki ($M = 3,88$) i utrzymał się na tym poziomie jeszcze w kwietniu ($M = 3,89$), po czym istotnie statystycznie obniżył się na przełomie maja i czerwca ($M = 3,50$). W grudniu poziom obaw nie różnił się istotnie statystycznie ($M = 3,53$) od poziomu odnotowanego na przełomie maja i czerwca.

W każdym z czterech etapów badania kobiety obawiały się epidemii w większym stopniu niż mężczyźni, a osoby starsze, a więc powyżej 55 roku życia - w większym stopniu niż młodszy (18-24 i 25-34 lata w marcu i w kwietniu oraz od wszystkich osób poniżej 55 roku życia na przełomie maja i czerwca oraz w grudniu). Osoby z wyższym wykształceniem obawiały się epidemii w większym stopniu niż osoby z wykształceniem podstawowym, ale różnice te pojawiły się tylko na samym początku pandemii, a więc w marcu - kiedy poziom obaw był najwyższy. W kolejnych etapach naszego badania nie było istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami o różnym poziomie wykształcenia.

Warto zauważyć, że poziom obaw Polaków istotnie zmniejszył się, podczas gdy z końcem 2020 roku wciąż zwiększała się liczba zachorowań i zgonów spowodowanych COVID-19. Może to być związane z wystąpieniem tzw. fazy odporności (Selye, 1974), a więc przyzwyczajeniem do stresującej sytuacji, która pomimo podejmowanych przez nas działań, nie zmienia się. Może to być też związane z rosnącą tendencją do stosowania strategii zaprzeczania (por. str. 16).

Fakt, że w większym stopniu obawialiśmy się zachorowania kogoś bliskiego czy pogorszenia sytuacji finansowej osoby bliskiej niż takich wydarzeń dotyczących nas samych mógłby wskazywać z jednej strony na wysoki poziom troski i empatii, a z drugiej - na zjawisko zwane nierealistycznym optymizmem (Doliński, 2020). Nierealistyczny optymizm to błędne przekonanie zgodnie z którym negatywne zdarzenia miałyby się częściej przytrafiać innym, niż nam samym. A więc możliwe jest, że nie doszacowujemy bezpośredniego ryzyka epidemii i myślimy, że większe prawdopodobieństwo zachorowania dotyczy innych. Doliński wraz ze współpracownikami (2020) dowiedli, że mężczyźni ulegają tej iluzji częściej niż kobiety, co może wiązać się z wynikiem naszego badania dotyczącym tego, że kobiety częściej niż mężczyźni przyznają się do odczuwania obaw związanych z COVID-19. Niższe przyznawanie się mężczyzn do obaw może być związane ze stereotypem męskości, który rzekomo 'powinien być odważny'. Z kolei wyższy poziom obaw u osób starszych może być związany z obiektywnymi danymi na temat cięższego przebiegu COVID-19 w tej grupie.

STOSOWANIE SIĘ DO ZALECEŃ

Poza poziomem obaw związanych z epidemią badaliśmy również deklaracje Polaków dotyczące tego, w jakim stopniu stosują się do zaleceń, których przestrzeganie miało ograniczyć rozprzestrzenianie się wirusa. Uczestnicy badania odpowiadali na pytania *Czy w związku z koronawirusem: dba Pan/i bardziej o higienę poza domem (np. mycie i/ lub odkażanie rąk), unika Pan/i zgromadzeń publicznych, stara się Pan/i przebywać w domu tak dużo jak to możliwe, trzyma Pan/i dystans ponad 1 metr w relacjach z innymi poza domem (np. w kolejce w sklepie), wita się Pan/i bez podawania dłoni, dba Pan/i o to, żeby zasłaniać usta podczas kichania i kasłania* (autorska Skala Stosowania się do Zaleceń, Hamer i in., 2020b) i udzielali odpowiedzi na 5-cio stopniowej skali przyjmującej wartości od 1 (zdecydowanie nie) do 5 (zdecydowanie tak). Liczby

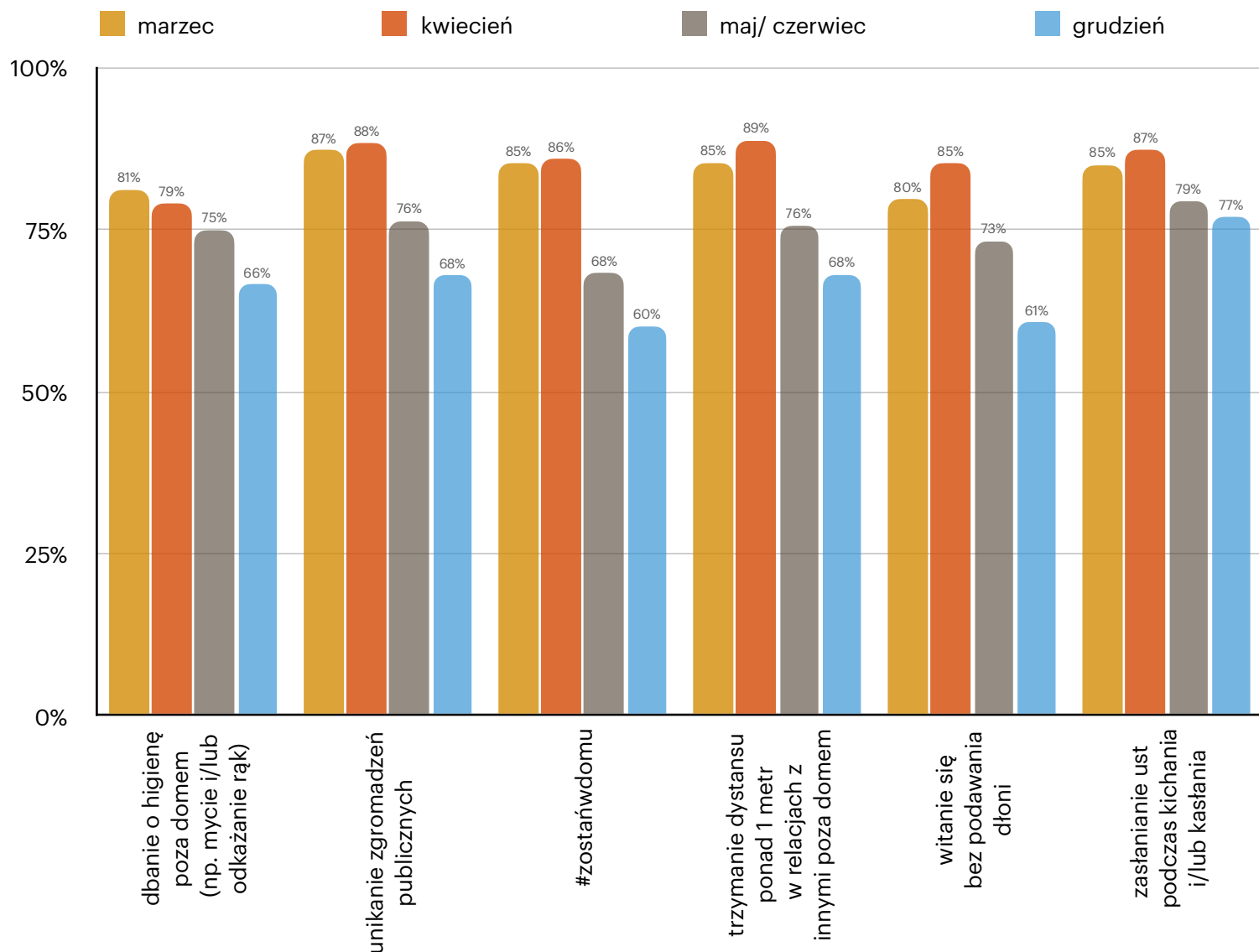
przedstawione niżej w tekście i na wykresie 3 oznaczają procent uczestników badania, którzy na dane pytanie o obawy odpowiadali „zdecydowanie tak” lub „raczej tak”.

W marcu w największym stopniu Polacy stosowali się do zaleceń dotyczących: unikania zgromadzeń publicznych (87%), utrzymywania dystansu powyżej 1 metra w relacjach z innymi poza domem (85%), zasłaniania ust podczas kichania i kasłania (85%) i przebywania w domu tak dużo jak to możliwe (85%). Istotnie statystycznie mniej, ale wciąż w wysokim stopniu Polacy deklarowali dbanie o higienę poza domem poprzez częstsze mycie rąk i/ lub ich odkażanie (81%) oraz witanie się bez podawania dłoni (80%). W kwietniu było podobnie, ale wtedy też pierwszy raz spytaliśmy o noszenie maseczek poza domem, które zadeklarowało 38% badanych.

Na przełomie maja i czerwca stosowanie się do wszystkich zaleceń spadło. Polacy w największym stopniu deklarowali zasłanianie ust podczas kichania i/ lub kasłania (79%), a w trochę mniejszym stopniu: unikanie zgromadzeń publicznych (76%), trzymanie dystansu ponad 1 metr w relacjach z innymi poza domem (76%) oraz dbanie o higienę poza domem (np. mycie i/ lub odkażanie rąk, 75%). W tym etapie badania przeformułowaliśmy pytanie o maseczki i uczestnicy badania reagowali na stwierdzenie *Czy w związku z koronawirusem nosi Pan/i maseczkę poza domem w taki sposób, żeby zakrywała i usta i nos?*: 72% badanych zadeklarowało, że tak. 33% badanych przyznało, że czasem opuszcza maseczkę na brodę, zsuwa ją z nosa albo całkiem zdejmuje, nawet gdy obok są inni ludzie.

W grudniu odnotowaliśmy dalszy spadek stosowania się do zaleceń. Najwięcej osób deklarowało dbanie o to, żeby zasłaniać usta podczas kichania i kasłania (77%). 73% badanych zadeklarowało, że nosi maseczkę tak, aby zakrywała i usta i nos. W mniejszym stopniu badani deklarowali utrzymywanie dystansu ponad 1 metr w relacjach z innymi poza domem (68%), unikanie zgromadzeń publicznych (68%) i dbanie o higienę poza domem np. poprzez mycie rąk i / lub ich odkażanie (66%). 28% badanych deklarowało, że zdarza się im zsuwać maseczkę z nosa lub opuszczać ją na brodę, nawet w pobliżu innych osób. Procent osób deklarujących stosowanie się do konkretnych zaleceń przedstawiony jest na wykresie 3³.

³ Na wykresie i w opisie wyników prezentujemy procenty, ale różnice pomiędzy etapami badania i różnice wewnątrz poszczególnych etapów były testowane na średnich z wykorzystaniem analiz statystycznych. Na wykresie przedstawione są zalecenia, o które pytaliśmy czterokrotnie. W kolejnych etapach badania pojawiały się nowe pytania - te omówione są w tekście.



Wykres 3. Procent uczestników badania deklarujących stosowanie się do konkretnych zaleceń (odpowiadających na dane pytanie „Zdecydowanie się zgadzam” lub „Raczej się zgadzam”), mierzone we wszystkich czterech etapach badania: w marcu, kwietniu, na przełomie maja i czerwca i w grudniu 2020 roku.

Ogólny poziom stosowania się do zaleceń zmierzaliśmy przez uśrednienie odpowiedzi uczestników badania na sześć pytań dotyczących zaleceń przedstawionych na początku rozdziału i na wykresie 3. Deklarowany poziom stosowania się do zaleceń na początku epidemii w Polsce, a więc w marcu, był bardzo wysoki ($M = 4,44$) i nie zmienił się istotnie statystycznie w kwietniu ($M = 4,46$). Na przełomie maja i czerwca stosowanie się do zaleceń istotnie statystycznie spadło ($M = 4,16$) a w grudniu osiągnęło najniższy poziom ($M = 3,97$). Może się to wiązać zarówno ze zmęczeniem sytuacją pandemii jak również z niskim poziomem zaufania społecznego (por. Hamer i in., w druku), a także nasilającą się popularnością strategii zaprzeczania (por. str. 16).

Okazało się, że do zaleceń w większym stopniu stosują się osoby starsze (powyżej 45 roku życia i starsze), kobiety, osoby o wyższym wykształceniu oraz o wyższym poziomie obaw dotyczących koronawirusa. Niższy poziom stosowania się do zaleceń deklarują osoby o niższym poziomie empatii oraz osoby w większym stopniu wierzące w spiski i nieprawdziwe informacje (tzw. fake newsy) dotyczące koronawirusa.

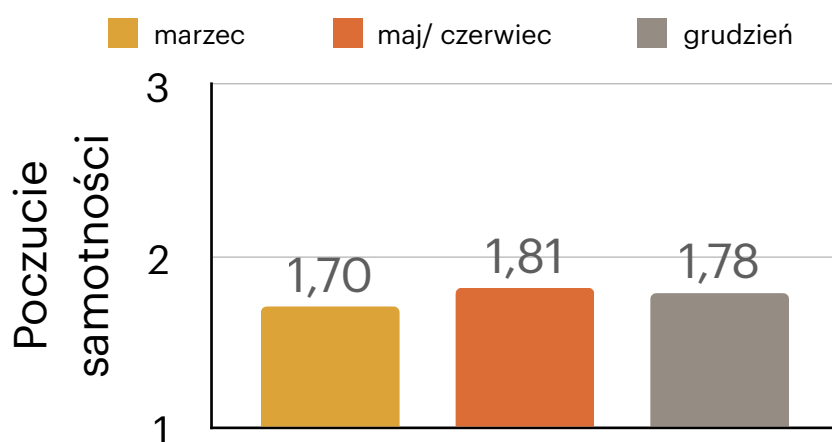
DOBROSTAN PSYCHICZNY

Aby dowiedzieć się, jak pandemia COVID-19 wpłynęła na dobrostan psychiczny Polaków, pytaliśmy uczestników badania o ich poczucie samotności, poziom dystresu (a więc natężenie symptomów lęku uogólnionego i depresji), zadowolenie z życia, poczucie kontroli i poczucie wsparcia społecznego.

POCZUCIE SAMOTNOŚCI

Poczucie samotności było mierzone Skalą Samotności Hughesa i współpracowników (2004) składającą się z trzech pozycji, np.: *Tak ogólnie, jak często odczuwa Pan/i brak towarzystwa innych ludzi?* Uczestnicy badania udzielali odpowiedzi na skali przyjmującej wartości od 1 (bardzo rzadko) do 3 (często).

Poczucie samotności istotnie statystycznie wzrosło na przełomie maja i czerwca ($M = 1,81$) w porównaniu z marcem ($M = 1,70$), potem w grudniu istotnie statystycznie obniżyło się ($M = 1,78$), ale wciąż było istotnie statystycznie wyższe niż na początku epidemii w Polsce (por. wykres 4).



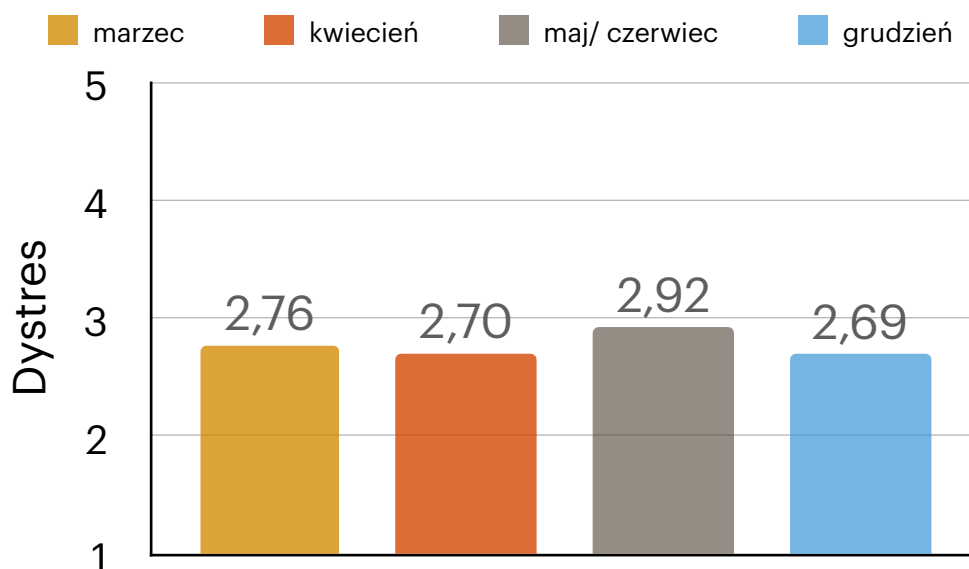
Wykres 4. Poziom poczucia samotności wśród uczestników badania w marcu, na przełomie maja i czerwca oraz w grudniu 2020 roku.

W żadnym z etapów badania nie wystąpiły różnice w poczuciu samotności między kobietami a mężczyznami. W każdym etapie badania najwyższe poczucie samotności deklarowali najmłodsi (osoby w przedziale 18-24 lata). Osoby o wyższym wykształceniu odczuwały niższą samotność niż osoby z wykształceniem podstawowym i średnim, ale różnice te wystąpiły jedynie w marcu.

DYSTRES (SYMPTOMY DEPRESJI I LĘK)

Dystres był mierzony pytaniami dotyczącymi lęku, np.: *Jak często, od kiedy trwa epidemia koronawirusa, niepokoiły {Pana/Panią} którekolwiek z poniższych dolegliwości? Uczucie podenerwowania, niepokoju lub roztrzęsienia* (Kwestionariusz Lęku Uogólnionego, GAD-7, *General Anxiety Disorder-7*, Spitzer i in., 1999) oraz symptomów depresji, np. *Jak często, od kiedy trwa epidemia koronawirusa, niepokoiły {Pana/Panią} którekolwiek z poniższych dolegliwości? Uczucie zmęczenia lub brak energii* (*Patient Health Questionnaire*, PHQ, Spitzer i in., 1999). Uczestnicy badania udzielali odpowiedzi na skali przyjmującej wartości od 1 (wcale) do 5 (bardzo często).

Dystres zmniejszył się nieznacznie, ale istotnie statystycznie w kwietniu ($M = 2,70$) w porównaniu z marcem ($M = 2,76$), potem na przełomie maja i czerwca wzrósł istotnie statystycznie ($M = 2,92$), aby w grudniu znów istotnie statystycznie spaść ($M = 2,69$) do poziomu z kwietnia. Wyniki przedstawione są na wykresie 5.



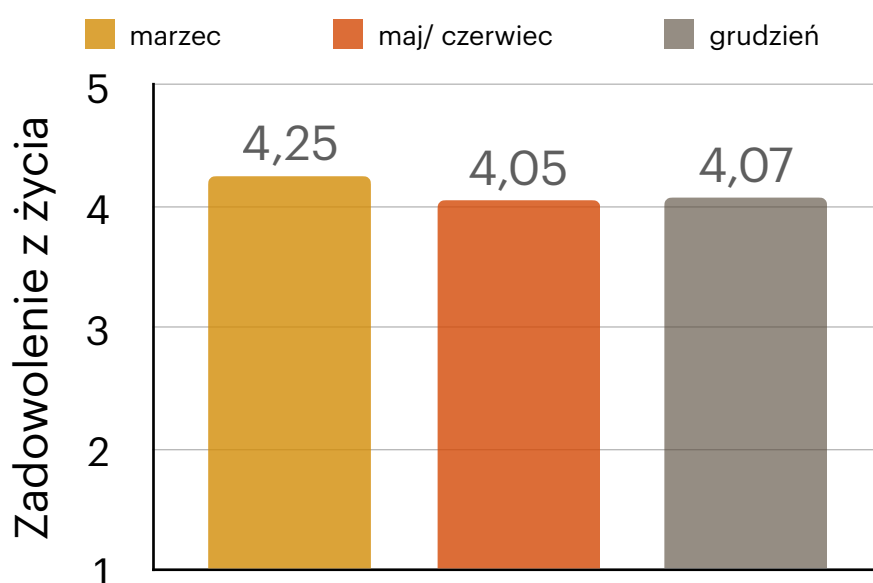
Wykres 5. Poziom dystresu wśród uczestników badania w marcu, kwietniu na przełomie maja i czerwca oraz w grudniu 2020 roku.

W każdym etapie badania kobiety odczuwały wyższy dystres niż mężczyźni. Większe natężenie symptomów depresji i lęku uogólnionego raportowały również osoby młodsze, w wieku od 18 do 44 lat niż osoby powyżej 45 roku życia. W marcu osoby o wykształceniu podstawowym raportowały większy dystres niż osoby o wykształceniu wyższym. W pozostałych pomiarach w zakresie dystresu nie wystąpiły różnice istotne statystycznie pomiędzy osobami o różnym poziomie wykształcenia.

ZADOWOLENIE Z ŻYCIA

Poziom zadowolenia z życia był mierzony Skalą Zadowolenia z Życia zawierającą 5 pozycji, np.: *W wielu aspektach moje życie jest bliskie mojemu ideału* (SWLS, *Satisfaction With Life Scale*, Diener i in., 1985). Uczestnicy badania udzielali odpowiedzi na skali przyjmującej wartości od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam).

Zadowolenie z życia istotnie statystycznie spadło na przełomie maja i czerwca ($M = 4,05$) w porównaniu z marcem ($M = 4,25$). W grudniu zadowolenie z życia było na tym samym poziomie ($M = 4,07$) co na przełomie maja i czerwca (wykres 6).



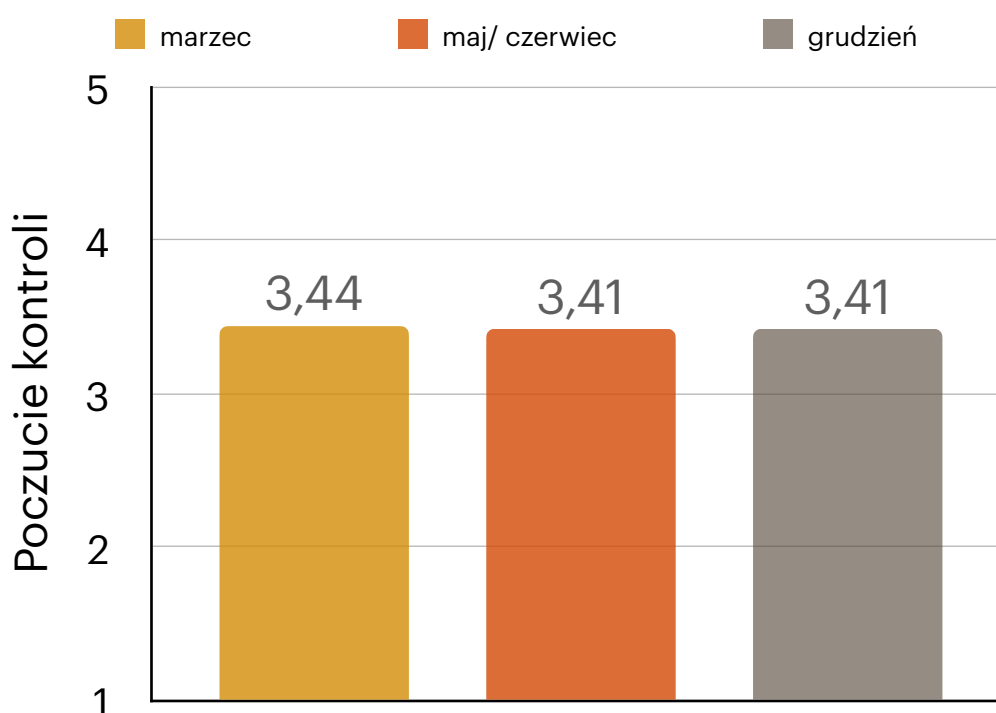
Wykres 6. Poziom zadowolenia z życia uczestników badania w marcu, na przełomie maja i czerwca oraz w grudniu 2020 roku.

Wiek, płeć ani poziom wykształcenia nie różnicowały uczestników badania pod względem zadowolenia z życia.

POCZUCIE KONTROLI

Poczucie kontroli mierzyliśmy Skalą Kontroli osobistej (Marchlewska i in., 2020) składającą się z 4 pozycji, np.: *Mam małe poczucie kontroli nad własnym życiem*. Uczestnicy badania udzielali odpowiedzi na skali przyjmującej wartości od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam).

Poczucie kontroli, podobnie jak zadowolenie z życia, spadło istotnie statystycznie na przełomie maja i czerwca ($M = 3,41$) w porównaniu z marcem ($M = 3,44$) i nie zmieniło się już w grudniu ($M = 3,41$, wykres 7).



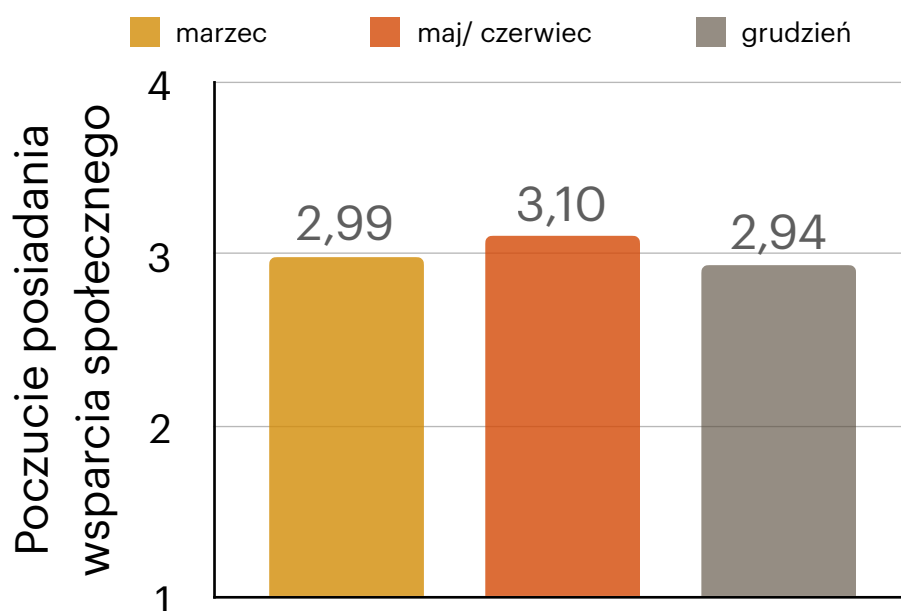
Wykres 7. Poziom poczucia kontroli uczestników badania w marcu, na przełomie maja i czerwca oraz w grudniu 2020 roku.

W żadnym etapie badania nie wystąpiły różnice istotne statystycznie pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie poczucia kontroli. Osoby młodsze deklarowały niższe poczucie kontroli niż osoby starsze. Generalnie we wszystkich etapach badania osoby z wykształceniem wyższym deklarowały wyższe poczucie kontroli niż osoby z wykształceniem podstawowym.

POCZUCIE POSIADANIA WSPARCIA SPOŁECZNEGO

Poczucie posiadania wsparcia społecznego mierzyliśmy Skalą Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (Kaniasty, 2003) składającą się z 15 pozycji, np.: *Jest ktoś z kim mogę swobodnie i bezpiecznie porozmawiać o swoich osobistych sprawach i trudnościach*. Uczestnicy badania udzielali odpowiedzi na skali przyjmującej wartości od 1 (zdecydowanie nietrafne) do 4 (zdecydowanie trafne).

Poczucie posiadania wsparcia społecznego wzrosło istotnie statystycznie na przełomie maja i czerwca ($M = 3,10$) w porównaniu z marcem ($M = 2,99$) ale w grudniu było już istotnie statystycznie niższe ($M = 2,94$, wykres 8).



Wykres 8. Poziom poczucia posiadania wsparcia społecznego uczestników badania w marcu, na przełomie maja i czerwca oraz w grudniu 2020 roku.

W każdym etapie badania kobiety deklarowały wyższy poziom posiadanego wsparcia społecznego niż mężczyźni. Osoby w wieku 18-24 i 25-34 lata odczuwały niższy poziom wsparcia społecznego niż osoby powyżej 45 roku życia, ale różnice te odnotowano tylko w grudniu, w pozostałych etapach badania nie było różnic istotnych statystycznie w poziomie wsparcia społecznego pomiędzy osobami w różnych grupach wiekowych. W marcu osoby o wykształceniu wyższym odczuwały większy poziom wsparcia społecznego niż osoby o wykształceniu podstawowym i średnim. W

późniejszych etapach badania różnice pomiędzy osobami o różnym poziomie wykształcenia już nie wystąpiły.

Podsumowując, dobrostan Polaków obniżył się na przestrzeni 10 miesięcy walki z pandemią: wzrosło poczucie samotności, spadło zadowolenie z życia i poczucie kontroli. Obraz ten nie jest jednak całkowicie pesymistyczny i jednolity. Symptomy depresji i lęku były najwyższe w maju, ale w grudniu obniżyły się do najniższego poziomu z kwietnia. Odnotowaliśmy też wahania w poczuciu posiadania wsparcia społecznego: na przełomie maja i czerwca istotnie wzrosło, co oznaczało, że choć generalnie jest źle, to przynajmniej byliśmy w tym razem. Wzrost poczucia wsparcia społecznego można tłumaczyć kolektywnym doświadczeniem niepewności i zagrożenia, co z kolei powoduje wzrost identyfikacji z innymi ludźmi będącymi w tej samej, trudnej sytuacji i prowadzi do zachowań pomocowych, prospołecznych (Drury, 2018). Należy jednak zauważyć, że w grudniu odnotowaliśmy istotnie statystycznie obniżenie poczucia posiadania wsparcia społecznego, które było niższe niż na początku i na półmetku epidemii. Jest to znany z badań Kaniastego (2003) efekt deterioracji wsparcia społecznego, a więc wyczerpania zasobów wsparcia społecznego, prowadzącego do poczucia samotności czy rozczarowania relacjami.

STRATEGIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Pandemia COVID-19 jest globalnym kryzysem, który pociąga za sobą szeroko zakrojone skutki zdrowotne, gospodarcze, społeczne i psychologiczne. Jak każdy kryzys czy klęska, pandemia wiąże się z wysokim ryzykiem obniżonego dobrostanu i jednostek i całych społeczeństw (Bonnano i in., 2010; Van Bavel i in., 2020; por. Hamer i in., w druku). Dlatego poza pytaniami o dobrostan Polaków w czasie pandemii, interesowało nas również to, w jaki sposób radzimy sobie w tej stresującej sytuacji.

Do pomiaru strategii radzenia sobie użyliśmy autorskiej Skali Strategii Radzenia Sobie składającej się z 5 podskal w skład których wchodziło po 4 pozycje, np.: Podskala Zadaniowa: *Robię co mogę by uchronić się przed koronawirusem*; Podskala Unikowa: *Staram się zajmować czym innym, by nie myśleć o pandemii*; Podskala skupiona na emocjach: *Sytuacja epidemiologiczna sprawia, że niepokoję się, czy sobie poradzę*; Podskala Depresyjna: *W ciągu dnia siedzę w piżamie, bo nie chce mi się ubierać*; Podskala Zaprzeczania: *Nie stosuję się do zaleceń w sprawie pandemii, bo wolę teraz pożyć naprawdę niż potem żałować*. Uczestnicy badania udzielali odpowiedzi na skali przyjmującej wartości od 1 (nie opisuje mnie dobrze) do 5 (dobrze mnie opisuje).

Procenty podane w nawiasach to liczba osób przyznających się do stosowania danej strategii.

Strategia zadaniowa była stosowana w takim samym stopniu w marcu ($M = 3,99$, a do stosowania tej strategii przyznawało się 82% badanych) jak i w kwietniu ($M = 3,97$, a do stosowania tej strategii przyznawało się 83% badanych, brak istotnych statystycznie różnic), następnie na przełomie maja i czerwca po tę strategię radzenia sobie podczas pandemii sięgano już w mniejszym stopniu ($M = 3,62$, a do stosowania tej strategii przyznawało się 69% badanych) i tak samo było w grudniu ($M = 3,58$), a do stosowania tej strategii przyznawało się 66% badanych, choć wciąż była to najczęściej wykorzystywana strategia.

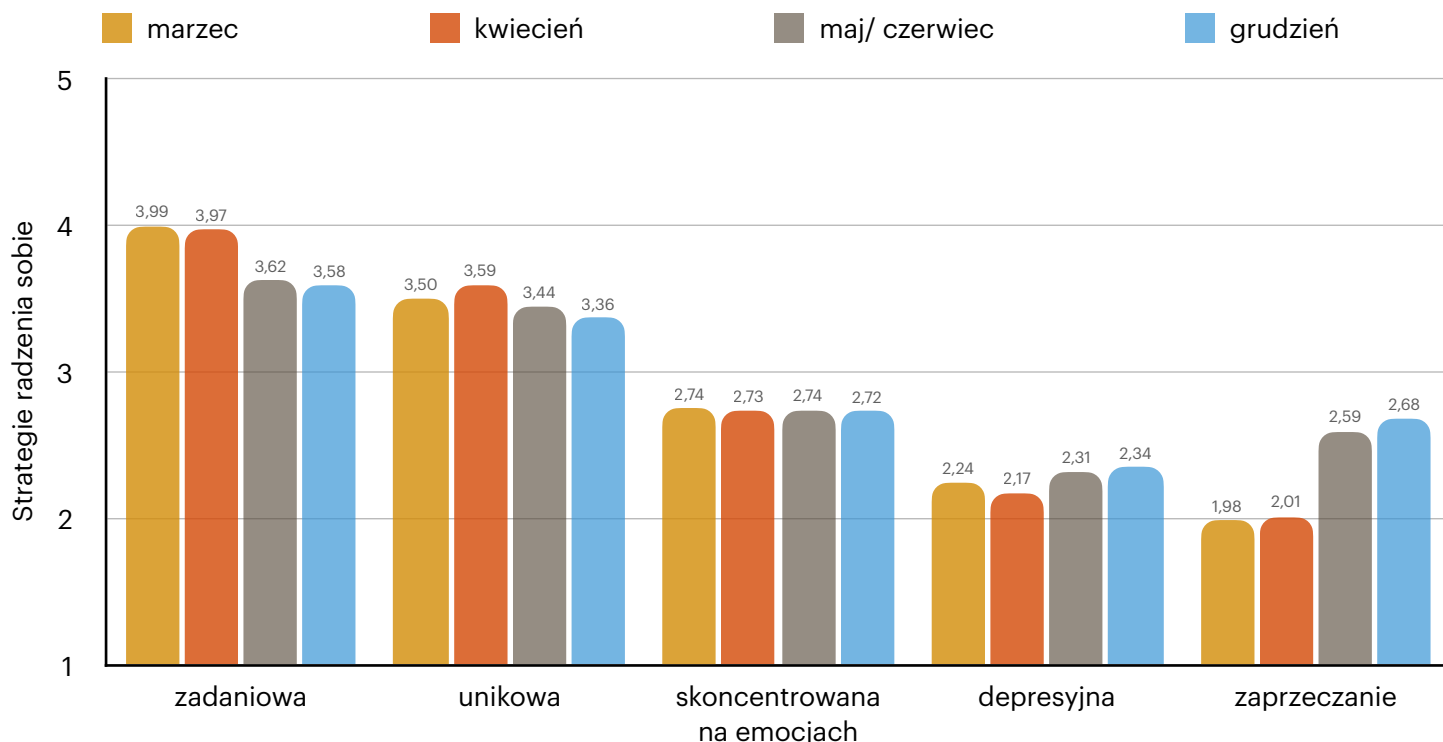
Strategia unikowa była wykorzystywana przez Polaków w największym stopniu w kwietniu ($M = 3,59$, a do stosowania tej strategii przyznawało się 72% badanych), w nieco mniejszym stopniu w marcu ($M = 3,50$, a do stosowania tej strategii przyznawało się 65% badanych, różnica istotna statystycznie), i następnie w jeszcze mniejszym stopniu na przełomie maja i czerwca ($M = 3,44$, a do stosowania tej strategii przyznawało się 63% badanych) i w grudniu ($M = 3,36$, a do stosowania tej strategii przyznawało się 56% badanych).

Nie odnotowaliśmy żadnych istotnych statystycznie różnic w zakresie stosowania strategii skoncentrowanej na emocjach podczas 4 pomiarów w 2020 roku (między marcem a grudniem do stosowania tej strategii przyznawało się między 26 a 25% badanych).

Stosowanie strategii depresyjnej zmniejszyło się w kwietniu ($M = 2,17$, a do stosowania tej strategii przyznawało się 12% badanych) w porównaniu z marcem ($M = 2,24$, do stosowania tej strategii przyznawało się 12% badanych), na przełomie maja i czerwca zwiększyło się ponownie ($M = 2,31$, do stosowania tej strategii przyznawało się 15% badanych) i tak już zostało w grudniu ($M = 2,34$, do stosowania tej strategii przyznawało się 14% badanych).

Strategia zaprzeczania była wykorzystywana w takim samym stopniu w marcu ($M = 1,98$, do stosowania tej strategii przyznawało się 12% badanych) i w kwietniu ($M = 2,01$, do stosowania tej strategii przyznawało się 13% badanych, brak różnic istotnych statystycznie), ale potem znacząco i istotnie statystycznie częściej na przełomie maja i czerwca ($M = 2,59$, do stosowania tej strategii przyznawało się 27% badanych) i w

grudniu znowu częściej (2,68, do stosowania tej strategii przyznawało się 27% badanych). Wyniki przedstawione są na wykresie 9.



Wykres 9. Średnia tendencja do stosowania określonych strategii radzenia sobie ze stresem we wszystkich czterech etapach badania: w marcu, kwietniu, na przełomie maja i czerwca i w grudniu 2020 roku.

Podsumowując strategie radzenia sobie Polaków podczas pandemii należy zwrócić uwagę na to, że na przestrzeni roku zmniejszyło się stosowanie strategii zadaniowej i unikowej, a wzrosło stosowanie strategii depresyjnej i zaprzeczania. Może to się wiązać z początkowym wystąpieniem tzw. reakcji alarmowej w odpowiedzi na zagrożenie, a potem wkroczenia w fazę odporności/ adaptacji związaną ze zmęczeniem stresującą sytuacją, która pomimo upływu czasu i indywidualnych starań odzyskania kontroli - nie zmienia się (por. Hamer i in., w druku). Pewnego rodzaju zagrożeniem dla nas wszystkich jest wzrost strategii zaprzeczania, który odnotowaliśmy w grudniu. Zaprzeczanie istnienia zagrożenia, z którym nie można sobie poradzić, może prowadzić do słabszego stosowania się do zaleceń, a więc pośrednio do większego ryzyka zakażenia koronawirusem.

PODSUMOWANIE

Podsumowując 10 miesięcy naszych badań nad dobrostanem psychicznym Polaków w trakcie trwania pandemii, zauważamy jej negatywne skutki: między marcem a przełomem maja i czerwca spadło zadowolenie z życia i wzrosło poczucie samotności. Na szczęście w grudniu nie stwierdziliśmy dalszych spadków w tych obszarach. Spadło jednak poczucie posiadania wsparcia społecznego. Zwraca uwagę stan młodych (18-24 lata). Ta grupa wiekowa odczuwała wyższy dystres (symptomy depresji i lęku uogólnionego), czuła się bardziej samotna, miała niższe poczucie kontroli w ciągu całego okresu pandemii w 2020 roku niż pozostałe grupy. W grudniu młodzi deklarowali też niższe poczucie wsparcia społecznego niż inni. Z drugiej strony ta grupa deklarowała najniższy poziom obaw związanych z koronawirusem i najniższą tendencję do stosowania się do zaleceń.

Wydaje się, że Polacy zaadaptowali się do pandemii, choć nie zawsze stosując najlepsze strategie radzenia sobie z kryzysem. Poziom tzw. dystresu (objawy depresji i uogólnionego lęku), który na przełomie maja i czerwca był wśród naszych respondentów najwyższy, w grudniu zmalał. Poczucie ogólnego zdenerwowania sytuacją pandemii w grudniu było na poziomie z kwietnia, czyli lekko wzrosło w porównaniu z majem, za to poszczególne obawy związane z koronawirusem liczone łącznie od marca spadły i utrzymują się na poziomie z maja.

Wśród strategii radzenia sobie ze stresem wciąż najczęściej (choć nieco rzadziej niż na początku) stosowana jest strategia zadaniowa. Jednak niepokoić musi wzrost popularności strategii zaprzeczania pandemii i spadek przestrzegania zaleceń mających ograniczyć rozprzestrzenianie się wirusa (zauważalny już pod koniec maja).

Badania prowadzone są online na tej samej grupie dorosłych Polek i Polaków na **Ogólnopolskim panelu badawczym Ariadna**. Projekt „Wpływ pandemii COVID-19 na emocje, zachowania i postawy Polaków” realizuje zespół:

dr hab. Katarzyna Hamer, prof. IPPAN*, dr Maria Baran**, dr Marta Marchlewska*, prof. dr hab. Krzysztof Kaniasty*,***

*Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie

**Uniwersytet Humanistycznospołeczny SWPS w Warszawie

***Indiana University of Pennsylvania, USA

Literatura cytowana:

- Bonanno, G. A., Brewin, C., Kaniasty, K. i Greca, A. (2010). Weighing the costs of disaster: Consequences, risks, and resilience in individuals, families, and communities. *Psychological science in the public interest*, 11(1), 1-49.
<https://doi.org/10.1177/1529100610387086>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. i Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Doliński, D., Dolińska, B., Zmaczyńska-Witek, B., Banach, M. i Kulesza, W. (2020). Unrealistic optimism in the time of coronavirus pandemic: May it help to kill, if so - whom: Disease or the person? *Journal of Clinical Medicine*, 9(5), 1464.
<https://doi.org/10.3390/jcm9051464>
- Drury, J. (2018). The role of social identity processes in mass emergency behaviour: An integrative review. *European Review of Social Psychology*, 29(1), 38-81.
<https://doi.org/10.1080/10463283.2018.1471948>
- Hamer, K., Baran, M. i Marchlewska, M. (2020a). *Czego boją się Polacy w związku z koronawirusem? Raport z badań*. Warszawa: IPPAN, USWPS.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.12583.70569>
- Hamer, K., Baran, M. i Marchlewska, M. (2020b). *Jak Polacy stosują się do zaleceń w związku z koronawirusem? Raport z badań*. Warszawa: IPPAN, USWPS.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17616.87046>
- Hamer, K., Baran, M., Marchlewska, M. i Kaniasty, K. (w druku). Zmiany w identyfikacjach społecznych, myśleniu spiskowym, obawach, dobrostanie i zachowaniach Polaków podczas pierwszej fali pandemii COVID-19. W: J. Paluchowski i L. Bakiera (red.), *Psychospołeczny obraz pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C. i Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on aging*, 26(6), 655-672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Kaniasty, K. (2003). *Klęska żywiołowa czy katastrofa społeczna? Psychospołeczne konsekwencje polskiej powodzi 1997 roku*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Marchlewska, M., Cichocka, A., Jaworska, M., Golec de Zavala, A., i Bilewicz, M. (2020). Superficial ingroup love? Collective narcissism predicts ingroup image defense, outgroup prejudice, and lower ingroup loyalty. *British Journal of Social Psychology*. <https://doi.org/10.1111/bjso.12367>
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia, PA: Lippincott.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. i Patient Health Questionnaire Primary Care

Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD. *Jama*, 282(18), 1737-1744. [doi:10.1001/jama.282.18.1737](https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737)

Van Bavel, J., Baicker, K., Boggio, P., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M. i Drury, J. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 1-12.
<https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>

**Zapraszamy na: <https://covid19psychologia.com/>
gdzie będą ukazywać się nasze kolejne raporty.**