

Ks. Mariusz G. Karbowski*

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

ORCID: 0000-0002-9806-6133

CZYNNIKI MODYFIKUJĄCE DOŚWIADCZENIE CIERPIENIA W PRZEBIEGU CHOROBY COVID-19

Streszczenie

Opieka nad osobami chorymi na Covid-19 wymaga fachowego przygotowania, ale również wielkiej mądrości życiowej, poprzedzonej głęboką etyczną refleksją. Cierpienie jest jednym z najpowszechniejszych zjawisk ludzkiego życia, stanowi wspólną cechę wszystkich ludzi. Współczesna epidemia, którą wywołuje koronawirus SARS-CoV-2, powoduje ogromne zmiany w funkcjonowaniu człowieka, przyczyniając się do nasilenia dystresu psychologicznego, w tym ogromu cierpienia ludzi dotkniętych chorobą. Istnieje więc realna potrzeba odpowiednich badań dotyczących zobrazowania cierpienia a prezentowany artykuł dotyczy tej problematyki. Omawia rozumienie cierpienia i jego znaczenie w chorobie pacjentów Covid-19 w porównaniu z chorymi na oddziale internistycznym oraz czynniki wpływające na doświadczenie cierpienia jako szansy rozwoju bądź destrukcji. Analizy i wnioski oparte są na własnych przeprowadzonych badaniach w szpitalu na oddziałach koronawirusowych.

Słowa kluczowe: *cierpienie, akceptacja choroby, COVID-19, wartości, psychologia zdrowia*

Summary

Factors modifying the experience of suffering in the course of COVID-19 disease

Caring for people suffering from Covid-19 requires professional preparation, but also great wisdom in life, preceded by deep ethical reflection. Suffering is one of the most common phenomena of human life, it is a common feature of all people. The modern epidemic caused by the SARS-CoV-2 coronavirus causes huge changes in human

* Ks. Mariusz G. Karbowski – doktor, adiunkt w Katedrze Psychologii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, ekspert zespołu nauk społecznych w dyscyplinie nauki o polityce i administracji w Polskiej Komisji Akredytacyjnej, kapelan Szpitala Wolskiego w Warszawie. Zainteresowania naukowe koncentrują się wokół zagadnień psychologii zdrowia w perspektywie noo-teoretycznej oraz wokół podmiotowych i organizacyjnych uwarunkowań aktywności zawodowej człowieka w obszarze zdrowia psychicznego.

functioning, contributing to the intensification of psychological distress, including the enormous suffering of people affected by the disease. Therefore, there is a real need for appropriate research on how to portray suffering, and the presented article deals with this issue. It discusses the understanding of suffering and its importance in the disease of Covid-19 patients compared to those in the internal medicine ward, and the factors influencing the experience of suffering as an opportunity for development or destruction. The analyzes and conclusions are based on our own research carried out in a hospital in coronavirus wards. Keywords: suffering, disease acceptance, COVID-19, values, health psychology.

Keywords: *suffering, disease acceptance, COVID-19, values, health psychology*

Wprowadzenie

Współczesna epidemia COVID-19, którą wywołuje koronawirus SARS-CoV-2, pierwszy raz została stwierdzona w Wuhan, stolicy prowincji Hubei pod koniec 2019 r. Dynamiczny jej rozwój oraz szybkie rozprzestrzenianie się zakażenia sprawiło, że 11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię COVID-19. A 4 marca 2020 r. stwierdzono, w Polsce pierwszą osobę zakażoną wirusem SARS-CoV-2¹. Uniwersytet Johns Hopkins w dniu 1 września 2020 r. stwierdził², że choroba COVID-19, która jest wywołana przez nowego koronawirusa SARS-CoV-2, została potwierdzona u ponad 25,5 mln osób na świecie, a liczba osób zmarłych wyniosła ponad 850 tysięcy. Oficjalny Raport Ministerstwa Zdrowia w Polsce wskazał, że liczba zakażonych na dzień 1 2020 r. wynosiła ponad 67 tysięcy, a zmarłych ponad 2000³. Należy zauważyć, iż na ten czas liczbowy przyrost przypadków w ciągu doby jest relatywnie stały w zależności od regionu kraju oscylując z różnym natężeniem w granicach 550-800⁴. Najczęściej odnajdywane ogniska zakażeń występujących takich jak domy opieki społecznej, zakłady pracy czy wydarzenia społeczne. Epidemia choroby COVID-19 wiąże się zagrożeniem życia i zdrowia w Polsce i na całym świecie z powodu choroby jak i powikłań⁵. Powoduje to ogromne zmiany w funkcjono-

¹ Ministerstwo Zdrowia. *Pierwszy przypadek koronawirusa w Polsce*, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce> [dostęp: 13.05.2021].

² Johns Hopkins University, *Coronavirus resource center*, <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> [dostęp: 30.07.2020].

³ Ministerstwo Zdrowia. *Koronawirus: aktualne informacje i zalecenia*, <https://www.gov.pl/web/koronawirus/eykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov2> [dostęp: 27.07.2020].

⁴ Dane na kwiecień – lipiec 2020 r.

⁵ R. M. Anderson, H. Heesterbeek, D. Klinkenberg, T. D. Hollingsworth, *How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?*, "The Lancet" 2020, 395 (10228), s. 931-934.

waniu przyczyniając się do nasilenia cierpienia psychologicznego, w tym różnych aksjologicznych zmiennych u ludzi dotkniętych chorobą w kraju⁶ i na świecie⁷.

W literaturze przedmiotu cierpienie definiowane jako: „Subiektywnie dotkliwe i ciężkie doznanie zła fizycznego [np. głód, ból] lub duchownych [np. brak zamożności, kalectwo, utrata osoby kochanej, brak sensu życia, poczucia wartości osobistej, bezpieczeństwa, sprawiedliwości] albo niedoskonałości bytu”⁸. Cierpienie „jest doznaniem o charakterze antropologiczno-egzystencjalnym. Ponadto jest doznaniem subiektywnym obiektywnego doznania w ogólnoludzkim zasięgu i istocie” w epoce pandemii. Obszar ten jest rozległy, zróżnicowany i wielowymiarowy. Wielowymiarowość ta wynika z faktu, że zawsze podmiotem cierpienia jest człowiek jako jedność „bio-psycho-noetyczna”⁹. Viktor E. Frankl¹⁰ obrazując cierpienie, ukazał jego sensowność i bezsensowność w ludzkiej egzystencji wyróżniając trzy postawy: eskapistyczną, masochistyczną i autentyczną¹¹. Pisał, że cierpienie samo w sobie nie ma sensu, skoro jednak dotyka człowieka, wtedy człowiek, jako jednostka przekracza uwarunkowania i sytuacje niejednokrotnie, odkrywa sens, co znaczy cierpieć za „coś” lub dla „kogoś” bo „jeśli wiemy, po co cierpimy, możemy znieść każde jak”¹². Kazimierz Popielski¹³, pisze o cierpieniu jako doświadczeniu egzystencjalno znaczącym w wymiarze duchowym egzystencji, które „uzdalnia jednostkę do przyjęcia postawy wobec siebie i wobec świata (Trotzmacht des Geistes)”¹⁴.

Konfrontacja człowieka z takim stresorem, a w efekcie cierpieniem, jak wybuch pandemii COVID-19, wywołanej wirusem SARS-CoV-2, objawiający się ciężką ostrą niewydolnością oddechową, skutkuje także spadkiem napięcia i odporności psychicznej na niespotykaną dotąd skalę i trudne konsekwencje czasowe¹⁵. Domniemać można, że niektóre grupy osób są bardziej narażone na

⁶ M. Dragan, *Raport: Zdrowie psychiczne w czasie pandemii COVID-19*, <http://ptbst.org.pl/badania> [dostęp: 02.06.2021].

⁷ R. P. Rajkumar, *COVID-19 and mental health: A review of the existing literature*, „Asian Journal of Psychiatry” 2020, nr 102066.

⁸ J. Rosłon, *Cierpienie*, w: *Katolicyzm A-Z*, red. Z. Pawlak. Poznań 1982, s. 51.

⁹ K. Popielski, *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*, Lublin 2008, s. 486.

¹⁰ Viktor E. Frankl (1905-1997) – twórca III kierunku w psychoterapii – logoterapii. Powstała w szkole wiedeńskiej, skoncentrowana na potrzebie („woli”) sensu i wartości jako podstawowej sile i motywacji ludzkiej egzystencji. Greckie słowo „logos” oznacza „sens” – sens w życiu i dla życia człowieka. W ujęciu logoteorii zaistnienie sensu związane jest z aktywnym uczestnictwem człowieka w świecie wartości.

¹¹ V. E. Frankl, *Homo Patiens*, Warszawa 1984.

¹² K. Popielski, *Wartości dla życia*, Lublin 2008, s. 191.

¹³ Ks. prof. dr hab. dr h.c. Kazimierz Popielski (KUL, Lublin) – uczeń i przyjaciel Victora E. Frankla, wprowadził, zoperalizował, empirycznie uzasadnił i rozwinął na gruncie polskiej psychologii nową dziedzinę: nooteorię i jej praktyczne zastosowanie – nooterapię.

¹⁴ K. Popielski, *Noetyczny wymiar osobowości*, Lublin 1994, s. 78.

¹⁵ A. E. Gorbalenya, S.C. Baker, R. S. Baric, R.J. Groot de, C. Drosten, A.A. Gulyaeva, i wsp,

zmienne osobowościowo–aksjologiczne z konsekwencjami epidemii, a w efekcie na rozwinięcie długotrwały proces zdrowienia. Szczególnie osoby poddane hospitalizacji są narażone na wyjątkowo silne cierpienie, doświadczając realnego zagrożenia utraty zdrowia, a niekiedy życia na skutek zakażenia koronawirusem¹⁶.

Ludzkie cierpienie zajmowało znaczące miejsce w nauczaniu Jana Pawła II. List Apostolski *Salvifici Doloris* poświęcony tej problematyce podkreśla, że cierpienie jest związane z sensem życia, należy do podstawowych pytań i refleksji człowieka nad światem i nad samym sobą, również stanowi nieodkrytą tajemnicę. Tym, co można wyrazić w słowie „cierpienie”, jest szczególnie „współistotne z człowiekiem [...] na swój sposób odsłania głębie właściwą człowiekowi i na swój sposób ją przerasta”¹⁷. Dlatego za Janem Pawłem II można powtórzyć, że ta rzeczywistość wzbudza szacunek, domaga się podjęcia zamysłu, stawiania pytań i szukania odpowiedzi.

Zaistniała więc realna potrzeba odpowiednich badań dotyczących zobrażowania zmiennych osobowościowo-aksjologicznych, w tym cech osobowości i wartości, które by można wskazać jako ważne w przebiegu choroby, oraz czynników modyfikujących doświadczenie cierpienia, co było celem niniejszych badań eksperymentalnych. Przez co została ukazana korelacja zmiennych osobowościowo-aksjologicznych z cierpieniem w przebiegu choroby COVID-19, w porównaniu z chorymi leczonych na oddziale-internistycznym.

Opis zastosowanych metod badawczych

Do pełnej analizy arkuszy z przeprowadzonych badań wzięło udział 80 pacjentów leczonych w Szpitalu Wolskim w Warszawie w okresie od kwietnia do lipca 2020 r. Badanie uzyskało akceptację Komisji Etycznej oraz ordynatora oddziałów. Każdy pacjent wyraził zgodę na udział w badaniu. Ponadto poinformowano pacjentów, że są anonimowi, a uzyskane dane będą uogólniane i będą wykorzystywane wyłącznie do pracy naukowej. W sumie uzupełniono 103 kwestionariusze. Większość leczonych pacjentów oddziału internistycznego wypełniła kwestionariusz samodzielnie, ale niektórzy potrzebowali pomocy w udzieleniu odpowiedzi, szczególnie osoby w przebiegu choroby COVID-19. Osiemnaście kwestionariuszy odrzucono z powodu niepełnego wypełnienia. Pięć osób odmówiło udziału w badaniu. Zbieranie danych opierało się na oryginalnym

Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group, bioRxiv. 2020.

¹⁶ M. Sękowski, M. Gambin, K. Hansen, P. Holas, S. Hyniewska, A. Pluta, M. Sobańska, E. Łojek, (2000). Risk of developing posttraumatic stress disorder in COVID-19 survivors: What should mental health specialists prepare for? PsyAeXiv Preprints. <https://psyarxiv.com/bnkve/>

¹⁷ Jan Paweł II, *Salvifici doloris*, 1985, s. 4.

kwestionariuszu, który zawierał pytania jednokrotnego wyboru dotyczące danych socjometrycznych takich jak płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce i sposób zamieszkania, długość leczenia, choroby współistniejące i hospitalizacji.

Badania wykonano w pierwszym tygodniu hospitalizacji, aby ukazać prawdziwe motywy w procesie doświadczenia cierpienia, a także wskazać różnice w cechach osobowości i wartości pomiędzy grupą eksperymentalną a kontrolną.

Grupę eksperymentalną tworzyły osoby hospitalizowane na COVID-19 w wieku 40-70 (N=40). Grupa kontrolna to osoby hospitalizowane oddziale internistycznym, w wieku 40-70 (N=40).

W badaniach statystycznych wyliczono średnią arytmetyczną (16-CO), odchylenie standardowe (16-CO), medianę (SW), podano również wyniki maksymalne i minimalne (SW). Dla ukazania różnic międzygrupowych w przypadku Kwestionariusza R. B. Cattella posłużono się testem t-studenta, natomiast w przypadku Skali Wartości M. Rokeacha posłużono się testem U Manna-Whitneya.

W dalszej analizie wyników obliczono korelacje tau b Kendala między poszczególnymi zmiennymi.

Czas badania wynosił około godziny. Kolejność stosowania metod badawczych była taka sama dla obu grup. Aby zweryfikować hipotezy badawcze biorący udział w badaniach otrzymywali następujący zestaw testów:

Kwestionariusz Osobowościowy R. B. Cattella; Pierwsze (oryginalne – w języku angielskim) wydanie 16-czynnikowego Kwestionariusza Osobowości ukazało się w 1950 roku. Kwestionariusz w tym wydaniu składa się z dwóch równoważnych wersji A i B, które liczą po 184 pozycji testowych oraz po 3 pytania buforowe każda (Sanocki, 1986; Nowakowska, 1970). W latach 1953-1963 opracowywano polską adaptację 16-CO. Jej autorką jest M. Nowakowska, która zmodyfikowała liczbę pytań w kwestionariuszu. W wyniku analizy pytań z 480 odpadło 175, w tym 108 pytań z wersji oryginalnej i 67 eksperymentalnych. Do nowej wersji weszły 33 pytania eksperymentalne, które okazały się lepsze od oryginalnych. Tak dokonana selekcja sprawiła, że na każdy czynnik w kwestionariuszu przypada od 18 do 20 pytań (w wersji oryginalnej od 20 do 26 pytań), a liczba pytań w teście zmniejszyła się do 305 (w tym 2 buforowe)¹⁸. Rzetelność w polskiej adaptacji 16-CO oszacowano za pomocą współczynnika wewnętrznej zgodności i współczynnika stałości. Współczynnik zgodności dla poszczególnych czynników obliczono wzorem Spearmana-Browna, opierając się na średnich interkorelacjach pytań. Otrzymane współczynniki zgodności dla 14 czynników mają wartość od 0,73 do 0,89. Dla dwóch czynników (E i N) wartości współczynników zgodności okazały się zbyt niskie (0,62 i 0,52).

¹⁸ M. Nowakowska, *Polska adaptacja 16-czynnikowego Kwestionariusza Osobowości R. B. Cattella*, „Psychologia Wychowawcza” 1970, s. 478-501.

Współczynniki stałości obliczono wzorem tau b Kendala. Badania przeprowadzono na 22 osobach normalnych, mężczyznach i kobietach, w odstępie 2 tygodni. Dla 11 czynników wahały się one od 0,70 do 0,90, w tym czynnik E: 0,80 oraz N: 0,82. Dla czynników A, B, C, L i Q były one niższe i wynosiły od 0,50 do 0,60 [9]. Współczynniki wewnętrznej zgodności skal okazały się w wersji Nowakowskiej zbliżone do danych oryginalnych (u Cattella wahały się od 0,71 do 0,93), a współczynniki stałości wyższe niż u Cattella, gdyż przy dwutygodniowym odstępie badań wersją oryginalną współczynniki te wynosiły od 0,38 do 0,73. O trafności polskiej adaptacji 16-CO M. Nowakowska w swoim artykule nie wspomina. Zawarła w nim natomiast charakterystykę poszczególnych czynników Cattellowskich. W polskiej adaptacji 16-CO wyodrębniono także sześć czynników II stopnia, które różnią się jednak od tych podanych w wersji amerykańskiej, są zbieżne jedynie w dwu głównych: niepokoju – integracji oraz introwersji – ekstrawersji¹⁹. Do badań zaprezentowanych w pracy została zastosowana polska adaptacja 16-CO Kwestionariusza Osobowości R. B. Cattella. W analizie wyników zajęto się tylko czynnikami I stopnia. W wyniku statystycznych analiz otrzymywane są swoiste wiązki schematów reagowania, które oscylują pomiędzy dwoma biegunami i wysoko korelują ze sobą, natomiast nie korelują z innymi wymiarami. W metodzie tej wymiar osobowości nosi nazwę czynnika osobowości²⁰.

Cattell podał jedynie definicję orientacyjną, która może stać się pomocną w dalszych rozważaniach. Z definicji tej wynika, że osobowość jest tym, co pozwala nam przewidzieć, jak dana osoba zachowa się w określonej sytuacji²¹. Dla Cattella osobowość jest złożoną i zróżnicowaną strukturą cech z motywacją w znacznym stopniu zależną od podzbioru tzw. cech dynamicznych. Cecha jest najważniejszym pojęciem, i jak podaje autor strukturą psychiczną, czymś wynioskowanym z obserwowanego zachowania w celu wyjaśnienia regularności czy spójności tego zachowania. Zasadnicze znaczenie w poglądach Cattella ma rozróżnienie cech na: *cechy powierzchniowe* i *cechy źródłowe*. *Cechy powierzchniowe* reprezentujące wiązki jawnych, czyli zewnętrznych, zmiennych, zdają się występować łącznie. Jeśli więc stwierdzimy, że pewna liczba zjawisk behawioralnych występuje łącznie, to według Cattella można uważać ją za jedną zmienną. Zaś *cechy źródłowe* reprezentują podstawowe zmienne, które współdeterminują wielorakie przejawy powierzchniowe. *Cechy źródłowe* są identyfikowane wyłącznie na drodze analizy czynnikowej. Cechy źródłowe są ważniejsze od cech powierzchniowych. Cechy powierzchniowe są wytworem interakcji cech źródłowych

¹⁹ Sanocki, W. *Kwestionariusze osobowości w psychologii*, Warszawa 1986, s. 214-215.

²⁰ S. Siek, *Struktura osobowości*, Warszawa 1986.

²¹ Z. Chlewiński, *Podstawy a cechy osobowości*, Lublin 1987.

i na ogół można oczekiwać, że będą mniej stałe niż czynniki. Dla Cattella cechy źródłowe są najbardziej użyteczne przy wyjaśnianiu zachowania²².

W strukturze osobowości znajduje się wiele elementów (cech), w tym także wartości. Cel moich badań mógłby zatem uwypuklać jedynie termin – „osobowościowe”. Jednakże formułując temat: „osobowościowo-aksjologiczne”, odnoszę się do koncepcji cech osobowościowych Cattella i do wartości w ujęciu M. Rokeacha²³. Ale wartości traktuję nadal jako jeden z elementów struktury osobowości. Mimo że w literaturze przedmiotu znajduje się wiele określeń i definicji wartości, to większość z nich ujmuje je jako pojęcia i przekonania o pożądanym stanach docelowych lub zachowaniach, które wykraczają poza specyficzne sytuacje, kierują wyborami i oceną zachowań i zdarzeń oraz są uporządkowane według względnej ważności²⁴.

Skala Wartości M. Rokeacha. *Value Survey (VS)* autorstwa M. Rokeacha ma 7 wersji (od A do G). Wersja EVS pochodzi z 1967r. Wersja ta jest szeroko znana i stosowana niemal na całym świecie. P. Brzozowski dokonał polskiej adaptacji EVS²⁵. Po kilku wstępnych tłumaczeniach powstała wersja E-4 *Skali Wartości (SW)*. W moich badaniach wykorzystałem E-4 SW. Stabilność SW określono na podstawie wyników badania grupy 412 osób²⁶. Brzozowski sprawdził trafność wartości ostatecznych z SW²⁷. W badaniach przeprowadzonych w latach 1980-1982 wzięło udział 100 uczniów i uczennic techników i liceów z Lublina. Młodzież rangowała wartości, a następnie oceniała je na ośmiu 7-punktowych skalach dyferencjału semantycznego. Trafność zbieżna i różnicowa WO okazała się bardzo niska, co może mieć związek z badaniem innego aspektu wartości w przypadku rangowania i szacowania oraz z niedoskonałościami psychometrycznymi przeprowadzonej analizy.

Lista WO E-4 SW jest następująca: bezpieczeństwo narodowe, bezpieczeństwo rodziny, dojrzała miłość, dostatnie życie, mądrość, poczucie dokonania, poczucie własnej godności, pokój na świecie, prawdziwa przyjaźń, przyjemność, równowaga wewnętrzna, równość, szczęście, świat piękna, uznanie społeczne, wolność, zbawienie, życie pełne wrażeń. Lista WI E-4 SW jest następująca: ambitny, czysty, intelektualista, kochający, logiczny, niezależny, obdarzony wyobraźnią, odpo-

²² P. Brzozowski, *Uniwersalna hierarchia wartości – fakt czy fikcja?* „Przegląd Psychologiczny” 2004, nr 3, s. 261-276.

²³ P. Brzozowski, s. 276.

²⁴ B. Wojciszke, *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*, Warszawa 2002.

²⁵ P. Brzozowski, *Polska wersja testu wartości Rokeacha i jej teoretyczne podstawy*, „Przegląd Psychologiczny” 1986, s. 2.

²⁶ P. Brzozowski, *Skala Wartości*, Warszawa 1989.

²⁷ P. Brzozowski, *Uniwersalność struktury wartości: koncepcja Shaloma H. Schaartza*, „Roczniki Psychologiczne” 2002, s. 28-52.

wiedzialny, odważny, opanowany, o szerokich horyzontach, pogodny, pomocny, posłuszny, uczciwy, uprzejmy, uzdolniony, wybaczący²⁸.

Problem i hipotezy badawcze oraz ich analiza

Problemem badawczym jest empiryczna weryfikacja czynników aksjologicznych wpływających na doświadczenie cierpienia w przebiegu choroby Covid-19.

W niniejszej pracy problematykę badań można przedstawić za pomocą następujących pytań:

- 1 – czy dane cechy osobowości (czynniki Cattelowskie) modyfikują doświadczenie cierpienia?
- 2 – czy dane wartości (wg koncepcji M. Rokeacha) modyfikują doświadczenie cierpienia?

W prezentowanych badaniach, grupę badawczą stanowią osoby hospitalizowane na COVID-19, natomiast grupę kontrolną – stanowili osoby hospitalizowane oddziału internistycznego.

Chcąc odpowiedzieć na powyższe pytania, badawcze, postawiono poniższe hipotezy.

Hipoteza 1 – Grupa osób hospitalizowanych na COVID-19 cechuje się wyższym nasileniem czynnika A (cyklotymia – schizotypia).

Hipoteza 2 – Grupa osób hospitalizowanych na COVID-19 cechuje się wyższym nasileniem czynnika I (wrażliwość – brak wrażliwości).

Hipoteza 3 – Grupa osób hospitalizowanych na COVID-19 cechuje się wyższym nasileniem czynnika G (wysokie superego – niskie superego).

Hipoteza 4 – Grupa osób hospitalizowanych na oddziale internistycznym cechuje się wyższym nasileniem czynnika B (wysoka inteligencja – niższa inteligencja).

Hipoteza 5 – Grupa osób hospitalizowanych na oddziale internistycznym cechuje się wyższym nasileniem czynnika M (niekonwencjonalność – konwencjonalność).

Hipoteza 6 – Grupa osób hospitalizowanych na COVID-19 ceni sobie następujące wartości ostateczne: *bezpieczeństwo narodowe* (zabezpieczenie przed napaścią), *poczucie własnej godności* (samopoważanie), *równowaga wewnętrzna* (brak konfliktów wewnętrznych), *zbawienie* (zbawienie duszy, życie wieczne).

Hipoteza 7 – Grupa osób hospitalizowanych na COVID-19 w porównaniu z grupą osób hospitalizowanych na oddziale internistycznym bardziej ceni sobie następujące wartości instrumentalne: *odpowiedzialny* (niezawodny, rzetelny), *opanowany* (powściągliwy, zrównoważony), *pogodny* (wesoły, niefrasobliwy), *pomocny* (pomagający, niosący pomoc), *posłuszny* (wypełniający polecenia,

²⁸ P. Brzozowski, *Skala Wartości*, Warszawa 1989.

pełny szacunku), *uczciwy* (niezdolny do oszustwa, szczerzy, prawdomówny), *uprzejmy* (życzliwy, grzeczny wobec innych), *wybaczający* (gotowy do wybaczenia innym).

Hipoteza 8 – Zachodzą istotne statystycznie korelacje między poszczególnymi zmiennymi.

Analizy zasadnicze - różnice międzygrupowe w czynnikach Cattella

Poniższa tabela ukazuje różnice pomiędzy grupami – eksperymentalną (osoby hospitalizowane na COVID-19) a kontrolną, (osoby hospitalizowanych na oddziale internistycznym) w zakresie nasilenia czynników Cattelowskich.

Tabela 1. Porównanie grup eksperymentalnej i kontrolnej – czynniki Cattelowskie

Statystyki dla grup						
	grupa	Średnia	S	t	df	Istotność (dwustronna)
A	COVID-19	19,35	6,38	-1,22	78	0,225
	Interna	21,15	6,77			
B	COVID-19	14,40	3,43	-0,07	78	0,941
	Interna	14,45	2,56			
C	COVID-19	20,90	5,94	-2,05	78	0,043
	Interna	24,03	7,56			
E	COVID-19	16,85	5,78	-1,44	78	0,154
	Interna	18,73	5,87			
F	COVID-19	18,55	6,80	-1,59	78	0,116
	Interna	20,75	5,50			
G	COVID-19	24,50	5,90	2,23	78	0,029
	Interna	21,68	5,43			
H	COVID-19	20,53	8,58	-3,13	78	0,002
	Interna	26,35	8,08			
I	COVID-19	20,80	5,14	1,67	78	0,099
	Interna	18,78	5,70			
L	COVID-19	20,60	5,34	2,17	78	0,033
	Interna	18,13	4,84			
M	COVID-19	16,18	5,13	0,58	78	0,562
	Interna	15,50	5,22			
N	COVID-19	18,18	6,00	-1,29	78	0,202
	Interna	19,68	4,28			
O	COVID-19	19,40	8,78	2,05	78	0,043
	Interna	15,15	9,70			

Q1	COVID-19	16,00	4,72	-2,28	78	0,026
	Interna	18,80	6,19			
Q2	COVID-19	20,35	6,01	1,64	78	0,104
	Interna	18,05	6,50			
Q3	COVID-19	20,83	5,61	-0,43	78	0,670
	Interna	21,35	5,35			
Q4	COVID-19	19,48	5,51	2,15	78	0,035
	Interna	16,13	8,20			

K – COVID-19 (grupa eksperymentalna)

M – Interna (grupa kontrolna)

Istotnie statystycznie różnice międzygrupowe wystąpiły w skalach: C (dojrzałość emocjonalna – neurotyczność), G (wysokie superego – niskie superego), H (odporność – brak odporności), L (nadmierna podejrzliwość – brak podejrzliwości), O (depresyjna niepewność siebie – pewność siebie), Q₁ (radyzm – konserwatyzm), Q₄ (wysokie napięcie ergiczne – niskie napięcie ergiczne).

Osoby chore na COVID-19 otrzymały wyższe wyniki w skalach: G, L, O, Q₄ oraz niższe wyniki w skalach: C, H, Q₁. Może to świadczyć o tym, że osoby hospitalizowane na COVID-19 są bardziej odpowiedzialni i konserwatywni, ale także bardziej podejrzliwi, depresyjni oraz neurotyczni, mniej wytrwali niż osoby z grupy kontrolnej. Otrzymane wyniki wskazują, że są oni również bardziej napięci i pobudliwi niż osoby hospitalizowane na schorzenia intranistyczne. Odnosząc jednak średnie grupy eksperymentalnej w tych skalach do skali stenowej okazuje się, że są to wyniki przeciętne.

Analizy zasadnicze – różnice międzygrupowe w skali wartości Rokeacha

Różnice grupowe ukazują odpowiedź na pytanie: czy między grupami – eksperymentalną i kontrolną – występują różnice w systemach wartości.

Zostało już stwierdzone, że w tej skali nie mogą być użyte testy parametryczne, wyniki zostaną więc zanalizowane za pomocą statystyki U Manna-Whitneya – jest to nieparametryczny odpowiednik testu t-studenta dla prób niezależnych. Poniżej znajduje się tabela ze szczegółowymi wynikami porównań.

Tabela 2. Porównanie grup eksperymentalnej i kontrolnej – wartości ostateczne

grupa	COVID-19			Interna				
	Mediana	Minimum	Maksimum	Mediana	Minimum	Maksimum	U Manna - Whitney	Istotność
Bezpieczeństwo narodowe	13,5	4	18	12	2	18	680	0,247
Bezpieczeństwo rodziny	5	1	17	5	1	18	797	0,977
Dojrzała miłość	7	1	17	5	1	18	721	0,445
Dostatnie życie	14	3	18	12	1	18	626	0,093
Mądrość	6	2	17	6	2	16	766,5	0,746
Poczucie dokonania	11	3	18	13	2	17	741	0,569
Poczucie własnej godności	9,5	2	17	9	2	16	745,5	0,598
Pokój na świecie	10	2	18	8	1	18	675,5	0,230
Prawdziwa przyjaźń	5	1	17	6	2	18	694	0,306
Przyjemność	14	3	18	14	3	18	712	0,394
Równowaga wewnętrzna	7	1	17	8	1	16	785,5	0,889
Równość	8	2	18	12	2	17	458	0,001
Szczęście	5,5	1	14	8,5	1	17	591,5	0,044
Świat piękna	14	3	18	14	6	18	730,5	0,502
Uznanie społeczne	13	5	18	13	5	18	724,5	0,465
Wolność	6	1	15	7	2	15	742	0,575
Zbawienie	1	1	18	1	1	18	718	0,380
Życie pełne wrażeń	15	2	18	10,5	3	19	672	0,216

K – COVID-19 (grupa eksperymentalna)

M – Interna (grupa kontrolna)

Osoby hospitalizowane na COVID-19 cenią wyżej takie wartości ostateczne jak: równość i szczęście. Natomiast osoby hospitalizowanych na oddziale internistycznym bardziej preferują dostatnie życie (poziom tendencji statystycznej).

Tabela 3. Porównanie grup eksperymentalnej i kontrolnej – wartości instrumentalne

grupa_	COVID-19			Interna				
	Mediana	Minimum	Maksimum	Mediana	Minimum	Maksimum	U Manna - Whitneya	Istotność
Ambitny	11	1	18	7	1	18	642	0,128
Czysty	12	1	18	9,5	2	18	663	0,187
Intelektualista	11	1	18	11	1	18	769	0,765
Kochający	4	1	15	3	1	18	722	0,445
Logiczny	12	2	18	14	1	18	640	0,122
Niezależny	10	1	18	12	1	18	611,5	0,069
Obdarzony wy- obraźnią	11	1	18	10	1	18	743	0,582
Odpowiedzialny	5	1	17	5,5	1	17	657,5	0,168
Odważny	10	1	17	9	2	17	744,5	0,592
Opanowany	7,5	1	17	9	2	18	787	0,900
Szerokich hory- zontach	14	1	18	13	5	18	791,5	0,935
Pogodny	8,5	1	18	10	2	18	704,5	0,355
Pomocny	8	1	18	6	1	17	741,5	0,572
Posłuszny	13	2	18	10,5	1	18	711,5	0,392
Uczciwy	5	1	18	7,5	1	18	763	0,721
Uprzejmy	9	2	17	10	2	18	780,5	0,851
Uzdolniony	14	2	18	13,5	3	18	756	0,671
Wybaczący	8	1	18	8	1	18	743	0,582

K – COVID-19 (grupa eksperymentalna)

M – Interna (grupa kontrolna)

Otrzymane wyniki świadczą, że pomiędzy osobami chorymi na COVID-19 a chorymi na oddziale internistycznym nie ma widocznych różnic w wyborze wartości instrumentalnych. Jedynie wartość: *niezależny* jest silniej preferowana przez chorymi na COVID-19 (na poziomie tendencji statystycznej).

Analizy zasadnicze – korelacje między zmiennymi

U osób hospitalizowanych na COVID-19, biorąc pod uwagę wartości ostateczne, dodatnio korelują: bezpieczeństwo narodowe z: dominacją, surgencją i niekonwencjonalnością; bezpieczeństwo rodzinne z niekonwencjonalnością; poczucie dokonania z wysoką inteligencją, uległością, wysokim superego; prawdziwa przyjaźń z radykalizmem; równowaga wewnętrzna z brakiem odporności, racjonalizmem; równość z radykalizmem; świat piękna z niskim superego; uznanie społeczne z cyklotymią; zbawienie z radykalizmem; życie pełne wrażeń z desurgencją, konwencjonalnością i prostotą.

Przy wartościach instrumentalnych dodatnio korelują: czysty z: dojrzałością emocjonalną, pewnością siebie; intelektualista z zależnością od grupy; kochający z: wrażliwością, samowystarczalnością; logiczny z cyklotymią; odważny z: wysokim superego, wrażliwością, prostotą; o szerokich horyzontach z konserwatyzmem; pogodny z: samowystarczalnością, wysoką samooceną; uprzejmy z radykalizmem.

W grupie hospitalizowanych na oddziale internistycznym, biorąc pod uwagę wartości ostateczne dodatnio korelują: bezpieczeństwo narodowe z: brakiem odporności, depresyjną niepewnością siebie, wysokim napięciem ergicznym; bezpieczeństwo rodzinne z samowystarczalnością; dojrzała miłość z brakiem podejrzliwości; dostatnie życie z dojrzałością emocjonalną; poczucie dokonania z brakiem wrażliwości; pokój na świecie z desurgencją; szczęście z: konwencjonalnością, z pewnością siebie, niskim napięciem ergicznym; świat piękna z: pewnością siebie, dojrzałością emocjonalną; uznanie społeczne z konserwatyzmem; wolność z surgencją; zbawienie z neurotycznością; życie pełne wrażeń z: prostotą, wysokim napięciem ergicznym.

W przypadku wartości instrumentalnych dodatnio korelują: ambitny z wysoką inteligencją; czysty z desurgencją i z konserwatyzmem; niezależny z prostotą; obdarzony wyobraźnią z konserwatyzmem; odpowiedzialny z brakiem inteligencji; pogodny z: konwencjonalnością, niskim napięciem ergicznym; posłuszny z: neurotycznością, dominowaniem, niekonwencjonalnością i depresyjną niepewnością siebie; uprzejmy z racjonalizmem; uzdolniony z surgencją; wybaczący z niską inteligencją.

Podsumowanie

W moich badaniach poszukiwałem czynników modyfikujących doświadczenie cierpienia w przebiegu choroby COVID-19. Celem było znalezienie odpowiedzi na pytanie, jakimi wartościami odznaczają się osoby w przebiegu choroby²⁹. Zastanawiałem się – czy dane cechy osobowości i poszczególne wartości mogą modyfikować doświadczenia cierpienia.

W pracy zostało postawionych 8 hipotez, przy czym hipoteza 8 ma jedynie charakter ogólny. Nie sprawdziły się hipotezy – 1, 2, 4, 5, 6, 7. Okazało się, że czynniki: A (cyklotymia – schizotypia), B (wysoka inteligencja – niska inteligencja), I (wrażliwość – brak wrażliwości), M (niekonwencjonalność – konwencjonalność), nie różnicują na poziomie istotnym statystycznie grupy eksperymentalnej z kontrolną. Także wartości wymienione w hipotezach – 6 i 7 – nie różnicują porównywanych grup.

Potwierdziła się hipoteza trzecia (3), zakładająca, że osoby hospitalizowane na COVID-19 będą odznaczać się wyższym nasileniem czynnika G („wysokie” superego – „niskie” superego).

Oprócz zakładanych w hipotezach różnic międzygrupowych okazało się, że badane grupy różnią się między sobą w nasileniu danych cech i preferencji danych wartości (które nie były wyszczególnione w hipotezach). Okazało się, że osoby hospitalizowane na COVID-19, w porównaniu z osobami hospitalizowanymi na oddziale internistycznym, cechują się niższym nasileniem czynników: C (dojrzałość emocjonalna – neurotyczność), H (odporność – brak odporności), Q₁ (radyzm – konserwyzm).

Analiza czynników wpływających na doświadczenie cierpienia jako rzeczywistości narzuconej z zewnątrz wpływa negatywnie na przeżywanie doświadczanej choroby oraz sprzyja poczuciu bezradności. Negatywne przeżywanie cierpienia wskazało związek, że chorzy na COVID-19 są bardziej neurotyczni, mniej odporni, bardziej konserwatywni w porównaniu z grupą kontrolną. Grupa eksperymentalna cechuje się także wyższym nasileniem czynników: L (nadmierna podejrzliwość – brak podejrzliwości), O (depresyjna niepewność siebie – pewność siebie) i Q₄ (wysokie napięcie ergiczne – niskie napięcie ergiczne). Oznacza to, że osoby chore na COVID-19 w porównaniu z chorymi na oddziale internistycznym są bardziej podejrzliwi, niepewni siebie oraz bardziej napięci. Można by zatem mówić, że są niedojrzali emocjonalnie, depresyjni, mało odporni. Ale nie jest to prawda, bo gdy średnie odniesiemy do norm, to okazuje się, że są to wyniki przeciętne. Wyniki badań mogą wskazywać istotnie na to, że osoby chore na COVID-19 (aniżeli chorzy na oddziale internistycznym) cenią

²⁹ J. Heitzman, *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*, „Psychiatria Polska” 2020, nr 54(2), s. 187-198.

sobie z wartości ostatecznych – „równość” i „szczęście”. Wynik odnoszący się do wartości instrumentalnych może być nieco niepokojący, gdyż okazało się, że grupa eksperymentalna bardziej aniżeli grupa kontrolna, ceni sobie wartości „niezależny”. Analizując poszczególne korelacje pomiędzy danymi zmiennymi widzimy, że wraz ze wzrostem preferencji „zbawienia” wzrasta nasilenie „radykałizmu” (Q_1).

Mam nadzieję, że wyniki mojej pracy okażą się pomocne, chociażby w niewielkim stopniu w dalszych badaniach oraz w łagodzeniu doświadczenia cierpienia w trakcie epidemii COVID-19. Wydaje się, że ważne byłoby, aby psycholodzy i psychiatrzy podjęli starania, aby osobom w przebiegu choroby zaoferować i ułatwić możliwość skorzystania z pomocy i wsparcia psychologicznego w radzeniu sobie ze zmianami osobowościowo – aksjologicznymi i jej konsekwencjami.

Doświadczenie cierpienia więc ma charakter wieloaspektowy i zależy od stopnia dojrzałości psychiczno-noetyczny „w związku z realizacją jego osobowego sposobu bycia i pełnienia swej egzystencji”³⁰. Aby cierpienie zostało przyjęte i zaakceptowane przez jednostkę, muszą być spełnione pewne warunki, które podkreśla V. E. Frankl w *Homo patiens*, że człowiek w nim jest wolny i może przyjąć odpowiednią postawę wobec cierpienia: odkryć możliwe znaczenie i sens cierpienia; transcendować cierpienie poprzez jego akceptację; cierpieć „za coś” lub „za/dla kogoś”; uświęcać cierpienie przez ofiarę³¹. Braki w tym zakresie mogą doprowadzić do poczucia wewnętrznej przegranej, destrukcji rozwoju oraz dezorganizacji funkcjonowania.

Bibliografia

- Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., Hollingsworth, T. D. *How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?* „The Lancet” 2020, 395 (10228); s. 931-934.
- Brzozowski P., *Uniwersalna hierarchia wartości – fakt czy fikcja?* „Przegląd Psychologiczny” 2004; 3: s. 261-276.
- Brzozowski P., *Uniwersalność struktury wartości: koncepcja Shaloma H. Schaartza*, „Roczniki psychologiczne” 2002, s. 28-52.
- Brzozowski, P., *Polska wersja testu wartości Rokeacha i jej teoretyczne podstawy*, „Przegląd Psychologiczny” 1986, s. 2.
- Brzozowski, P., *Skala Wartości*, Warszawa 1989.
- Chlewiński Z., *Podstawy a cechy osobowości*, Lublin 1987.
- Frankl E.V., *Homo patiens*, Warszawa 1984.
- Gorbalenya A.E., Baker S.C., Baric R.S., Groot de R.J., Drosten C., Gulyaeva A.A. i wsp. *Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses – a statement of the Coronavirus Study Group*, bioRxiv. 2020.

³⁰ K. Popielski, *Noetyczny wymiar osobowości*, Lublin 1994, s. 189.

³¹ V.E. Frankl, *Homo patiens*, Warszawa 1984, s. 79-80.

- Heitzman, J., *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*, „Psychiatria Polska” 2020; 54(2): s. 187-198.
- Jan Paweł II, *Salvifici doloris*, 1985.
- Nowakowska, M., *Polska adaptacja 16-czynnikowego Kwestionariusza Osobowości R. B. Cattella*, Psychologia Wychowawcza, Warszawa 1970, s. 478-501.
- Popielski K., *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*, Lublin 2008.
- Popielski K., *Noetyczny wymiar osobowości*, Lublin 1994.
- Popielski K., *Psychologia egzystencji. Wartości w życiu*, Lublin 2008.
- Rajkumar, R. P. *COVID-19 and mental health: A review of the existing literature*, „Asian Journal of Psychiatry” 2020, nr 102066.
- Rosłon J., *Cierpienie*, w: *Katolicyzm A-Z*. red. Z. Pawlak. Poznań 1982.
- Sanocki, W., *Kwestionariusze osobowości w psychologii*, Warszawa 1986.
- Siek, S., *Struktura osobowości*, Warszawa 1986.
- Wojciszke, B. *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*, Warszawa 2002.

Strony internetowe:

- <https://www.gov.pl/web/koronawirus/eykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov2> [dostęp: 27.07.2020].
- <https://www.gov.pl/web/koronawirus/eykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov2> [dostęp: 27.07.2020].
- <https://www.gov.pl/web/zdrowie/pierwszy-przypadek-koronawirusa-w-polsce> [dostęp: 13.05.2020].
- <https://coronavirus.ihu.edu/map.html> [dostęp: 30.07.2020].
- <http://ptbst.org.pl/badania> [dostęp: 02.06.2021].