

Joanna Chwaszcz
Iwona Niewiadomska
Anna Ostrowska

OGRANICZENIA PRAW I WOLNOŚCI CZŁOWIEKA A KONDYCJA ZDROWOTNA I ZADOWOLENIE Z ŻYCIA W CZASIE PANDEMII COVID-19

Wprowadzenie

Walka z wirusem SARS-CoV-2 zmusiła władze państw całego świata do podjęcia bezprecedensowych działań zmierzających do zapobiegania niekontrolowanemu rozprzestrzenianiu się wirusa. W zasadzie każde z tych działań wiąże się z wprowadzeniem niespotykanych dotychczas w tak dużej skali i natężeniu ograniczeń praw i wolności człowieka. Przedmiotem artykułu jest analiza tych ograniczeń i ich wpływu na ludzką kondycję psychofizyczną. Przyjęto, że miarą, która trafnie wyraża samopoczucie człowieka w sytuacji pandemii jest zadowolenie ze zdrowia i z życia. Z perspektywy psychologicznej zadowolenie z życia jednostki określa jej subiektywna ocena doświadczeń, na które składają się: postrzeganie przez osobę jej pozycji w życiu, w jej kontekście kulturowym, systemie wartości oraz relacji do własnych zainteresowań, celów, oczekiwań i standardów [Post 2014, 167-80]. Na tak rozumiane poczucie zadowolenie z życia ma wpływ wiele czynników, m.in.: relacje interpersonalne, środowisko życiowe, stan psychofizyczny

Dr JOANNA CHWASZCZ, Katedra Psychoprofilaktyki Społecznej, Wydział Nauk Społecznych, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II; adres do korespondencji: Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin, Polska; e-mail: chwaszcz@kul.pl; <https://orcid.org/0000-0001-7068-4696>

Dr hab. IWONA NIEWIADOMSKA, prof. KUL, Katedra Psychoprofilaktyki Społecznej, Wydział Nauk Społecznych, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II; adres do korespondencji: Al. Raclawickie 14, 20-950 Lublin, Polska; e-mail: iwona.niewiadomska@kul.pl; <https://orcid.org/0000-0002-0244-2748>

Dr ANNA OSTROWSKA, Katedra Prawa Administracyjnego i Nauki o Administracji, Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie; adres do korespondencji: Pl. Marii Skłodowskiej-Curie 5, 20-031 Lublin, Polska; e-mail: ostrowska@poczta.umcs.lublin.pl; <https://orcid.org/0000-0003-0058-5814>

[Pukeliene i Starkauskiene 2011, 445-50]. Odczuwana przez człowieka jakość życia jest bezpośrednio związana z możliwością pozyskiwania i gromadzenia zasobów, takich jak m.in. kompetencje indywidualne, relacje rodzinne, przyjacielskie, doświadczenie zawodowe, zdrowie, odpoczynek. Proces gromadzenia zasobów jest jednak związany z ich dostępnością w środowisku i możliwością eksplorowania tego środowiska. Utrata zasobów wiąże się z obniżeniem poczucia jakości życia i ma miejsce w sytuacji ograniczeń dostępu do zasobów lub dysfunkcji w umiejętności ich pozyskiwania [Hobfoll i Shirom 2001, 57-80]. Faktem jest, że w czasie pandemii COVID-19 znacząco ograniczony został dostęp do pozyskiwania zasobów środowiskowych. Jak sytuacja ta wpłynęła na odczuwaną przez człowieka jakość życia? Podjęte w artykule rozważania mają charakter prawno-psychologiczny.

1. Wolności i prawa człowieka

W istocie nieliczne prawa i wolności człowieka mają status praw absolutnych, niepodlegających żadnym ograniczeniom, czego przykładem jest absolutny zakaz stosowania tortur, niehumanitarnego lub poniżającego traktowania albo karania, wynikający z art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka¹. Zdecydowana większość z nich to prawa i wolności kwalifikowane, czyli takie, które mogą być ograniczane w imię ochrony innych dóbr i wartości. W polskim systemie prawnym podstawę działań władz publicznych w tym zakresie stanowi art. 31 Konstytucji RP², który obejmuje wolność człowieka ochroną prawną (ust. 1), zobowiązuje każdego do szanowania wolności i praw innych osób oraz wprowadza zakaz zmuszania podmiotu prawa do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje (ust. 2) i – co najistotniejsze z punktu widzenia analizowanego w niniejszym opracowaniu problemu – określa przesłanki ograniczeń konstytucyjnych praw i wolności człowieka (ust. 3). W myśl ostatnio powołanej normy, „ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego

¹ Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności, podpisana w Rzymie 4 listopada 1950 r., https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_POL.pdf [dostęp: 06.03.2021].

² Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw”.

Dyspozycja cytowanej normy prawnej z jednej strony upoważnia władzę ustawodawczą do wprowadzania ograniczeń praw i wolności człowieka, z drugiej zaś, będąc częścią najważniejszego aktu normatywnego w państwie, stanowi wentyl bezpieczeństwa zapobiegający nadużywaniu tego upoważnienia, nawet w stanach szczególnych zagrożeń. Już z językowej wykładni art. 31 ust. 3 Konstytucji wynika bowiem, że wprowadzenie ograniczeń jest dopuszczalne jedynie w zakresie niezbędnym dla ochrony wymienionych tam dóbr i pod warunkiem nienaruszenia istoty wolności i praw. W praktyce oznacza to zakaz arbitralności wprowadzania ograniczeń praw i wolności człowieka, czy, inaczej rzecz ujmując, obowiązek poszukiwania równowagi pomiędzy interesem publicznym usprawiedliwiającym określone restrykcje a swobodą korzystania z praw i wolności.

Omawiana regulacja prawna ma szczególne znaczenie w dobie walki z koronawirusem, podczas której działania władz publicznych wszystkich państw świata zostały podporządkowane zapobieganiu rozprzestrzenianiu się pandemii. Obok międzynarodowych standardów ochrony praw i wolności człowieka wyrażonych m.in. w Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, stanowi ona odporną na zmiany polityczne, społeczne i gospodarcze gwarancję zachowania podstawowych standardów demokratycznego państwa prawa, którego nieodzownym komponentem jest poszanowanie ludzkiej godności. Norma ta zapobiega wykorzystywaniu stanu szczególnego zagrożenia i związanej z nim powszechnej atmosfery strachu przed chorobą dla stosowania nadmiernych, arbitralnych lub niesprawiedliwych restrykcji, a zwłaszcza zaostrzaniu sankcji karnych. Działania władz, które nakładają ograniczenia praw i wolności człowieka, powinny być zatem uzasadnione, konieczne, ograniczone w czasie i proporcjonalne do zagrożenia związanego z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2.

Podsumowując ten wątek rozważań, należy wskazać, że na gruncie polskiego systemu prawnego prawa i obowiązki człowieka mogą być ograniczane, jednakże z zachowaniem standardów konstytucyjnych i międzynarodowych [Granowska 2020, 1-26]. Trzeba mieć jednak świadomość, że za-

chowanie tych standardów w dobie pandemii jest olbrzymim wyzwaniem zarówno dla władzy ustawodawczej, wykonawczej, jak i sędowniczej.

Walka z wirusem uderzyła w każdą kategorię praw i wolności człowieka, zarówno w wolności i prawa o charakterze osobistym, jak i w prawa polityczne oraz socjalne. Wiąże się ona z ograniczeniami wolności poruszania się, wolności sumienia i wyznania, wolności zgromadzeń, czy wolności działalności gospodarczej (chodzi m.in. o ograniczenia związane z tzw. *lock-down'em*, tj. dotyczące zakazów i ograniczeń opuszczania miejsca zamieszkania, ograniczenia liczby uczestników uroczystości religijnych, zakazy i ograniczenia dotyczące organizowania imprez, zamknięcie restauracji, hoteli, obiektów handlowych etc.). Jest to naturalna konsekwencja wprowadzenia izolacji oraz dystansu społecznego jako podstawowych narzędzi walki z pandemią.

Dynamika rozwoju i rozprzestrzeniania się pandemii oraz jej następstwa, na które przecież żadne z państw na świecie nie było przygotowane, powodują, że częstokroć prawne instrumenty wprowadzane dla zapobieżenia, czy choćby zminimalizowania negatywnych skutków pandemii, mają efekty uboczne, które same w sobie stają się źródłem nowych zagrożeń w skali ogólnospołecznej i jednostkowej. Z jednej strony pandemię koronawirusa i towarzyszące jej obostrzenia określa się jako doświadczenie pokoleniowe, wspólne dla ludzi z całego świata, z drugiej strony nie sposób nie dostrzec, że jest to kolejne źródło pogłębiania nierówności społecznych, zwiększania się dystansu pomiędzy bogatymi i biednymi, zwłaszcza w zakresie dostępu do odpowiedniej opieki medycznej, badań diagnostycznych, testów, marginalizowania potrzeb osób z problemami natury psychicznej, mniejszości narodowych, osób niepełnosprawnych fizycznie czy intelektualnie, osób bezrobotnych, ofiar znęcania. Niewątpliwie problem nierówności i dyskryminacji istniał już wcześniej, ale ujawniona w okresie pandemii krótkowzroczność władz nawet wysoko rozwiniętych państw, w tym niska wydolność krajowych systemów opieki zdrowotnej spowodowała, że zyskał on nowy, niepokojący wymiar.

W dłuższej perspektywie dotkliwe skutki dla funkcjonowania wielu społeczeństw może mieć szerokie delegowanie kompetencji prawodawczych do władzy wykonawczej. W dobie dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości i braku możliwości prognozowania przyszłych wydarzeń poszukuje się spo-

sobów szybkiego i skutecznego reagowania również w sferze regulacji prawnych. U prawodawcy pojawia się pokusa „nadażania za rzeczywistością”, a co za tym idzie, upraszczania procedur tworzenia prawa i skracania ścieżki legislacyjnej, co w zasadzie zawsze odbywa się kosztem jakości tworzonego prawa [Izdebski 2021, 29-58]. U adresatów tego prawa powstaje stan niepewności co do ich sytuacji prawnej wywołujący poczucie zagrożenia³.

Skutecznym instrumentem walki z pandemią oraz funkcjonowania człowieka w okresie pandemii są również rozwijające się w zawrotnym tempie technologie teleinformatyczne. Jedne pozwalają zlokalizować osoby przebywające na kwarantannie, inne z kolei służą realizacji podstawowych praw człowieka, takich jak prawo do ochrony zdrowia (telemedycyna), prawo do edukacji (nauczanie zdalne na poziomie szkolnym i uniwersyteckim), czy prawo do pracy (praca zdalna, rozwój wymiany informacji). Z rozwojem szeroko wykorzystywanych w dobie pandemii technik teleinformatycznych wiąże się przetwarzanie na niespotykaną dotąd skalę danych osobowych, co może budzić obawy związane z naruszeniem prawa do prywatności, a nawet obawy przed tworzeniem systemu nadzoru obywateli. W ramach narzędzi w walce z pandemią władze wielu państw rozważają wprowadzenie mobilnych aplikacji pozwalających na lokalizowanie osób zarażonych lub przebywających na kwarantannie. W takiej sytuacji konieczne jest wprowadzenie prawnych gwarancji w celu zminimalizowania ryzyka naruszenia prawa do ochrony danych osobowych i prywatności.

2. Psychologiczne i społeczne korelaty poczucia zadowolenia z życia i zdrowia w czasie pandemii COVID-19

Według S. Hobfolla posiadane zasoby i ich wzrost wiążą się z wyższą jakością życia, zaś utrata z niższą. Zasoby należy rozumieć jako pewne wartości dla człowieka, które są mu niezbędne do przeżycia lub podniesienia jakości życia. Zasobami mogą być: relacje z innymi osobami, stabilna praca, rodzina, pieniądze, zdrowie, kompetencje i umiejętności czy przedmioty, jak np. samochód, dom. Osoby zdolne do tworzenia, gromadzenia i utrzymywania zasobów, rzadziej je tracą, a tym samym doświadczają poczucia sukcesu i zysku, co przekłada się na zadowolenie z życia [Hobfoll 1998]. Straty zasob-

³ Szerzej na temat niepewności sytuacji prawnej jednostki zob. Ostrowska 2020, 23-32.

bów wiążą się z obniżeniem poziomu jakości życia [Taylor, Kulkarni i Shirashi 2006, 3-15; Holmgreen, Tirone, Gerhart, i in. 2017, 443-57]. Straty zasobów socjoekonomicznych pośrednio wpływają na zwiększenie syndromu depresji, a ta z kolei obniża jakość życia. Dodatkowo niski poziom dostępności zasobów socjoekonomicznych wiąże się z nasileniem uzależnień, jest zarówno czynnikiem ryzyka, jak i skutkiem uzależnienia [Lee, Chung, Seok Seo, i in. 2020]. Osoby niskozasobowe częściej doświadczają ekstremalnych konsekwencji sytuacji trudnych, są one nie tylko bardziej podatne na utratę zasobów, ale też na ciąg strat [Hobfoll 1998]. Spirale strat powstają, ponieważ stresory wymagają radzenia sobie w formie inwestycji zasobów. Kiedy człowiek dysponuje niewystarczającymi do tego procesu zasobami, inwestycja zasobów może okazać się ryzykowna, powodując dalsze straty. Spirale strat są szczególnie prawdopodobne w sytuacjach charakteryzujących się długotrwałym stresem [Hobfoll i Shirom 2001, 57-80]. Osoby, którym brakuje zasobów, według teorii Hobfolla, prawdopodobnie przyjmą postawę obronną, aby zachować swoje ograniczone zasoby. Mogą one także przejawiać radzenie społeczne w sytuacji, w której winę za doświadczone straty przypisują społeczeństwu [Breznitz 1983; Hobfoll 1998; Hobfoll i Shirom 2001]. W badaniach Chwaszcz i współpracowników, prowadzonych w marcu 2020 r. wykazano, że poczucie jakości życia osób korzystających z pomocy psychologicznej wiązało się negatywnie ze stratą zasobów, używaniem substancji psychoaktywnych, zaprzestaniem podejmowania działań oraz obwinianiem siebie. Pozytywne związki otrzymano pomiędzy poczuciem jakości życia a zyskami zasobowymi oraz strategiami radzenia sobie, takimi jak poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i pozytywne przewartościowanie. Negatywne związki zaobserwowano pomiędzy zadowoleniem ze zdrowia a stratami zasobów oraz radzeniem sobie poprzez: używanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań, obwinianie siebie, wyładowanie i zaprzeczanie zaistniałej sytuacji. Jakość życia osób badanych w dziedzinie fizycznej korowała dodatkowo z zyskami zasobów oraz takimi strategiami zaradczymi, jak pozytywne przewartościowanie i akceptacja zaistniałej sytuacji. Zadowolenie z funkcjonowania fizycznego wzrastało wraz ze wzrostem zysków zasobowych, wzrostem akceptacji zaistniałej sytuacji oraz szukaniem pozytywnych stron w zaistniałej sytuacji. Zmiennymi, które najlepiej tłumaczyły poziom jakości życia były: poziom zysków i strat zasobowych oraz strategie radzenia sobie ze stresem, które można określić jako bezradność,

obejmujące: zaprzestanie działań, obwinianie siebie oraz używanie substancji psychoaktywnych. Strategie te pełniły rolę pośredniczącą pomiędzy stratami i zyskami zasobowymi a uogólnionym poczuciem jakości życia. Wzmacniały negatywny efekt strat zasobowych na jakość życia i obniżały pozytywny efekt zysków zasobowych na jakość życia [Chwaszcz, Palacz-Chrisidis, Wiechetek, i in. 2021].

Celem badań prezentowanych w artykule było poznanie stanu kondycji fizycznej i psychicznej osób żyjących w Polsce w czasie ograniczeń związanych z pandemią COVID-19 po 10 miesiącach jej trwania. Kolejnym celem było poznanie związków kondycji fizycznej i psychicznej z takimi zmiennymi, jak spostrzeganie przez osoby badane ograniczeń związanych z pandemią, poczuciem beznadziejności i używaniem substancji psychoaktywnych. Podstawą postawienia takiego celu badań były wnioski ekspertów Organizacji Narodów Zjednoczonych w zakresie obniżenia zdrowia psychicznego osób na całym świecie wskutek stanu pandemii COVID-19⁴ oraz wcześniejsze wyniki badań wskazujące na znaczenie dla kształtowania jakości życia osób w czasie pandemii strategii zaradczych o charakterze beznadziejności obejmujących: zaprzestanie działań, używanie substancji psychoaktywnych oraz obwinianie siebie. Strategie te wskazują na syndrom depresji, którego bardzo czułą miarą jest poczucie beznadziejności, które postanowiono monitorować w przedmiotowym badaniu. Badania przeprowadzono na 523 respondentach metodą ankiety elektronicznej. Badaczami byli uczestnicy seminarium magisterskiego z Psychoprofilaktyki patologii społecznej w Instytucie Psychologii KUL. Rozsyłali oni ankiety metodą kuli śnieżnej, osoby badane polecały kolejne osoby do badań. Ankiety kierowano do osób dorosłych powyżej 19 roku życia, które wyraziły zgodę na udział w badaniu. Badanym zapewniono anonimowość poprzez to, że wyniki przesłane przez osobę badaną trafiały do ogólnego zbioru danych, bez pośrednictwa badacza, ankiety nie wymagały też podawania danych osobowych.

Ankieta elektroniczna zawierała kilka kwestionariuszy. O poczucie kondycji zdrowotnej zapytano: Jak ocenia Pan/Pani swoją kondycję zdrowotną? Skala odpowiedzi miała charakter skali 5 stopniowej (bardzo zła, zła, trudno określić, dobra, bardzo dobra). O poczucie zadowolenia z życia zapytano:

⁴ Zob. raport ONZ „COVID-19 and the need for action on mental health” (United Nations, 13 maj 2020).

W jakim stopniu jest Pan/Pani zadowolony(a) ze swojego życia? Do odpowiedzi zastosowano skalę 5 stopniową (bardzo niskim, niskim, trudno określić, wysokim, bardzo wysokim). Do weryfikacji spostrzegania ograniczeń związanych z sytuacją pandemii zastosowano pytania: Proszę określić, w jakim stopniu obawia się Pan/Pani COVID-19; Proszę określić, w jakim stopniu aktualna sytuacja związana z pandemią COVID-19 ogranicza Pana/Pani aktywność towarzyską/społeczną?; Proszę określić, w jakim stopniu aktualna sytuacja związana z pandemią COVID-19 ogranicza Pana/Pani aktywność zawodową; Proszę określić, w jakim stopniu aktualna sytuacja związana z pandemią COVID-19 ogranicza Pana/Pani aktywność edukacyjną lub możliwość rozwoju. Skala odpowiedzi była 10 stopniowa z zaznaczonymi skrajnymi odpowiedziami od „w bardzo małym stopniu” do „w bardzo dużym stopniu”. Używanie substancji psychoaktywnych zweryfikowane zostało przy użyciu Maudsley Addiction Profile. Kwestionariusz mierzy częstotliwość używania różnych rodzajów środków psychoaktywnych, zachowania zagrażające zdrowiu, objawy fizyczne i psychiczne, funkcjonowanie zawodowe i społeczne [Marsden, Gossop, Stewart, i in. 1998, 1857-867]. W polskiej adaptacji rzetelność testu mierzona metodą test-retest w okresie 14 dni wskazała, że współczynniki korelacji wynosiły od 0,68 do 0,98 dla poszczególnych części kwestionariusza. Otrzymane współczynniki zgodności wewnętrznej α -Crombacha były wysokie (od 0,68 do 0,98). Kwestionariusz MAP należy uznać za trafne narzędzie zbierania danych dotyczących częstotliwości zażywania różnych substancji i wynikających stąd konsekwencji, zarówno podmiotowych, jak i społecznych [Hornowska 2006, 11-17]. Poczucie beznadziejności zbadano przy użyciu Hopelessness Scale w polskiej adaptacji P. Olesia i A. Jurosa. Symptom beznadziejności jest rozumiany jako specyficzny sposób myślenia i postrzegania świata oraz swojego miejsca w świecie w kontekście własnych doświadczeń, działań, odczuć. Charakteryzuje się negatywną ocenę terażniejszości i przyszłości. Skala posiada bardzo dobre wartości psychometryczne. Korelacja wyników skali beznadziejności z klinicznymi ocenami poczucia beznadziejności wśród pacjentów po próbie samobójczej wyniosła 0,67, przy $p=0,001$. Zgodność wewnętrzna α -Crombacha wyniosła 0.93 [Oleś i Juros 1986, 289-98].

Analizy danych dokonano przy wykorzystaniu programu IBM SPSS Statistics 25. Poniżej kolejno zaprezentowano statystyki opisowe, takie jak ilość obserwacji, procent, mediana dla poszczególnych zmiennych, a w dalszej

części artykułu korelacje między zmiennymi. Do obliczenia zależności korelacyjnych pomiędzy zmiennymi zastosowano test korelacji rho Spearman'a (ρ). Analiza ta jest nieparametrycznym odpowiednikiem klasycznego testu korelacji r-Pearsona, i znajduje swoje zastosowanie w sytuacji, gdy testowane zmienne przyjmują wartości rangowe. Przy interpretacji związków korelacyjnych odniesiono się do siły korelacji, jej kierunku oraz poziomu istotności.

Średni wiek osób badanych wyniósł 45 lat. Kobiety stanowiły 74% próby, mężczyźni 26%. Większość osób badanych pozostawało w związku małżeńskim (63%), następnie w stanie kawaler/panna (20%), po rozwodzie (6%), w wolnym związku (6%), osoby owdowiałe (4%), w separacji (1%). Badani w większości posiadali wykształcenie wyższe (78%), w 20% średnie i 3% zawodowe. 82% badanych do momentu badania nie chorowało na COVID-19, 18% badanych przeszło chorobę spowodowaną wirusem SARS-CoV-2.

2.1. Kondycja zdrowotna i poczucie zadowolenia z życia osób badanych

Tabela 1. Ocena kondycji zdrowotnej (N=523)

	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Bardzo zła	4	.8	.8	.8
Zła				
Trudno określić	29	5.5	5.5	6.3
Dobra				
Bardzo dobra	96	18.4	18.4	24.7
Ogółem	330	63.1	63.1	87.8
	64	12.2	12.2	100.0
	523	100.0	100.0	

Kondycja zdrowotna określona została przez osoby badane w znaczącej większości (63%) jako dobra. 18% badanych miało trudności z określeniem własnego stanu zdrowia. 12% określiło je jako bardzo dobre, 5,5% jako złe i niespełna 1% jako bardzo złe.

Tabela 2. Poczucie zadowolenia z życia (N=523)

	Częstość	Procent	Procent ważnych	Procent skumulowany
Bardzo niskim	2	.4	.4	.4
Niskim	25	4.8	4.8	5.2
Trudno określić	159	30.4	30.4	35.6
Wysoki	278	53.2	53.2	88.7
Bardzo wysoki	59	11.3	11.3	100.0
Ogółem	523	100.0	100.0	

Poczucie zadowolenia z życia odzwierciedla ocenę kondycji zdrowotnej osób badanych. Ponad 53% badanych jest w wysokim stopniu zadowolonych ze swojego życia. 30% ma trudności z określeniem stopnia zadowolenia z życia. 11% posiada bardzo wysoki stopień zadowolenia z życia. Prawie 5% badanych posiada niski poziom zadowolenia z życia, a niespełna pół procenta bardzo niski. Na uwagę zasługuje duża część badanych, która nie potrafi określić zadowolenia ze zdrowia i życia. W przypadku odniesienia do stanu zdrowia osoby te stanowią ponad 18% badanych. W przypadku odniesienia do zadowolenia z życia to aż ponad 30% badanych. Trudności w subiektywnej ocenie swojego stanu najprawdopodobniej wiążą się z brakiem zrozumiałości sytuacji, która otacza osoby badane, co przekłada się na trudność w ocenie własnego zadowolenia, które wyraża funkcjonowanie jednostki w określonym środowisku, z jego warunkami, regułami, możliwością zaspokajania potrzeb, pozyskiwania zasobów i perspektywą rozwoju.

2.2. Spostrzeganie przez osoby badane (N=523) ograniczeń związanych z pandemią

Osoby badane dzielą się wyraźnie na dwie grupy: obawiające się w wysokim i niskim stopniu COVID-19. Na pytanie dotyczące tego w jakim stopniu osoba obawia się koronawirusa połowa grupy badanej udzieliła odpowiedzi poniżej 5 (na 10 stopniowej skali), a druga połowa powyżej tego poziomu. Ograniczenia aktywności społecznej i towarzyskiej na skutek obostrzeń związanych z pandemią dostrzega już większość badanych, połowa osób ba-

danych uzyskała wynik powyżej 7 pkt. na 10 stopniowej skali. Ograniczenia aktywności zawodowej połowa badanych ocenia jako bardzo niskie (mediana 3), druga połowa badanych widzi je w różnym nasileniu od średnich do bardzo wysokich. W zakresie spostrzegania ograniczeń aktywności związanej z edukacją i rozwojem, osoby badane znowu dzielą się na dwie równe części (mediana 5). Połowa grupy spostrzega niskie ograniczenia aktywności zawodowej a połowa wysokie. Wszystkie badane formy ograniczeń połowa badanych spostrzega jako istotnie ograniczające ich aktywność, a druga połowa jako ograniczające ich aktywność w niewielkim stopniu. Sferą aktywności, w której zdecydowana większość badanych spostrzega ograniczenia aktywności jest sfera aktywności towarzyskiej i społecznej. Niewątpliwie wiąże się to z brakiem relacji bezpośrednich ze współpracownikami, rodziną czy znajomymi. Okruszek i współpracownicy zauważyli, że wdrożenie niezbędnych środków ostrożności w celu zwalczania pandemii prowadzi do drastycznego stłumienia bezpośrednich interakcji i potencjalnej erozji więzi społecznych [Okruszek, Aniszewska-Stańczuk, Piejka, in. 2020].

2.3. Używanie substancji psychoaktywnych przez osoby badane

Najczęściej spożywaną substancją psychoaktywną przez osoby badane był alkohol. Połowa badanych spożywa go z częstotliwością od czasami do bardzo często. Papierosy pali stale 13% badanych, 26% eksperymentuje z paleniem (pali okazjonalnie). Leki uspokajające na receptę przyjmuje stale 3% osób, sporadycznie 17% badanych. Leki uspokajające kupowane bez recepty przyjmuje często i bardzo często 1% badanych. Leki te rzadziej przyjmuje 32% badanych. Leki nasenne na receptę przyjmuje stale 3% badanych, a 9% okazjonalnie. Leki nasenne bez recepty przyjmuje stale 0,5%, a okazjonalnie 21% badanych. Środki psychotropowe używa od 10% badanych w przypadku konopi do 1% w przypadku opiatów, z częstotliwością od często do rzadko.

2.4. Poczucie beznadziejności wśród badanej próby

Brak poczucia beznadziejności lub jej minimalne nasilenie odczuwa 32% badanych. Łagodną beznadziejność objawiającą się lekkim obniżeniem nastroju, niepewnością co do oceny przyszłości oraz własnej skuteczności odczuwa 41% osób badanych. Beznadziejność umiarkowaną odczuwa 20% badanych. Z kolei głęboką beznadziejność odczuwa 7% badanej próby. Osoby,

które uzyskały wynik umiarkowany w skali HS cechuje skłonność do pesymistycznej oceny przyszłości, własnych działań i ich skuteczności. Cechuje je lęk przed przyszłością. Wynik umiarkowany wskazuje także na występującą skłonność do myśli samobójczych. W badaniach amerykańskich średni wynik uzyskany w skali HS wśród pacjentów psychiatrycznych dla osób po próbach samobójczych mieścił się w przedziale umiarkowanej beznadziejności. Badania te potwierdzili także Oleś i Juros w Polsce [Oleś i Juros 1986]. Głęboka beznadziejność wiąże się najprawdopodobniej z depresją i wysokim prawdopodobieństwem podjęcia próby samobójczej.

2.5. Zależności współwystępujące pomiędzy spostrzeganą przez badanych kondycją zdrowotną i zadowoleniem z życia a spostrzeganiem sytuacji pandemii

Tabela 3. Korelacje pomiędzy kondycją zdrowotną i zadowoleniem z życia a spostrzeganiem ograniczeń związanych z pandemią Covid-19 (N=523)

	Kondycja zdrowotna	Obawa przed COVID19	Ograniczenie aktywności społecznej	Ograniczenie aktywności zawodowej	Ograniczenie edukacji
Kondycja zdrowotna		-.170**	-.096*	-.025	-.018
Zadowolenie z życia	.422**	-.082	-.097*	-.094*	-.101*

Występuje dodatni związek o przeciętnej sile pomiędzy zadowoleniem z życia i oceną kondycji zdrowotnej. Oceny te są ze sobą związane. Osoby posiadające większe zadowolenie z życia wyżej oceniały własną kondycję zdrowotną. Ocena kondycji zdrowotnej koreluje słabo, negatywnie z obawą osób badanych przed COVID-19. Im wyższą kondycję zdrowotną posiadają badani, tym mniej obawiają się COVID-19. Obserwujemy także negatywny związek, jednak o bardzo słabej sile korelacji, pomiędzy oceną własnej kondycji zdrowotnej a spostrzeganiem ograniczeń w aktywności towarzyskiej i społecznej osób badanych. Im osoby wyżej oceniają swoją kondycję zdro-

wotną, tym spostrzegają w mniejszym stopniu sytuację pandemii jako ograniczającą ich aktywność towarzyską i społeczną. Z kolei zadowolenie z życia osób badanych nie wykazało związku z lękiem przed COVID-19. Zadowolenie z życia koreluje ujemnie, z siłą od bardzo słabej do słabej, z poczuciem badanych, że sytuacja pandemii ogranicza ich aktywność towarzyską i społeczną, zawodową, edukacyjną oraz rozwojową. Zadowolenie z życia osób badanych obniża się wraz z doświadczaniem ograniczeń aktywności towarzyskiej, społecznej, zawodowej, edukacyjnej i rozwojowej.

2.6. Zależności współwystępujące pomiędzy spostrzeganą przez badanych kondycją zdrowotną i zadowoleniem z życia a używaniem substancji psychoaktywnych

Tabela 4. Korelacje pomiędzy spostrzeganą kondycją zdrowotną i zadowoleniem z życia a używaniem substancji psychoaktywnych (N=523)

	Alkohol	Papierosy	Leki uspokajające na receptę	Leki uspokajające bez recepty	Leki nasenne na receptę	Leki nasenne bez recepty
Kondycja zdrowotna	0.073	-0.015	-.219**	-.202**	-.249**	-.094*
Zadowolenie z życia	-0.013	-.096*	-.199**	-.213**	-.181**	-.161**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Poczucie zdrowia koreluje negatywnie z przyjmowaniem leków uspokajających na receptę i bez recepty oraz leków nasennych na receptę i bez recepty. Korelacja jest słaba. Nie odnotowano zależności istotnych pomiędzy zadowoleniem ze swojej kondycji zdrowotnej a piciem alkoholu i paleniem papierosów. Trzeba jednak zaznaczyć, że oceny badanych w tym względzie są subiektywne i oznaczają, że badani nie dostrzegają takiego związku.

Odnotowano z kolei oprócz podobnych jak wyżej negatywnych zależności zadowolenia z własnego życia w czasie pandemii z przyjmowaniem leków uspokajających i nasennych, związek negatywny zadowolenia z życia z paleniem papierosów, o znikomej sile. Osoby przyjmujące leki uspokajające i nasenne oraz palące papierosy najprawdopodobniej będą posiadały niższe poczucie zadowolenia z życia w sytuacji pandemii.

2.7. Zależności współwystępujące pomiędzy spostrzeganą przez badanych kondycją zdrowotną i zadowoleniem z życia a poczuciem beznadziejności

W ostatnim kroku dokonano analizy związków pomiędzy zadowoleniem z kondycji zdrowotnej i zadowoleniem z życia a poczuciem beznadziejności, która jest predyktorem depresji i prób samobójczych.

Tabela 5. Korelacje pomiędzy oceną kondycji zdrowotnej i zadowoleniem z życia a poczuciem beznadziejności (N=523)

	Kondycja	Zadowolenie z życia
Poczucie beznadziejności	-.298**	-.390**

** $p < 0.01$.

Ocena kondycji zdrowotnej jak i zadowolenia z życia korelują ujemnie, z przeciętną siłą związku, z poczuciem beznadziejności. Wyniki te oznaczają, że wraz z obniżaniem się poczucia zdrowia i zadowolenia z życia wzrasta poczucie beznadziejności.

Podsumowanie

Badania osób (N=523) po 10 miesiącach trwania pandemii wskazują, że większość badanych ocenia stan swojego zdrowia jako dobry i bardzo dobry (75%). Podobnie większość badanych, ale już nie tak znaczna (65%), odczuwa zadowolenie ze swojego życia. Osoby niezadowolone ze swojego stanu zdrowia i życia stanowią zdecydowaną mniejszość (5-7%). Duża część badanych to osoby, które nie są w stanie ocenić stanu własnego zdrowia i zadowolenia z życia (od 18 do 30%). Niepokojący wynik uzyskano także

w nasileniu poczucia beznadziejności, które jest wskaźnikiem depresji i prób samobójczych, 20% badanych mieści się w przedziale umiarkowanej beznadziejności a 7% głębokiej. Wyniki te wskazywać mogą na rozwijający się u 27% osób badanych syndromy depresji i wzrastające ryzyko próby samobójczej. Nasilenie poczucia beznadziejności może wiązać się z trudnościami w ocenie własnego zdrowia i zadowolenia z życia [Antonovsky 1979]. U osób doświadczających sytuacji trudnej utrzymującej się przez dłuższy czas (10 miesięcy), związanej z ograniczeniami ich aktywności, na przebieg której i zakończenie nie mają wpływu, może dojść do rozwoju ambiwalencji w ocenie swojego zdrowia i zadowolenia z życia oraz obniżenia poczucia własnej skuteczności i rozwoju syndromu depresji. Badania prowadzone przez Brooks i współpracowników wykazują powiązania kwarantanny z negatywnymi skutkami psychologicznymi, takimi jak objawy stresu pourazowego, splątanie i gniew [Brooks, Webster, Smith, i in. 2020, 912-20]. W badanej próbie ocena stanu zdrowia osób badanych wiązała się negatywnie z lękiem przed koronawirusem, spostrzeganiem ograniczeń związanych z obostrzeniami jako zagrażające, z odczuwanym poczuciem beznadziejności oraz używaniem leków uspokajających i nasennych. Z kolei zadowolenie z życia wiązało się dodatkowo z kondycją zdrowotną, a negatywnie ze spostrzeganiem ograniczeń jako zagrażające, poczuciem beznadziejności, paleniem papierosów oraz przyjmowaniem leków nasennych i uspokajających. Przeprowadzone badania zwracają uwagę na to, że dla subiektywnej oceny zdrowia oraz poczucia zadowolenia z życia ważna jest interpretacja otaczającej rzeczywistości, a w niej między innymi nadawanie indywidualnych znaczeń wprowadzonym obostrzeniom polegającym na ograniczeniu swobód. Zrozumiałość otaczającego człowieka świata jest podstawą do zrozumienia i oceny siebie funkcjonującego w tym świecie, a to z kolei stanowi podstawę odczuwanego zadowolenia z życia. Ważne jest więc, aby zasady ograniczające swobody obywatelskie, wprowadzane na mocy obowiązujących przepisów prawnych, były zrozumiałe dla obywateli w kontekście ich znaczenia dla ochrony zdrowia i życia ludzkiego.

Przedstawione badania mają swoje ograniczenia, nie można otrzymanych wyników uogólnić na całą populację Polaków ze względu na to, że próba badawcza była względnie nieliczna i nie miała charakteru doboru losowego. Niemniej pokazują one ważne tendencje dotyczące zdrowia psychicznego

Polaków w kontekście życia od wielu miesięcy w sytuacji pandemii i wynikających z niej licznych obostrzeń.

Implikacje praktyczne, które można wysunąć z przeprowadzonych badań dotyczą:

1) Potrzeby ciągłego monitorowania stanu zdrowia Polaków, ze względu na występujące symptomy zaburzeń lękowych i depresji;

2) Należy zwrócić szczególną uwagę na monitorowanie oraz przeciwdziałanie rozwojowi strategii radzenia sobie z sytuacją trudną, takich jak używanie środków psychoaktywnych czy zaprzestanie działań i obniżenie poczucia własnej skuteczności (związane z wysokim poziomem poczucia beznadziejności). Strategie te mogą prowadzić do rozwoju zespołu uzależnienia z licznymi szkodami somatycznymi i psychicznymi lub zespołu poczucia wyuczonej bezradności czy depresji;

3) Rozważnego wprowadzania przepisów ograniczających aktywność społeczną, w taki sposób, aby chroniąc osoby przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 nie spowodować jednocześnie ciężkich deficytów zdrowia psychicznego społeczeństwa;

4) Zaplanowania i wdrażania wsparcia zdrowia psychicznego równoległe z wprowadzaniem obostrzeń wynikających ze stanu pandemii. Wprowadzenie działań naprawczych może być znacznie bardziej kosztowne i mniej efektywne niż działań prewencyjnych. Dodatkowo niektóre rozwinięte zaburzenia mogą być trudno odwracalne;

5) Planowania działań prewencyjnych i leczniczych adekwatnie do potrzeb poszczególnych grup/osób. W związku z czym działania te powinny być poprzedzone diagnozą potrzeb;

6) Wzmocnienia dostępności zasobów w przestrzeni społeczno-gospodarczej, co umożliwi uruchomienie procesów pozyskiwania zasobów przez członków społeczeństwa i odbudowanie utraconego w wyniku pandemii kapitału jednostkowego i społecznego, który przekłada się na odczuwaną jakość życia.

PIŚMIENNICTWO

Antonovsky, Aaron. 1979. *Health, Stress, and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- Breznitz, Shlomo. 1983. *The Denial of Stress*. New York: International University Press.
- Brooks, Samantha K., Rebecca K. Webster, Louise E. Smith, i in. 2020. „The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence.” *The Lancet* 395, nr 10227 (2020):912-20. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Chwaszcz, Joanna, Agnieszka Palacz-Chrisidis, Michał Wiechetek, i in. 2021. „The quality of life, resources, and coping during the first weeks of the COVID-19 pandemic in people seeking psychological counselling before the pandemic.” *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 34 (2):1-13. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01700>
- Granowska, Joanna. 2020. *Przestrzeganie praw człowieka w dobie pandemii COVID-19*. Stanowisko Rady Europy, Warszawa.
- Hobfoll, Stevan E. 1998. *Stress, Culture, and Community: The Psychology and Philosophy of Stress. The Plenum Series on Stress and Coping*. New York: Plenum Press.
- Hobfoll, Stevan E., i Arie Shirom. 2001. „Conservation of Resources Theory: Applications to Stress and Management in the Workplace.” W *Handbook of Organizational Behavior*, red. Robert T Golembiewski, wyd. 2, 57-80. New York: Marcel Dekker.
- Holmgreen, Lucie, Vanessa Tirone, James Gerhart, i in. 2017. „Conservation of Resources Theory: Resource Caravans and Passageways in Health Contexts.” W *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*, red. Cary L Cooper, i James Campbell Quick, 443-57. Chichester: John Wiley & Sons.
- Hornowska, Elżbieta. 2006. „Kwestionariusz MAP i jego wykorzystanie w obszarze uzależnień.” *Serwis informacyjny Narkomania* 2 (33):11-17.
- Izdebski, Hubert. 2021. „Legislacja dotycząca COVID-19 i ustawowy nihilizm.” W *Pandemia Covid-19 a prawa i wolności obywatela*, red. Teresa Gardocka, i Dariusz Jagiełło, 29-53. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.
- Lee, Soo Bi, Sulki Chung, Jeong Seok Seo, i in. 2020. „Socioeconomic resources and quality of life in alcohol use disorder patients: the mediating effects of social support and depression.” *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 15, nr 1:13. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00258-6>
- Marsden, John, Michael Gossop, Duncan Stewart, i in. 1998. „The Maudsley Addiction Profile (MAP): A Brief Instrument for Assessing Treatment Outcome.” *Addiction (Abin-gdon, England)* 93, nr 12:1857-867. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.1998.9312185711.x>
- Okruszek, Łukasz, Aleksandra Aniszewska-Stańczuk, Aleksandra Piejka, i in. 2020. „Safe but lonely? Loneliness, mental health symptoms and COVID-19.” Preprint. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/9njps>

- Oleś, Piotr, i Andrzej Juros. 1985-1986. „Symptom poczucia beznadziejności w kognitywno-afektywnej teorii depresji A. T. Becka: Skala «Hopelessness» – polska adaptacja.” *Summarium* 34-35:289-98.
- Ostrowska, Anna. 2020. *Niepewność sytuacji prawej jednostki w sferze stanowienia i obowiązywania miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Post, Marcel. 2014. „Definitions of quality of life: What has happened and how to move on.” *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation* 20, nr 3:167-80. <https://doi.org/10.1310/sci2003-167>
- Pukeliene, Violeta, i Viktorija Starkauskiene. 2011. „Quality of Life: Factors Determining Its Measurement Complexity.” *Engineering Economics* 22, nr 2:147-56. <https://doi.org/10.5755/j01.ee.22.2.311>
- Taylor, Renée R., Supriya Kulkarni, i Yukiko Shiraishi. 2006. „Conservation of Resources and Quality of Life in Individuals with Chronic Fatigue Syndrome.” *Journal of Chronic Fatigue Syndrome* 13, nr 4:3-15. https://doi.org/10.1300/J092v13n04_02

Ograniczenia praw i wolności człowieka a kondycja zdrowotna i zadowolenie z życia w czasie pandemii COVID-19

Streszczenie

Artykuł dotyczy rozważań pomiędzy wolnościami i prawami człowieka wynikającymi z Konstytucji RP a ograniczeniami związanymi z pandemią COVID-19 oraz analizuje wpływ tychże ograniczeń na zdrowie fizyczne i psychiczne obywateli. W artykule zaprezentowano badania przeprowadzone na próbie 523 osób dotyczące kondycji psychicznej i fizycznej osób badanych i ich związków ze spostrzeganiem ograniczeń, poczuciem beznadziejności oraz używaniem substancji psychoaktywnych. Artykuł zakończono implikacjami praktycznymi wynikającymi z badań.

Słowa kluczowe: COVID-19, pandemia, prawa obywatelskie, wolności, ograniczenie swobód

Restrictions on Human Rights and Freedoms and Health Condition and Life Satisfaction During the COVID-19 Pandemic

Abstract

The article presents the discussion between the freedoms and human rights resulting from the Constitution of the Republic of Poland and the limitations related to the COVID-19 pandemic and analyzes the impact of these limitations on the physical and mental health of citizens. The article presents research conducted on a sample of 523 people on the mental and physical condition of the respondents and their re-

lationship with the perception of limitations, hopelessness and the use of psychoactive substances. The article ends with the practical implications of the research.

Keywords: COVID-19, pandemic, civil rights, civil liberties, restriction of freedoms

Information about Author: Dr. JOANNA CHWASZCZ, Department of Social Psychoprevention, Faculty of Social Sciences, the John Paul II Catholic University of Lublin; correspondence address: Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin, Poland; e-mail: chwaszcz@kul.pl; <https://orcid.org/0000-0001-7068-4696>

Information about Author: Dr. habil. IWONA NIEWIADOMSKA, University Professor, Department of Social Psychoprevention, Faculty of Social Sciences, the John Paul II Catholic University of Lublin; correspondence address: Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin, Poland; e-mail: iwona.niewiadomska@kul.pl; <https://orcid.org/0000-0002-0244-2748>

Information about Author: Dr. ANNA OSTROWSKA, Department of Administrative Law and Administration Science, Faculty of Law and Administration, University of Maria Curie-Skłodowska in Lublin; adres do korespondencji: Pl. Marii Skłodowskiej-Curie 5, 20-031 Lublin, Poland; e-mail: ostrowska@poczta.umcs.lublin.pl, <https://orcid.org/0000-0003-0058-5814>