

Raport z badań

“Stresory, radzenie sobie oraz symptomy zaburzenia adaptacyjnego w czasie pandemii COVID-19”

dr hab. Małgorzata Dragan

mgr Magdalena Skrodzka

Piotr Grajewski

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego

Masowe zakażenia nowym koronawirusem SARS-CoV-2 i zachorowania na COVID-19, które ze względu na swój zasięg określono mianem pandemii, są zjawiskiem nowym dla współcześnie żyjących mieszkańców Europy, w tym Polski. Ta nieznana, zagrażająca zdrowiu i życiu sytuacja, której rozwój trudno przewidzieć, związana jest z szeregiem konsekwencji na poziomie indywidualnym oraz społecznym. Co więcej, sytuacja ta ma charakter szczególny, bowiem oprócz zagrożenia zdrowia i życia własnego oraz osób bliskich, wiąże się ona także z innymi obciążeniami, takimi jak przebywanie na kwarantannie, izolacja społeczna, utrata dochodów i zatrudnienia, konieczność pracy zdalnej, konflikty w pracy i w domu, utrata opieki nad dziećmi lub starszymi członkami rodziny.

W przeprowadzonym w czerwcu br. badaniu sprawdzaliśmy w jakim zakresie sytuacja pandemii koronawirusa i jej konsekwencje stanowią obciążenie psychiczne dla Polaków. Naszym celem było ustalenie, z jakimi rodzajami problemów mierzyli się w tym czasie uczestnicy. Chcieliśmy również poznać sposoby radzenia sobie ze stresem w czasie pandemii oraz zapytać uczestników o doświadczane emocje i objawy, a także formy pomocy, z jakich korzystali. Ponadto, interesowało nas przyjrzenie się związkowi pomiędzy czynnikami ryzyka oraz czynnikami ochronnymi dla zdrowia psychicznego.

O badaniu

Prezentowane badanie zostało zainicjowane przez Europejskie Towarzystwo Badań nad Stresem Traumatycznym (*European Society for Traumatic Stress Studies*, ESTSS). Podobne badania prowadzone są obecnie w 10 krajach Europy (Austria, Chorwacja, Gruzja, Holandia, Litwa, Niemcy, Polska, Portugalia, Szwecja, Włochy). Mają one charakter podłużny (minimum dwa punkty pomiaru, T1 i T2 - po 6 miesiącach) i prowadzone są na dużych próbach internetowych. Członkowie grupy badawczej ESTSS, której liderką jest dr Annett Lotzin z Uniwersyteckiego Centrum Medycznego Hamburg-Eppendorf, opracowali oryginalny kwestionariusz oraz protokół badawczy, który został opublikowany w *European Journal of Psychotraumatology* (Lotzin i in., 2020).

Dzięki przeprowadzeniu badań o charakterze międzynarodowym możliwe będzie porównanie wyników w odniesieniu do kontekstu społeczno-politycznego, bowiem różne kraje w różny sposób zareagowały na kryzys związany z pandemią. Niektóre z nich zdecydowały się na bardziej, a inne na mniej restrykcyjne rozwiązania (np. Włochy *versus* Szwecja). W Polsce stosunkowo wcześniej wprowadzono dosyć ściśle restrykcje (stan epidemii ogłoszono w 20 marca br.), które potem ulegały zmianie w zależności od rozwoju sytuacji.

W badaniu ESTSS odwołujemy się do modelu wielopoziomowej struktury zdrowia Światowej Organizacji Zdrowia (Solar i Irwin, 2010), w którym uwzględnia się społeczne determinanty nierówności w zdrowiu. Pośród tych uwarunkowań znajdują się doświadczane przez jednostkę i społeczeństwo stresory oraz inne czynniki ryzyka. W przypadku zdrowia psychicznego w czasie pandemii mogą to być zmienne socjoekonomiczne (np. utrata pracy czy dostęp do pomocy finansowej), wartości kulturowe i społeczne (np. stygmatyzacja niektórych grup czy ograniczenia praw osobistych), polityka społeczna i zdrowotna (np. dostęp do służby zdrowia czy warunki zatrudnienia) oraz wprowadzane przez władze rozporządzenia (np. zachowanie dystansu fizycznego, ograniczenia swobody poruszania się, przestrzeganie kwarantanny). Opracowane przez zespół ESTSS narzędzie badawcze uwzględnia te potencjalne uwarunkowania, łącznie z indywidualnymi

strategiami i dostępnymi formami pomocy stosowanymi w celu radzenia sobie ze stresem towarzyszącym pandemii. Przede wszystkim jednak w badaniu skoncentrowano się na rozpowszechnieniu objawów zaburzeń emocjonalnych związanych ze stresem i traumą. Wynika to z faktu, iż brakuje wiedzy na temat występowania tego rodzaju problemów w czasie pandemii (Javakhishvili i in., 2020).

W Polsce badanie trwało od 10 do 17 czerwca br., a więc około trzy miesiące po ogłoszeniu stanu epidemii i wprowadzeniu restrykcji dotyczących życia publicznego. Przeprowadzono je metodą online na panelu internetowym, uzyskując zbiór odpowiedzi od reprezentatywnej grupy badanych ($N = 1904$). Badanie otrzymało pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Wydziału Psychologii UW. Poniżej wprowadzamy główne pojęcia stosowane w raporcie oraz prezentujemy wybrane wyniki badania w podziale na pięć obszarów:

- (1) charakterystyka osób badanych,
- (2) sytuacja osobista w czasie pandemii,
- (3) nastrój i poczucie obciążenia w czasie pandemii,
- (4) zdrowie psychiczne w czasie pandemii,
- (5) odporność i radzenie sobie ze stresem w czasie pandemii.

Główne pojęcia

Stres i stresory - w niniejszym raporcie pojęcie stresu odnosi się do obciążenia odczuwanego przez osoby w sytuacji pandemii koronawirusa oraz reakcji osób na nią. Stresory to czynniki (zdarzenia, sytuacje, bodźce) wywołujące stres, zatem stresorem jest sama sytuacja pandemii, która wiąże się z zagrożeniem zdrowia i życia, oraz wynikające z niej konsekwencje, takie jak izolacja i inne restrykcje dotyczące życia społecznego, problemy w domu czy w pracy.

Czynniki ryzyka - to czynniki zwiększające prawdopodobieństwo wystąpienia określonych problemów, zaburzeń lub chorób.

Czynniki ochronne - to czynniki moderujące wpływ czynników ryzyka, a więc zmniejszające prawdopodobieństwo wystąpienia określonych problemów, zaburzeń czy chorób.

Zaburzenie adaptacyjne (*adjustment disorder*, AjD) - zaburzenie przystosowania w reakcji na silny stres rozpoznawane najwcześniej miesiąc po wystąpieniu stresora. Kryteria diagnostyczne zaburzenia zostały opisane w międzynarodowej klasyfikacji chorób WHO (ICD-11, 2018). Główne symptomy to zakłócenia funkcjonowania i silne zaabsorbowanie stresującą sytuacją.

Zespół stresu pourazowego, in. zaburzenie po stresie traumatycznym (*posttraumatic stress disorder*, PTSD) - zaburzenie stwierdzone najwcześniej miesiąc po doświadczeniu stresora traumatycznego, a więc związanego z zagrożeniem życia lub zdrowia (trauma). Kryteria zaburzenia zostały opisane w ICD-11 (2018) obok zaburzenia adaptacyjnego - wspólne należą do grupy zaburzeń psychicznych związanych z traumą i stresem. Główne symptomy to ponowne przeżywanie traumy, unikanie bodźców z nią związanych czy objawy nadmiernego pobudzenia (m.in. nadmierna czujność, zachowania agresywne, problemy ze snem).

Narzędzia badawcze

Głównym narzędziem badawczym jest kilkuczęściowy kwestionariusz opracowany przez zespół ESTSS, zawierający pytania dotyczące charakterystyk socjodemograficznych (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, itp.) oraz indywidualnych czynników ryzyka (takich jak kontakt osobisty z ludźmi w pracy czy diagnoza zaburzenia psychicznego). Ponadto kwestionariusz zawiera pytania o odczuwane obciążenie w związku ze stresorami towarzyszącymi pandemii. Specyficznie, pytaliśmy o obciążenia wynikające z:

- zagrożenia zdrowia własnego lub osób bliskich (np. zakażenie koronawirusem, nasilenie objawów COVID-19),
- restrykcji dotyczących życia publicznego (np. ograniczenie aktywności rekreacyjnej, pozostawanie w domu),
- ograniczenia relacji społecznych (np. brak wsparcia społecznego, ograniczenie kontaktów),
- problemów i zmian dotyczących życia domowego (np. ograniczone warunki mieszkaniowe, trudności w godzeniu pracy i opieki nad dziećmi),

- zmian i problemów w pracy (np. utrata dochodów lub pracy),
- korzystania ze środków masowego przekazu (np. poświęcanie dużej ilości czasu na oglądanie wiadomości na temat pandemii koronawirusa).

Wczesne zdarzenia traumatyczne

Doświadczenia traumatyczne w dzieciństwie są istotnym czynnikiem ryzyka zaburzeń psychicznych w wieku dorosłym i potencjalnie mogą mieć znaczenie dla sposobów radzenia sobie ze stresem i kryzysami. Do pomiaru tych wczesnych doświadczeń zastosowano pięć pozycji z *The Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire* (Felitti et al., 1998; por. Schmidt i in., 2020). Osoby badane były pytane o 5 różnych typów doświadczeń (przemoc emocjonalna, fizyczna i seksualna, zaniedbywanie emocjonalne i fizyczne) przed 18 rokiem życia.

Radzenie sobie ze stresem w czasie pandemii

W celu uzyskania informacji na temat strategii radzenia sobie z sytuacją epidemii, zastosowano nowo powstałą Skalę Radzenia sobie z Pandemią (*The Pandemic Coping Scale*, PCS; Lotzin i in., 2020). Zawiera ona 13 pozycji odnoszących się do zachowań dotyczących sześciu sfer: zachowania prewencyjne (np. "Postępowałem zgodnie z zaleceniami, aby ograniczyć rozprzestrzenianie się koronawirusa"), styl życia w zakresie zdrowia (np. "Zwracałem uwagę na to, aby zdrowo się odżywiać"), odpoczynek (np. "Dbąłem o robienie sobie odpowiednio częstych przerw od wykonywania swoich obowiązków"), znaczące aktywności (np. "Robiłem coś, co sprawia mi przyjemność"), plan dnia (np. "Zwracałem uwagę na to, aby utrzymać codzienną rutynę"), wsparcie społeczne (np. "Spędzałem miło czas z najbliższymi mi osobami, przyjaciółmi lub zwierzątkiem domowym"). Ponadto pytaliśmy osoby badane o korzystanie w czasie pandemii z takich form wsparcia, jak konsultacje telefoniczne, coaching, psychoterapia czy grupy samopomocy online.

Symptomy zaburzeń psychicznych

Zaburzenie adaptacyjne: W celu pomiaru objawów zaburzenia adaptacyjnego użyto kwestionariusza *The Adjustment Disorder – New Module 8* (ADNM-8, Kazlauskas, Gegieckaite, Maercker, Eimontas i Zelviene, 2018), który jest wersją

skróconą skali *The Adjustment Disorder – New Module 20*. Narzędzie składa się z 8 pozycji, do których badani ustosunkowali się korzystając z 4-ro stopniowej skali odpowiedzi (od 1 - “nigdy” do 4 - “często”). Pytania odnoszą się do objawów diagnostycznych zaburzenia ujętych w ICD-11. Wyższe wyniki oznaczają większe nasilenie objawów zaburzenia. Dotychczasowe badania z użyciem tej skali wskazują, że punkt odcięcia umożliwiający identyfikację osób z dużym ryzykiem spełnienia kryteriów AjD wynosi ≥ 23 punktów (Zelviene, Kazlauskas i Maercker, 2020). Wartość współczynnika rzetelności (alfa Cronbacha) wyniosła $\alpha = 0,95$.

PTSD: W celu pomiaru objawów PTSD użyto skali *The Primary Care PTSD Screen for DSM-5* (PC-PTSD-5; Prins i wsp., 2016). Narzędzie składa się z 5 pozycji, na które odpowiada się używając binarnej skali odpowiedzi (tak-nie). Kwestionariusz opracowano na potrzeby badań screeningowych na podstawie kryteriów diagnostycznych zgodnych z DSM-5. Wyniki badań psychometrycznych pozwalają na wyodrębnienie kilku punktów punktu odcięcia. Możliwe jest identyfikowanie osób spełniających potencjalnie kryteria PTSD na trzy sposoby: jeżeli zaznaczyły one 3 lub więcej odpowiedzi “tak”, jeżeli zaznaczyły 4 lub więcej odpowiedzi “tak” lub też jeżeli zaznaczyły 5 odpowiedzi “tak”. Skala charakteryzuje się zadowalającą rzetelnością, współczynnik α Cronbacha wyniósł 0,84.

Ryzyko samobójcze: Występowanie myśli samobójczych mierzono za pomocą kwestionariusza *The Suicidal Ideation Attributes Scale* (SIDAS; van Spijker i wsp., 2014). Kwestionariusz ten składa się z 5 pytań, na które odpowiada się używając 10-cio stopniowej skali (0 - oznacza nigdy, 10 - cały czas). Zgodnie z ustaleniami autorów narzędzia, wynik ≥ 21 punktów oznacza wysokie prawdopodobieństwo występowania zachowań samobójczych. Skala charakteryzuje się dopuszczającą rzetelnością, współczynnik α Cronbacha wyniósł 0,49.

Odporność psychiczna i pozytywne konsekwencje pandemii

Odporność psychiczną (rezyliencję) badano przy użyciu *The Resilience Evaluation Scale* (RES; van der Meer et al., 2018), obejmującą 9 pozycji dotyczących wiary w siebie i własnej skuteczności. Osoby badane są pytane o to, jak zazwyczaj myślą o sobie i jak reagują na trudne sytuacje (ustosunkowując się do stwierdzeń typu “Łatwo przystosowuję się do trudnych sytuacji”). Skala odpowiedzi jest 5-cio

punktowa (od 0 - “zupełnie się nie zgadzam” do 4 - “zgadzam się całkowicie”). Współczynnik alfa Cronbacha wyniósł $\alpha = .93$.

W celu określenia poziomu dobrostanu osób badanych użyto skali *Wskaźniki Dobrego Samopoczucia WHO-5* (WHO Well-Being Index, 1998; Topp, Østergaard, Søndergaard i Bech, 2015). Narzędzie składa się z 5 pytań, do których badani ustosunkowują się korzystając z 5-cio stopniowej skali Likerta (od 0 - “nigdy” do 5 - “cały czas”). Uzyskany zsumowany wynik surowy przekształca się w wartość procentową, gdzie 0 oznacza najgorszą z możliwych jakość życia, a 100 oznacza najlepszą z możliwych jakość życia. Wartość współczynnika rzetelności mierzonego alfa Cronbacha w niniejszym badaniu potwierdza wysoką rzetelność narzędzia: $\alpha = 0,93$. Polska wersja narzędzia została opracowana przez Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health (www.psykiatri-regionh.dk).

Osoby badane były również pytane o możliwe pozytywne konsekwencje pandemii. Na potrzeby tego badania zespół ESTSS opracował zestaw pytań (14 pozycji) o to, czy badani widzą jakiegokolwiek pozytywne aspekty pandemii dotyczące takich obszarów jak relacje, zdrowie, praca, nauka, przyjemności i ogólne refleksje.

Uwaga: Wszystkie zastosowane w badaniu narzędzia, opisane powyżej, o ile nie było dostępne ich tłumaczenie, zostały przełożone na język polski w ramach procedury tłumaczenia zwrotnego (*back-translation procedure*), a ich ostateczna postać została uzgodniona przez autorów raportu w konsultacji z zespołem ESTSS.

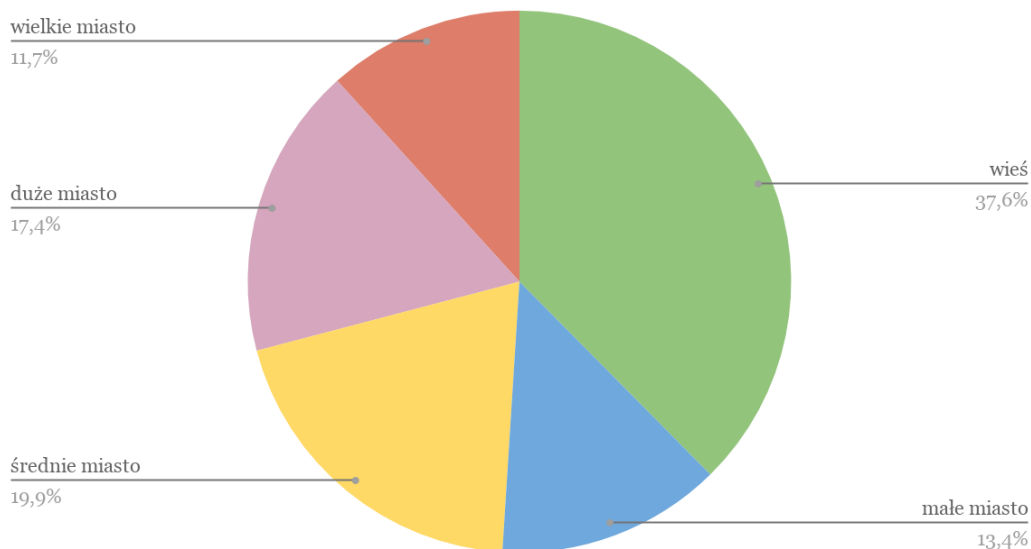
Wyniki
(1) Charakterystyka osób badanych

Badanie zostało przeprowadzone na reprezentatywnej próbie 1904 Polaków (99,6% wskazało narodowość polską). Kobiety stanowiły 51,8% próby ($N = 987$), a mężczyźni 48,2% ($N = 917$). Wiek uczestników wahał się od 18 do 86 lat ($M = 45,06$; $SD = 16,05$). Największą grupę stanowiły osoby w wieku 55 i więcej lat - 34% próby. Osoby w wieku 18-24 lata stanowiły 12,6% próby, osoby w wieku 25-34 lata - 19,5%, osoby w wieku 35-44 - 16,7%, a osoby w wieku 45-54 lata - 17,1%.

Respondenci z wykształceniem wyższym stanowili taki sam odsetek próby (33,8%) jak osoby z wykształceniem średnim (33,7%). Wykształcenie pomaturalne/policealne zadeklarowało 12,6% osób badanych, a 8,2% wskazało licencjat jak najwyższy uzyskany poziom wykształcenia. Zatem osoby z wykształceniem co najmniej średnim stanowiły zdecydowaną większość - 88,3% próby. Pozostała część osób badanych zadeklarowała wykształcenie zasadnicze zawodowe (9,4%) lub podstawowe/gimnazjum (2,4%).

Zdecydowana większość respondentów w czasie wypełniania ankiety mieszkała w Polsce (99,3%; 13 osób wskazało jako miejsce zamieszkania inny kraj niż Polska). Dokładne informacje o wielkości miejscowości zamieszkiwanych przez badanych przedstawia Wykres 1. Wielkość miast określano na podstawie ilości mieszkańców: małe miasto do 20 tys. mieszkańców, średnie miasto od 20 do 99 tys. mieszkańców, duże miasto od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców, a wielkie miasto powyżej 500 tys. mieszkańców.

Miejscowość



Wykres 1. Rozkład procentowy miejsca zamieszkania osób badanych.

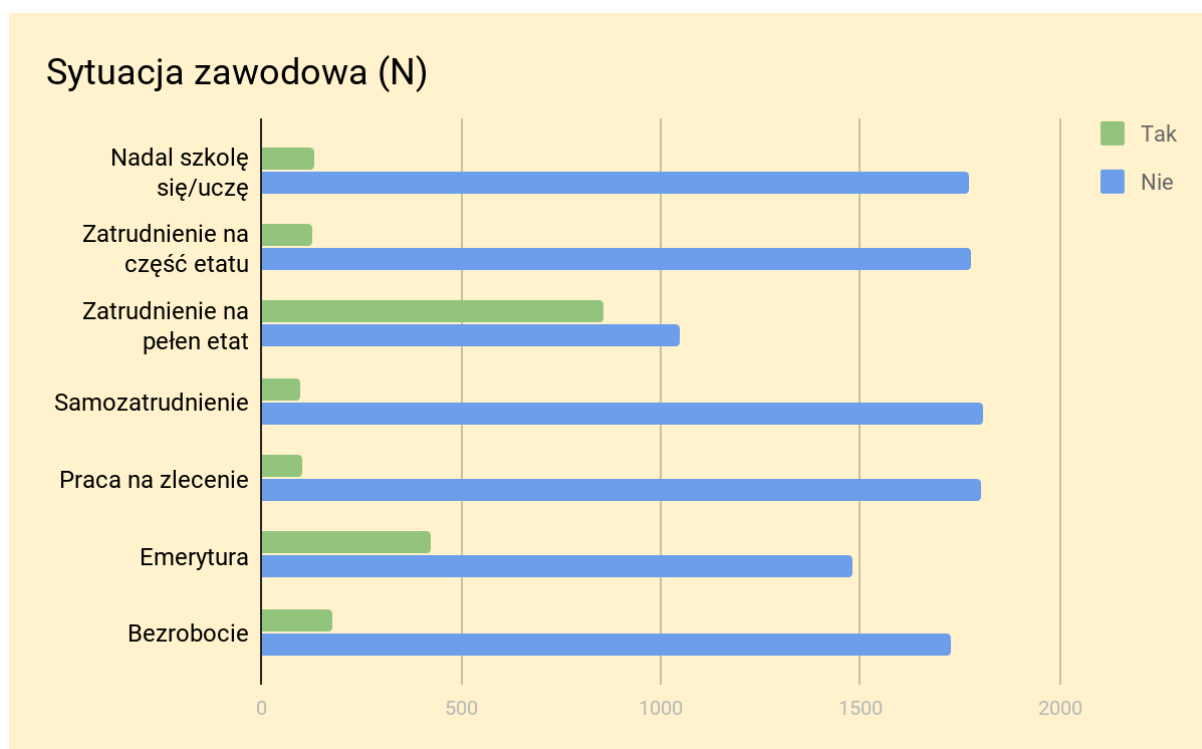
W Tabeli 1 zaprezentowano rozkład liczebności próby ze względu na zamieszkiwanie województwo.

Tabela 1. Liczba osób badanych zamieszkujących poszczególne województwa.

Nazwa województwa	Liczba osób	%
Dolnośląskie	162	8,5
Kujawsko-pomorskie	96	5
Lubelskie	128	6,7
Lubuskie	51	2,7
Łódzkie	113	5,9
Małopolskie	143	7,5
Mazowieckie	270	14,2
Opolskie	45	2,4
Podkarpackie	102	5,4
Podlaskie	61	3,2
Pomorskie	118	6,2
Śląskie	239	12,6
Świętokrzyskie	64	3,4
Warmińsko-mazurskie	71	3,7
Wielkopolskie	172	9
Zachodniopomorskie	69	3,6

Wykres 2 obrazuje sytuację zawodową respondentów¹. Największą grupę stanowią osoby zatrudnione na pełen etat (44,9%). Ponadto, 22,4% badanych jest obecnie na emeryturze. Jako poszukujący pracy/bezrobotni określiło się 9,4% badanych. 6,9% zadeklarowało, że nadal szkoli się w zawodzie lub uczy. Na część etatu pracuje 6,7%, na zlecenie pracuje 5,3%, a samozatrudnionych jest kolejne 5%. Odpowiedź "inne" wskazało 4,8% badanych.

¹ Podane są liczby odpowiedzi twierdzących i przeczących, bowiem do wyboru była więcej niż jedna odpowiedź na pytanie o obecną sytuację zawodową (odpowiedzi nie sumują się do 100%).



Wykres 2. Struktura zatrudnienia w badanej próbie.

Respondenci byli także pytani o miesięczne dochody netto (“na rękę”) łączne, tzn. w całym gospodarstwie domowym, niezależnie od liczby domowników (Tabela 2). Dochody powyżej 5000 zł netto deklarowało 31% osób, które udzieliły odpowiedzi ($N = 1623$). Pozostałe osoby deklarowały dochody poniżej tej sumy, w tym 14% (13,98%, $N = 227$) dochody poniżej 2000 zł netto, a więc poniżej/na granicy płacy minimalnej w roku 2021 (wynoszącej 2600 zł brutto). Około 15% osób odmówiło odpowiedzi na to pytanie.

Tabela 2. Łączne miesięczne dochody netto w całym gospodarstwie domowym.

Dochód netto	Liczba osób	%
Brak dochodu	37	1,9
do 1000 zł	40	2,1
1001 - 1500 zł	73	3,8
1501 - 2000 zł	114	6
2001 - 2500 zł	143	7,5
2501 - 3000 zł	169	8,9
3001 - 3500 zł	149	7,8
3501 - 4000 zł	163	8,6
4001 - 5000 zł	231	12,1
powyżej 5000 zł	504	26,5

Średnia liczba godzin pracy w tygodniu wyniosła w badanej próbie 37,95 ($SD = 12,22$; Min. = 2, Max. = 80). Niespełna połowa (46,1%) badanych wskazała, że ich praca wiąże się z (niemal) codziennym bezpośrednim kontaktem z innymi ludźmi.

Niemal 60% respondentów (59,8%) jest w stałej, stabilnej relacji i mieszka razem ze swoim współmałżonkiem lub partnerem. Jedna czwarta badanych (25,2%) jest stanu wolnego (singiel), 7,9% jest w związku krótkotrwałym, a kolejne 7% jest w stałej relacji, ale nie mieszka razem z partnerem. Blisko 70% (66,9%) wszystkich badanych posiada dzieci. Zamieszkanie z innymi osobami (nie będącymi partnerem i/lub rodziną) zadeklarowało 66,2% osób, natomiast samotnie mieszka 33,8% próby. Ponad trzy czwarte osób badanych (77,5%) zadeklarowało, iż ma bliskich przyjaciół.

(2) Sytuacja osobista w czasie pandemii

Sytuacja pandemii, zaskakująca i trudna do kontrolowania, dla wielu ludzi może wiązać się ze znaczącymi zmianami w życiu. Niezwykle istotną kwestią jest oczywiście zagrożenie życia i zdrowia związane z zakażeniem koronawirusem. W

naszym badaniu pytaliśmy o stan zdrowia osób i kwestię zakażenia, ale także o różne inne aspekty ich osobistej sytuacji w związku z pandemią, takie jak wpływ pandemii na uzyskiwane dochody czy kontakty z innymi ludźmi.

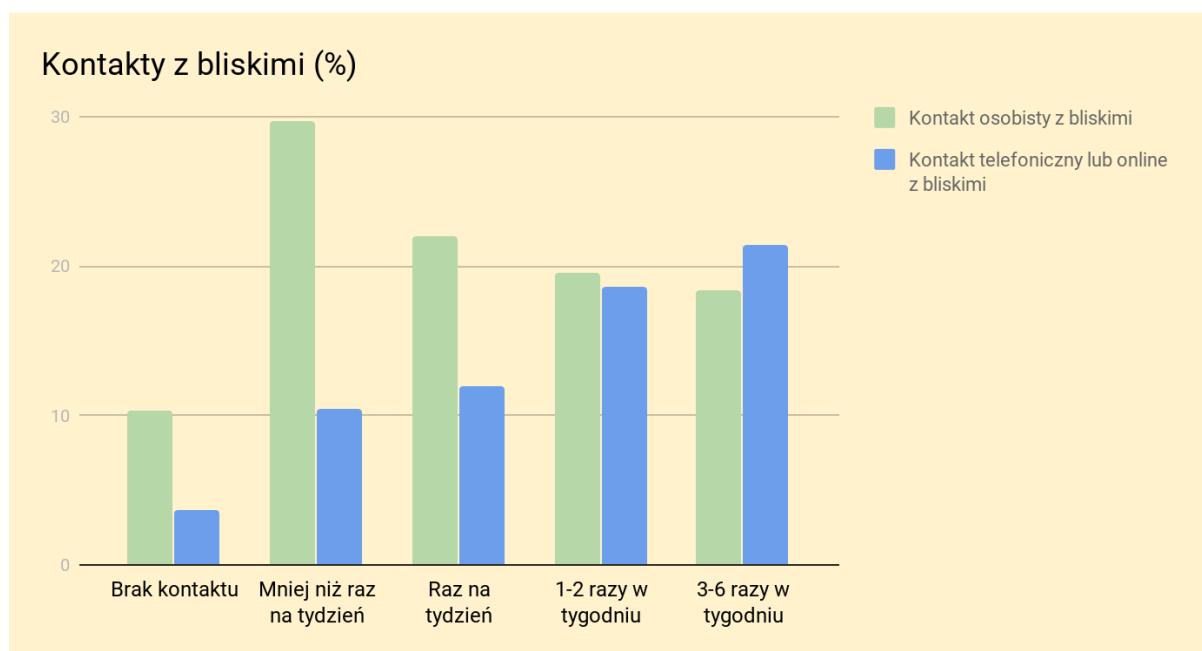
Zdecydowana większość badanych (92,1%) oceniła swój stan zdrowia jako co najmniej zadowalający (19,9% - bardzo dobry, 42,5% - dobry, 29,7% - zadowalający). Zły i bardzo zły stan zdrowia relacjonowało odpowiednio 6,9% i 1% respondentów. Ponadto 35% badanych odpowiedziało twierdząc na pytanie o to, czy znajdują się w grupie ryzyka narażonej na ciężkie lub zagrażające życiu objawy choroby wywoływanej przez koronawirusa.

W całej próbie 1,2% (22 osoby) relacjonowały, że były zakażone koronawirusem, tzn. uzyskały pozytywny wynik testu. Co więcej, 13,3% osób podało, że zna osobiście kogoś, kto był zakażony. W przypadku 3,2% był to ktoś bliski, a w przypadku 10,7% ktoś, kogo znają osobiście.

Pytaliśmy również osoby badane o to, czy pandemia koronawirusa wpłynęła na obniżenie miesięcznych dochodów ich gospodarstwa domowego. Niemal 40% (39,8%, $N = 758$) odpowiedziało twierdząc na to pytanie. Średnio osoby deklarowały, że ich dochody zmniejszyły się o 1306,91 zł ($SD = 1137,13$; $Min. = 10$, $Max. = 8000$). Jedynie 7,7% respondentów wskazało, że otrzymuje pomoc finansową ze strony państwa w celu zmniejszenia obciążeń finansowych związanych z kryzysem spowodowanym pandemią koronawirusa.

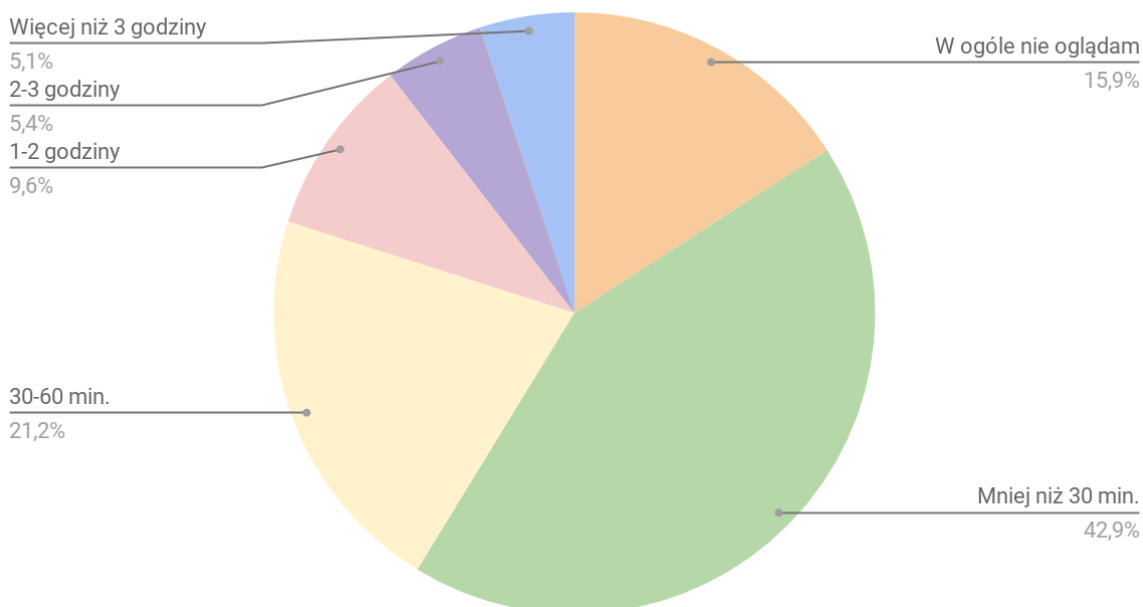
Ze względu na pandemię, 64,7% badanych przebywało więcej czasu w domu w ramach środków ostrożności, 1,1% pozostawało na kwarantannie, a 2% było w domu z powodu infekcji. Jednakże w przypadku 26,8% osób czas pandemii nie wpłynął na wydłużenie czasu spędzanego w domu.

Jeśli chodzi o kontakty osobiste z osobami bliskimi bądź przyjaciółmi, to 10,3% respondentów relacjonowało, że nie miało w ogóle osobistego kontaktu z innymi ludźmi. Jednakże brak kontaktu telefonicznego lub przez aplikacje internetowe typu Skype czy Zoom, zadeklarowało jedynie 3,7% badanych. Ponadto 34% badanych kontaktowało się w ten sposób codziennie. Częstotliwość kontaktów z osobami bliskimi lub przyjaciółmi w ciągu tygodnia obrazuje Wykres 3.



Wykres 3. Częstotliwość kontaktów z osobami bliskimi w czasie pandemii.

Ile czasu dziennie przeglądasz wiadomości o pandemii?



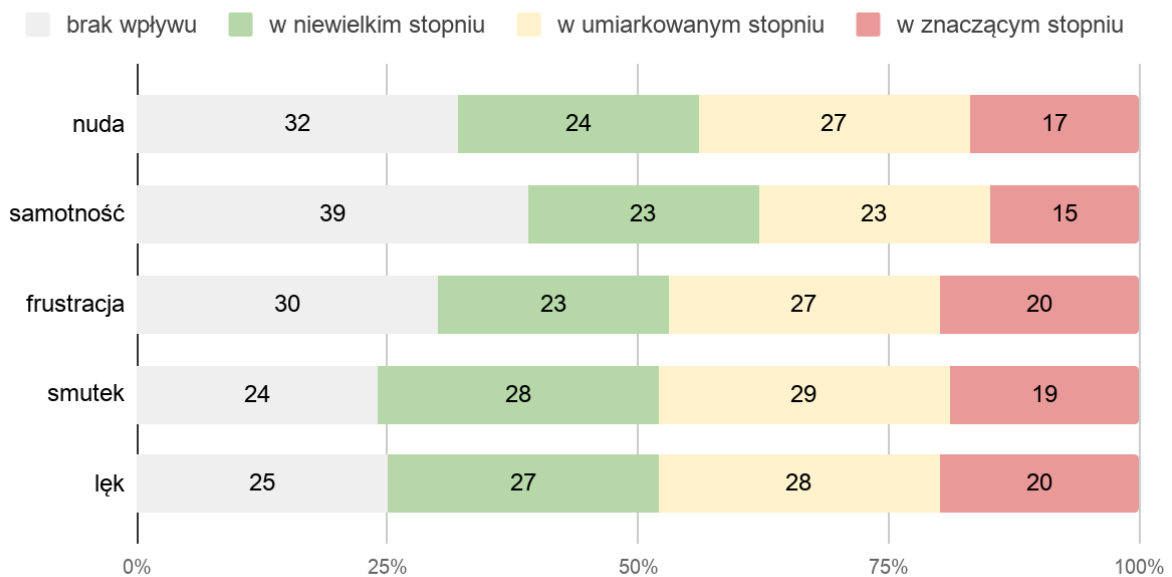
Wykres 4. Rozkład procentowy ilości czasu poświęcanego na oglądanie, czytanie lub słuchanie wiadomości na temat pandemii koronawirusa.

Pytaliśmy badanych również o to, ile godzin dziennie spędzali na oglądaniu, czytaniu lub słuchaniu wiadomości lub innych informacji na temat pandemii koronawirusa. Z całej próby 15,9% badanych zaznaczyło, że w ogóle nie ogląda, nie czyta i nie słucha wiadomości o pandemii, a 42,9%, że mniej niż pół godziny dziennie. Szczegółowe dane na ten temat przedstawia Wykres 4.

(3) Nastrój i poczucie obciążenia w czasie pandemii

Rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2 budziło w Polakach wiele emocji. W związku z tym, respondenci badania zostali zapytani o to, w jakim stopniu w ciągu ostatniego miesiąca odczuwali wpływ pandemii koronawirusa na nastrój. Badani byli pytani o odczuwanie nudy, samotności, frustracji, smutku oraz lęku (Wykres 5). Analiza odpowiedzi wskazuje, że nuda i samotność w najmniejszym zakresie wpływały na nastrój respondentów. Odpowiednio 44% i 38% odczuwało te stany w stopniu umiarkowanym lub znacznym. Co ciekawe, największy odsetek osób badanych (39%) wskazał, iż samotność nie miała wpływu na ich stan emocjonalny. Trzech na dziesięciu respondentów w stopniu umiarkowanym, a jedna czwarta w stopniu znaczącym, odczuwała obciążający wpływ frustracji, smutku oraz lęku. Istotnymi czynnikami kształtującymi wzór odpowiedzi były wiek oraz płeć osób badanych. Osoby młodsze deklarowały mniejsze znaczenie pandemii dla ich samopoczucia niż osoby starsze, nuda: $r = -.24, p < .001$; samotność: $r = -.22, p < .001$; frustracja: $r = -.24, p < .001$; smutek: $r = -.14, p < .001$; lęk: $r = -.05, p = .03$. Kobiety natomiast, silniej niż mężczyźni, odczuwały obciążający wpływ pandemii na nastrój, nuda: $t(1904) = 2.00, p = .04$; samotność: $t(1904) = 4.59, p < .001$; frustrację: $t(1904) = 7.00, p < .001$; smutek: $t(1904) = 7.12, p < .001$; lęk: $t(1904) = 7.64, p < .001$.

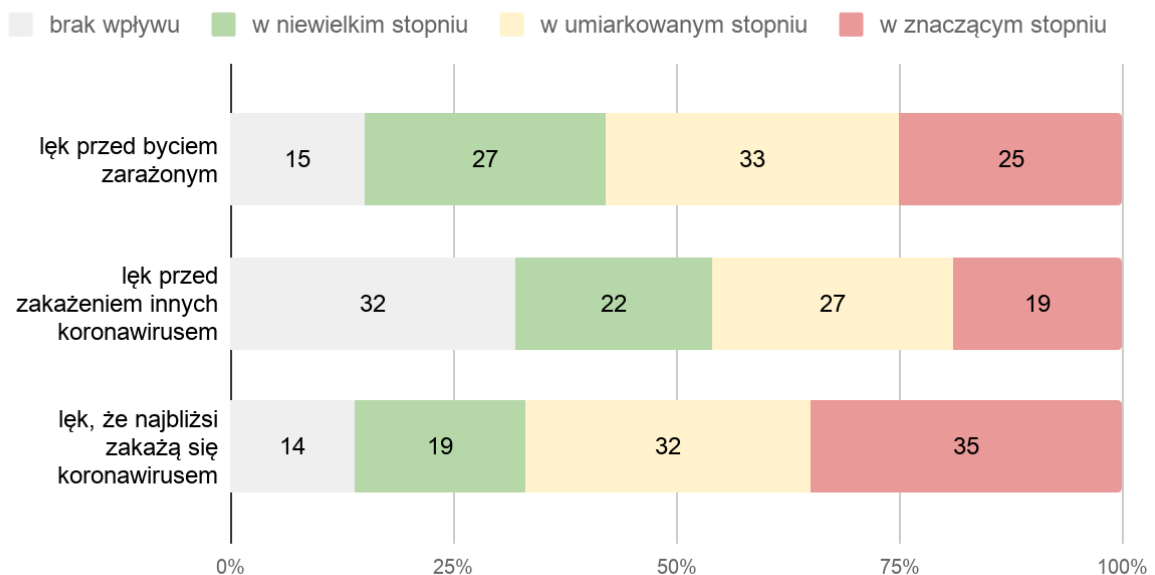
Jak bardzo poniższe emocje wywołane pandemią koronawirusa obciążały Cię w ostatnim miesiącu ?



Wykres 5. Procentowy rozkład wpływu pandemii na samopoczucie.

Przyczyną obciążenia istotnego dla stanu psychicznego na poziomie ogólnym stał się wzrost zachorowań na COVID-19, jak również sama obecność patogenu w środowisku. W przeprowadzonym badaniu pytaliśmy respondentów zarówno o obciążenie związane z lękiem co do możliwości zakażenia osobistego lub innych osób, jak i wpływem realnie zaistniałej sytuacji choroby czy śmierci osoby bliskiej w wyniku koronawirusa. Dla około trzech na dziesięciu respondentów lęk przed byciem zarażonym, lęk przed zakażeniem innych koronawirusem oraz lęk, że najbliżsi zakażą się koronawirusem był obciążeniem o umiarkowanym zakresie (Wykres 6). Największy odsetek badanych (35%) w sposób znaczący odczuwał możliwość zakażenia wirusem swoich najbliższych.

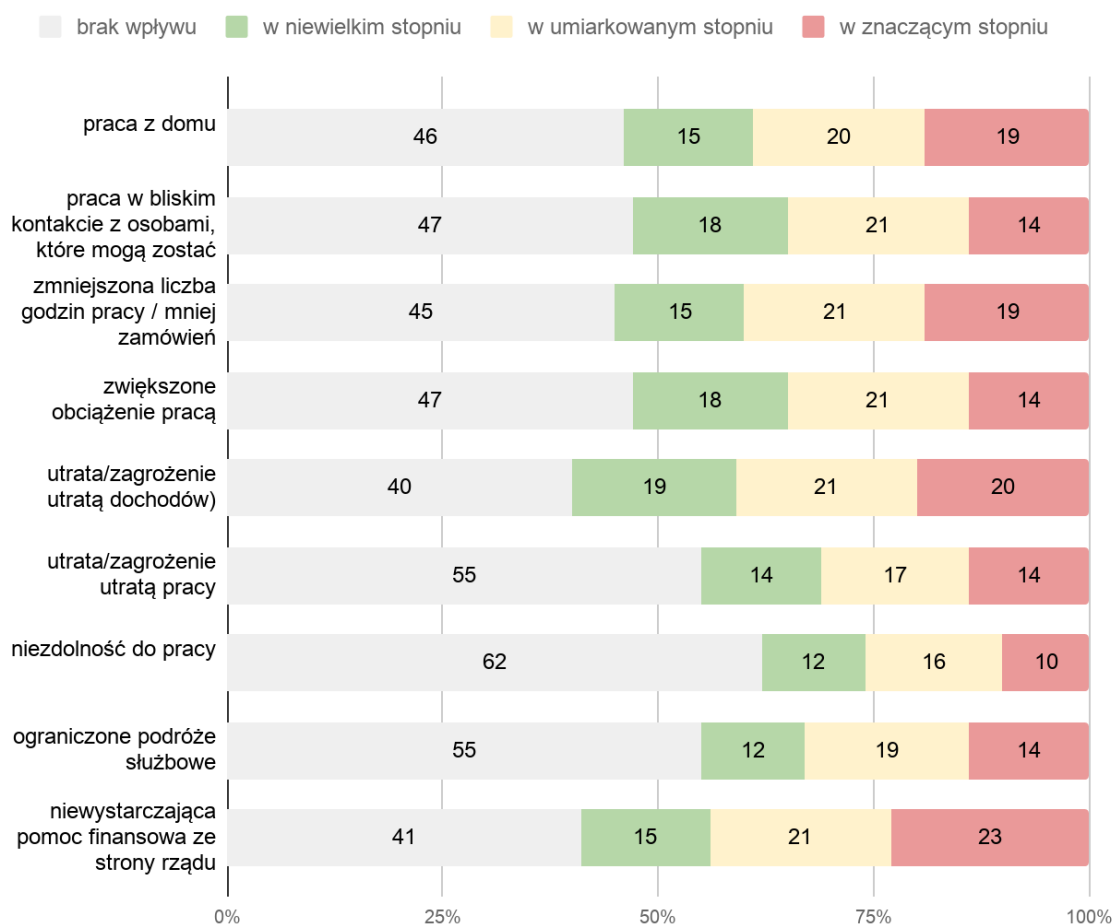
Jak bardzo poniższe sprawy wynikające z pandemii koronawirusa obciążały Cię w ostatnim miesiącu ?



Wykres 6. Procentowy rozkład wpływu obciążenia wynikającego z możliwości zakażenia koronawirusem.

12 marca 2020 wstrzymano działanie placówek oświatowych w Polsce. W tym czasie, w miarę możliwości, wiele miejsc pracy zdecydowało się na skierowanie pracowników na pracę zdalną lub musiało zawiesić funkcjonowanie. Średnio, to właśnie utrata dochodów lub zagrożenie utratą dochodów były postrzegane jako najbardziej obciążające przez respondentów (20% w stopniu znaczącym, $M = 2.21$, $SD = 1.17$). Niewystarczającą pomoc finansową ze strony rządu jako źródło umiarkowanego lub znacznego obciążenia w czasie pandemii wskazywało 44% respondentów ($M = 2,25$; $SD = 1,21$). Procentowy rozkład odpowiedzi respondentów na pytania o obciążenie związane ze sferą zawodową został przedstawiony na wykresie 7. Obszarami, które najczęściej nie miały wpływu na stan psychiczny respondentów była utrata lub zagrożenie utratą pracy (55%), niezdolność do pracy (62%) oraz ograniczenie wyjazdów służbowych (55%).

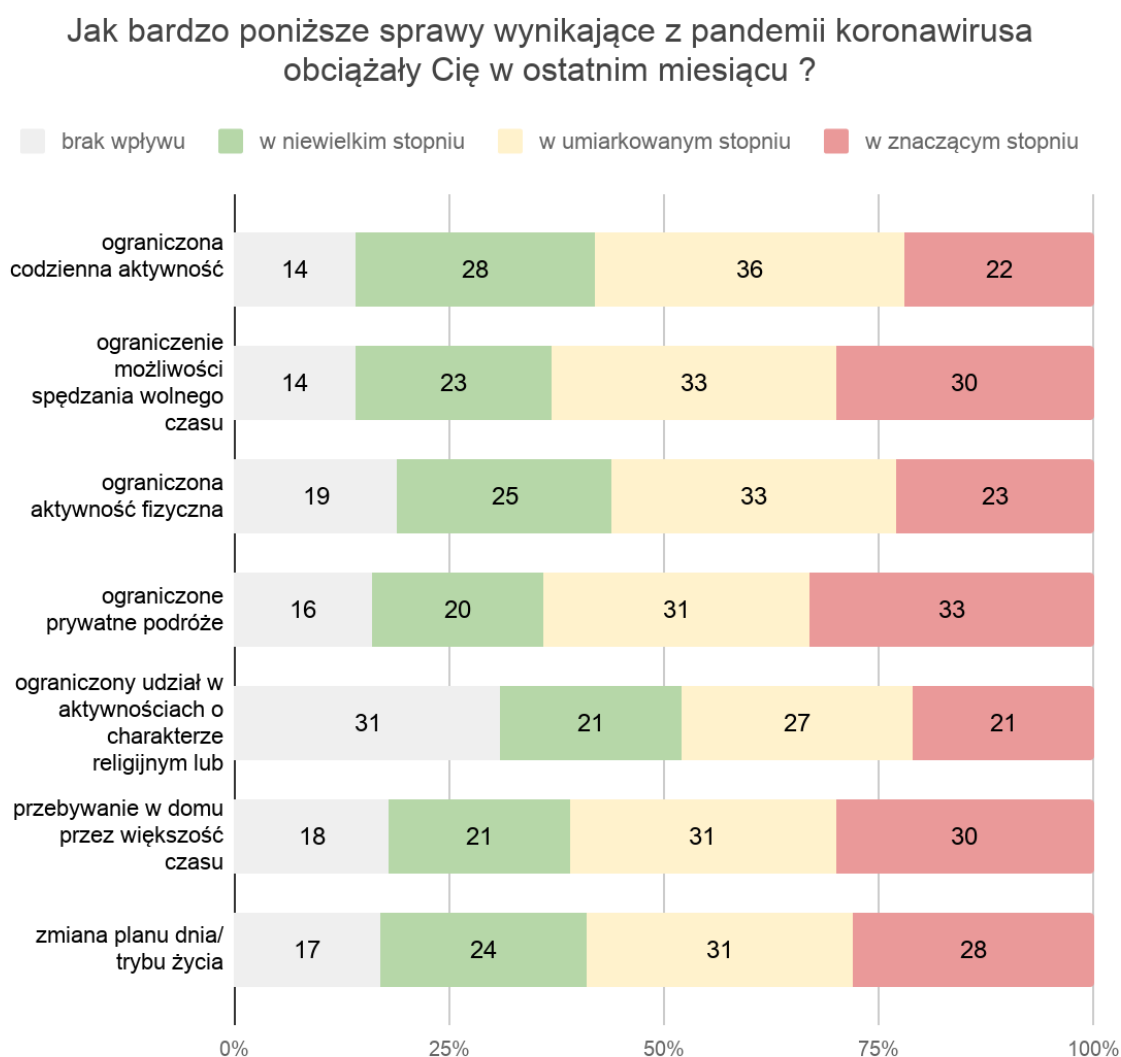
Jak bardzo poniższe sprawy wynikające z pandemii koronawirusa obciążały Cię w ostatnim miesiącu ?



Wykres 7. Procentowy rozkład wpływu obciążenia wynikającego z pandemii koronawirusa w sferze zawodowej.

Od 25 marca 2020 wprowadzono kolejne obostrzenia prawne wynikające z rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2. Obejmowały one m.in. zakaz przemieszczania się oprócz koniecznych czynności tj. zaspokajania niezbędnych potrzeb związanych z bieżącymi sprawami życia codziennego. Dla ponad połowy respondentów przynajmniej w umiarkowanym stopniu, obciążająco oddziaływały ograniczenia codziennych aktywności, spędzania wolnego czasu, aktywności fizycznej, podróży prywatnych oraz wiążące się z tym przebywanie w domu przez większość czasu i zmiana trybu życia (Wykres 8). Największy odsetek osób

badanych (31%) wskazał ograniczenia w udziale w aktywnościach o charakterze religijnym lub duchowym jako nie mające wpływu na ich stan psychiczny.

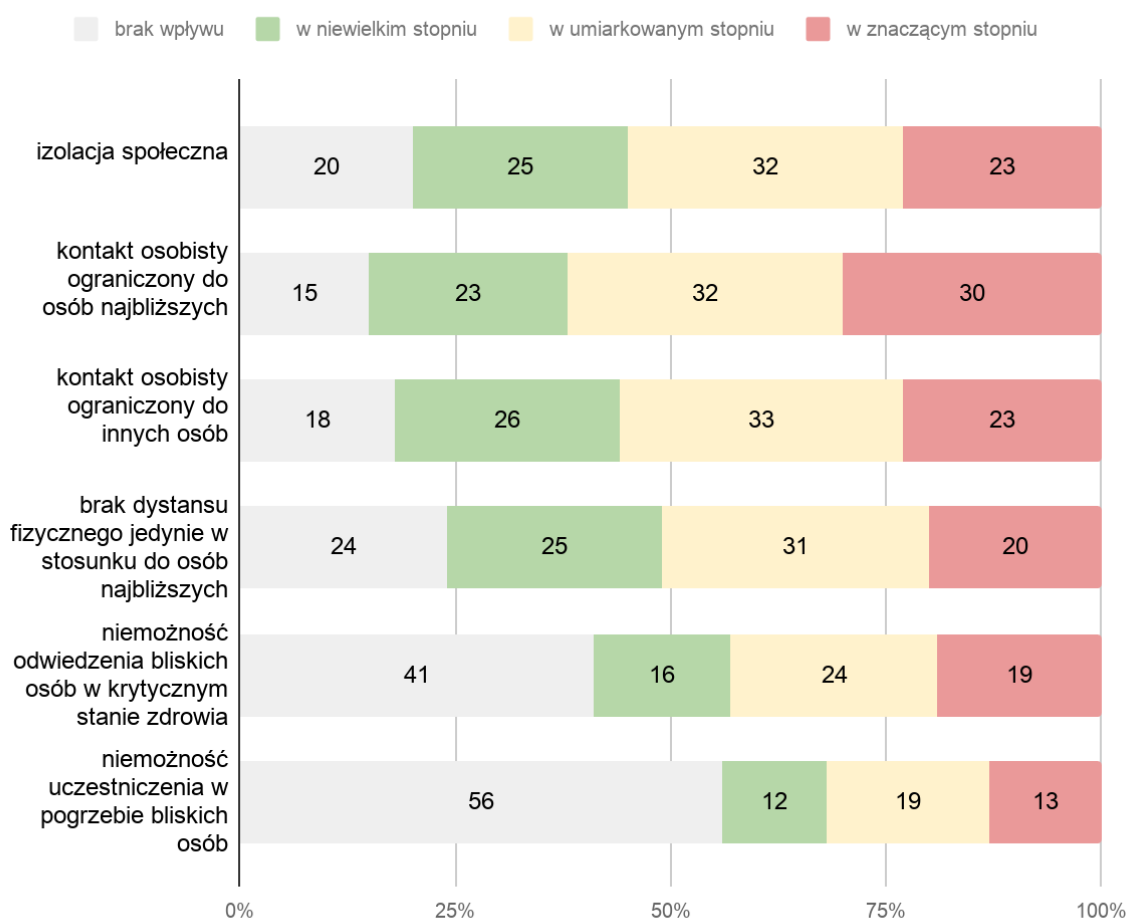


Wykres 8. Procentowy rozkład wpływu obciążenie wynikającego z pandemii koronawirusa w sferze życia publicznego.

Wprowadzone zmiany w życiu publicznym mające na celu zminimalizowanie liczby osób zakażonych koronawirusem w Polsce, wiązały się także z ograniczeniami w sferze życia społecznego. Prawdopodobnie względnie stabilna liczba zachorowań na koronawirusa, a także ilość zgonów z tym związanych, jest wyjaśnieniem danych wskazujących, iż 41% badanych nie wiąże niemożności odwiedzenia bliskich osób w krytycznym stanie zdrowia oraz 56% - niemożności

uczestniczenia w pogrzebie bliskich osób - jako sytuacji mających wpływ na odczuwane obciążenie psychiczne. Natomiast trzy na dziesięć osób w umiarkowanym stopniu odczuwały zawężenie kontaktów społecznych (Wykres 9).

Jak bardzo poniższe sprawy wynikające z pandemii koronawirusa obciążały Cię w ostatnim miesiącu ?

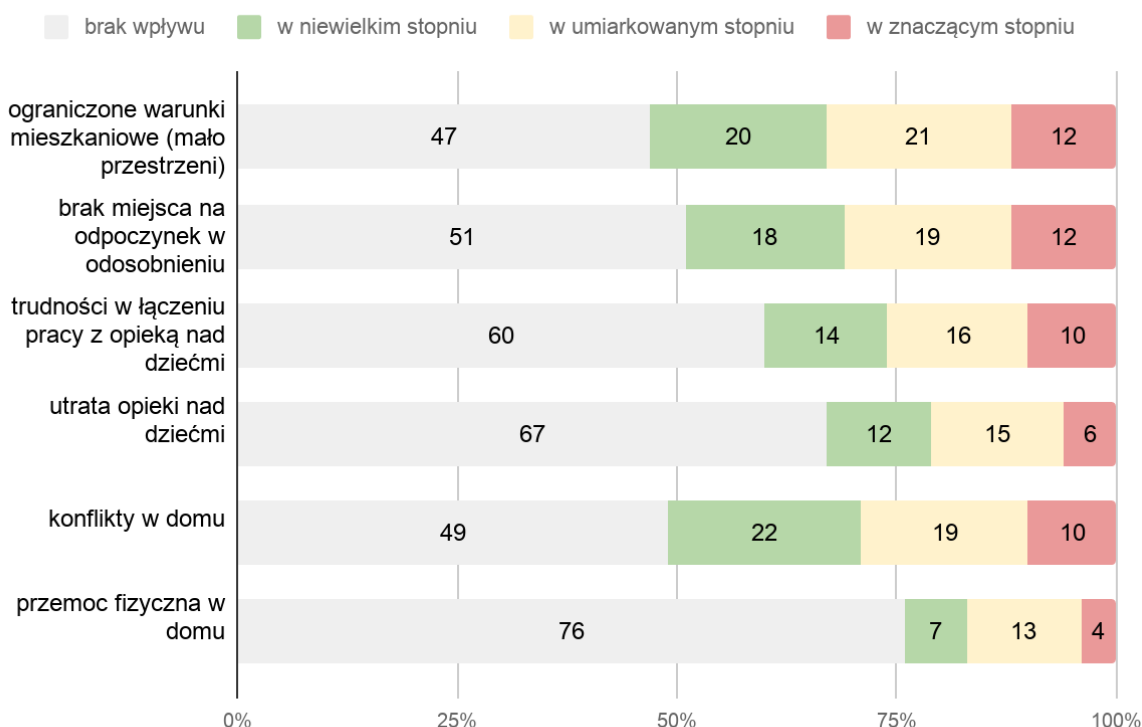


Wykres 9. Procentowy rozkład wpływu obciążenie wynikającego z pandemii koronawirusa w sferze życia społecznego.

Przedłużające się ograniczenie kontaktów społecznych, związane z przebywaniem głównie w domu, wśród tych samych osób, bez możliwości zmiany tego stanu, były możliwą przyczyną dodatkowych obciążeń. Około 30% respondentów wskazało ograniczone warunki mieszkaniowe oraz brak miejsca na odpoczynek w odosobnieniu jako obciążenia o przynajmniej umiarkowanym negatywnym wpływie na swoje samopoczucie (Wykres 10). Ponadto 10% osób

badanych w czasie pandemii relacjonowało znaczące obciążenie konfliktami w domu (19% - w stopniu umiarkowanym), a 4% - przemocą fizyczną (natomiast dalsze 13% - w stopniu umiarkowanym).

Jak bardzo poniższe sprawy wynikające z pandemii koronawirusa obciążały Cię w ostatnim miesiącu ?



Wykres 10. Procentowy rozkład wpływu obciążeń wynikających z przedłużającego się pozostawania w domu ze względu na pandemię koronawirusa.

Respondenci proszeni byli także o wskazanie czy w czasie pandemii oraz przed nią, doświadczyli lub byli świadkami bardzo stresujących wydarzeń związanych ze śmiercią lub zagrożeniem nią, poważnymi obrażeniami lub przemocą seksualną (PCL-5). Pięćdziesiąt osób badanych (2,6% próby) potwierdziło zaistnienie takiej sytuacji i w ich życiu w czasie pandemii. Dwadzieścia pięć osób bezpośrednio doświadczyło bardzo stresującego wydarzenia, a 29 dowiedziało się o takim wydarzeniu w czasie pandemii od osób bliskich. Natomiast 234 respondentów (12,3% próby) potwierdziło zaistnienie bardzo stresującej sytuacji w ich życiu przed pandemią. Sto sześćdziesiąt jeden osób doświadczyło takiej sytuacji osobiście, 65 pośrednio, a 8 osób było narażone na takie sytuacje ze względu na wykonywany

zawód. Co więcej, w dzieciństwie 19% z badanej grupy osób doświadczyło przemocy psychicznej, 13% przemocy fizycznej, 7% przemocy seksualnej oraz zaniedbania. Jedna piąta respondentów nie czuła się w dzieciństwie osobą ważną w swojej rodzinie i nie miała od niej wsparcia.

(4) Zdrowie psychiczne w czasie pandemii

W badaniu koncentrowaliśmy się na występowaniu zaburzenia adaptacyjnego (AjD) oraz zespołu stresu pourazowego (PTSD). Zarówno AjD, jak i PTSD, są możliwą konsekwencją doświadczenia silnego stresu, a sytuacja pandemii dla wielu osób może być takim stresorem. Ponadto brakuje badań nad występowaniem zaburzeń tego typu w czasie pandemii. Uwzględniliśmy również pytania na temat myśli i zachowań samobójczych ze względu na alarmujące statystyki dotyczące prób samobójczych i samobójstw w Polsce. W szczególności dotyczy to Polaków - znajdujemy się w czołówce krajów Unii Europejskiej pod względem prób samobójczych i samobójstw wśród mężczyzn (Raport WHO, 2019). Sytuacje kryzysowe, do których zalicza się również pandemia, mogą nasilać tendencje samobójcze u osób szczególnie podatnych.

Zaburzenie adaptacyjne (AjD)

Uzyskane wyniki wskazują, że w odniesieniu do 15,8% badanych można mówić o wysokim prawdopodobieństwie występowania zaburzenia adaptacyjnego. Warto nadmienić, że zgodnie z przyjętymi zasadami diagnozy zaburzenia adaptacyjnego, osoby spełniające kryteria diagnostyczne PTSD (patrz poniżej), nie mogą otrzymać rozpoznania AjD, a więc zostały wykluczone z grupy osób z AjD. 57,5% osób badanych z prawdopodobną diagnozą AjD stanowią kobiety, natomiast mężczyźni - 42,5%. Analizy nie ujawniły istotnych statystycznie różnic w poziomie nasilenia objawów AjD między kobietami ($M = 25,85$; $SD = 2,81$) i mężczyznami ($M = 25,27$; $SD = 2,49$). Natomiast analiza różnic w natężeniu objawów AjD między kobietami a mężczyznami w całej próbie, niezależnie od tego, czy dana osoba spełnia kryteria

konieczne do postawienia diagnozy, ujawniła wyższe nasilenie objawów AjD u kobiet ($M = 17,06$; $SD = 6,96$ vs $M = 15,32$; $SD = 6,34$; $t(1902) = 5,71$; $p < 0,001$).

Zespół stresu pourazowego (PTSD)

Analiza wykazała, że 38,1% osób badanych relacjonowało co najmniej jeden z objawów charakterystycznych dla PTSD (objawów pourazowych); 3,9% uczestników badania wskazało, że dotyczą ich cztery objawy, a kolejne 7% - że 5 objawów. Ze względu na to, że w celu rozpoznania prawdopodobnego PTSD konieczne jest spełnienie kryterium występowania odpowiedniej liczby objawów, można uznać, że osoby te znajdują się w grupie ryzyka tego zaburzenia. Uzyskane wyniki wskazują także na częstsze występowanie objawów potraumatycznych u kobiet niż u mężczyzn [$t(1902) = 6,96$; $p < 0,001$].

Ryzyko samobójcze

Analiza występowania myśli samobójczych wykazała, że myśli takie pojawiły się w ciągu ostatniego miesiąca u 20,7% badanych. Spośród tych osób 65,5% stanowią kobiety. Żadna osoba nie osiągnęła wyniku punktowego ≥ 21 , co oznacza, że nikt nie znajduje się w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia zachowań samobójczych (najwyższy wynik to 14 punktów). Średnia w próbie wynosi 2,48 ($SD = 4,89$), u kobiet 3,07 ($SD = 5,25$), natomiast u mężczyzn 1,85 ($SD = 4,38$). Różnica między kobietami i mężczyznami jest istotna statystycznie [$t(1902) = 5,55$; $p < 0,001$].

Komentarz

Otrzymany wynik 15,8% osób badanych, które mogą spełniać kryteria zaburzenia adaptacyjnego wydaje się bardzo wysoki, chociaż wyniki badań sprzed pandemii wskazywały na dużą rozpiętość wyników (1,4% - 17,5%; Ben-Ezra et al., 2018). Wynika to z faktu, iż zaburzenie adaptacyjne znalazło swoje miejsce w badaniach epidemiologicznych dopiero stosunkowo niedawno i brakuje sprawdzonych metod pomiaru. Brakuje informacji na temat występowania tego zaburzenia przed epidemią w polskiej populacji. Na przełomie marca i kwietnia br., tuż po wprowadzeniu restrykcji w związku z pandemią, przeprowadziliśmy badanie internetowe na dużej próbie ($N = 1792$) respondentów, w którym zastosowaliśmy dłuższą wersję skali

ADNM, tj. ADNM-20 (Dragan, Grajewski i Shevlin, 2020). W badaniu tym 14% osób spełniało kryteria diagnostyczne zaburzenia adaptacyjnego, po wykluczeniu zaburzeń współwystępujących. Uzyskany w obecnym badaniu wynik jest więc porównywalny z rezultatem uzyskanym we wcześniejszym badaniu, które również było przeprowadzone w czasie pandemii, chociaż trzy miesiące wcześniej.

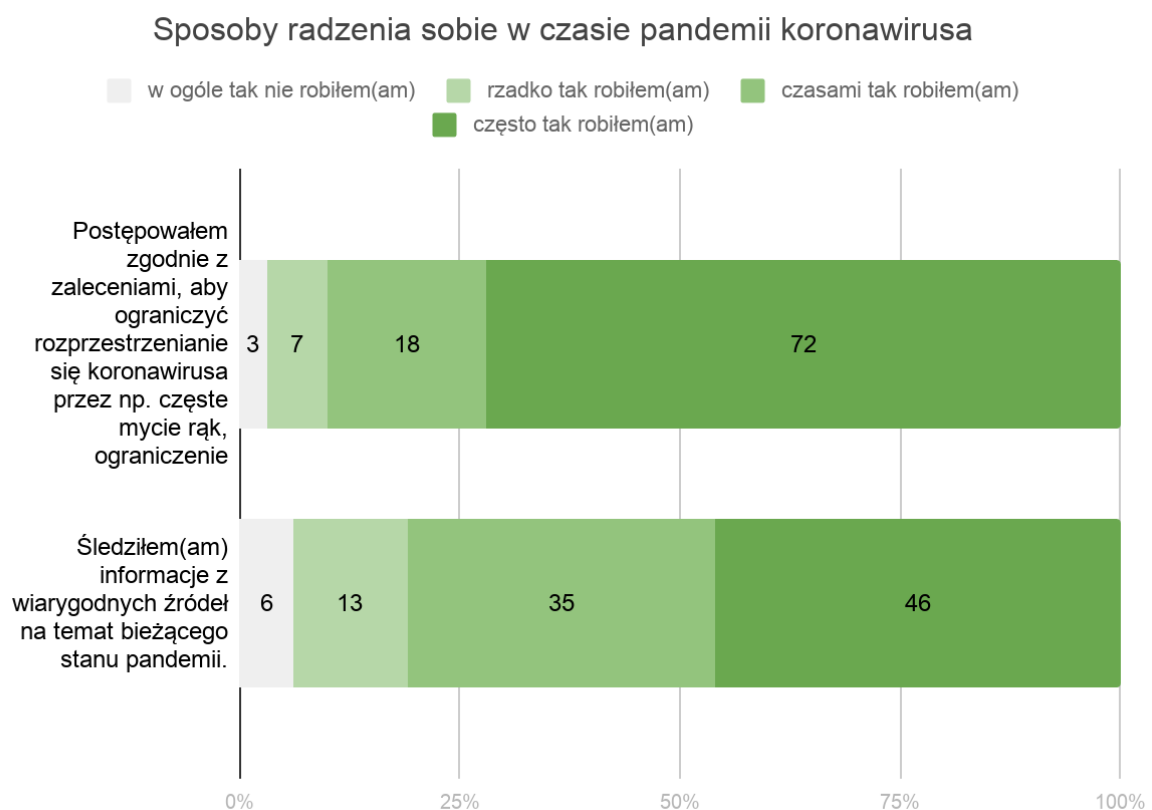
(5) Odporność i radzenie sobie ze stresem w czasie pandemii

Odporność psychiczna (rezylercja) jest zdolnością do radzenia sobie z trudnościami życiowymi, jakimi mogą być obciążenia w różnych sferach życia wynikające z pandemii koronawirusa, ale także trudne doświadczenia sprzed tego czasu. W naszym badaniu mierzyliśmy zarówno uogólnioną odporność psychiczną respondentów, jak również specyficzną dla okresu pandemii.

Do określenia ogólnego poziomu odporności psychicznej osób badanych użyliśmy skali RES (patrz: opis narzędzi badawczych). Średni poziom odporności psychicznej w badanej próbie wynosił 3,73 ($SD = 0,70$). Czynniki związane z poziomem odporności była płeć i wiek badanych. Odpowiedzi kobiet wskazują na niższą, $t(1904) = -2,02$; $p < 0,05$, a osób starszych na wyższą odporność psychiczną, $r = 0,25$; $p < .001$.

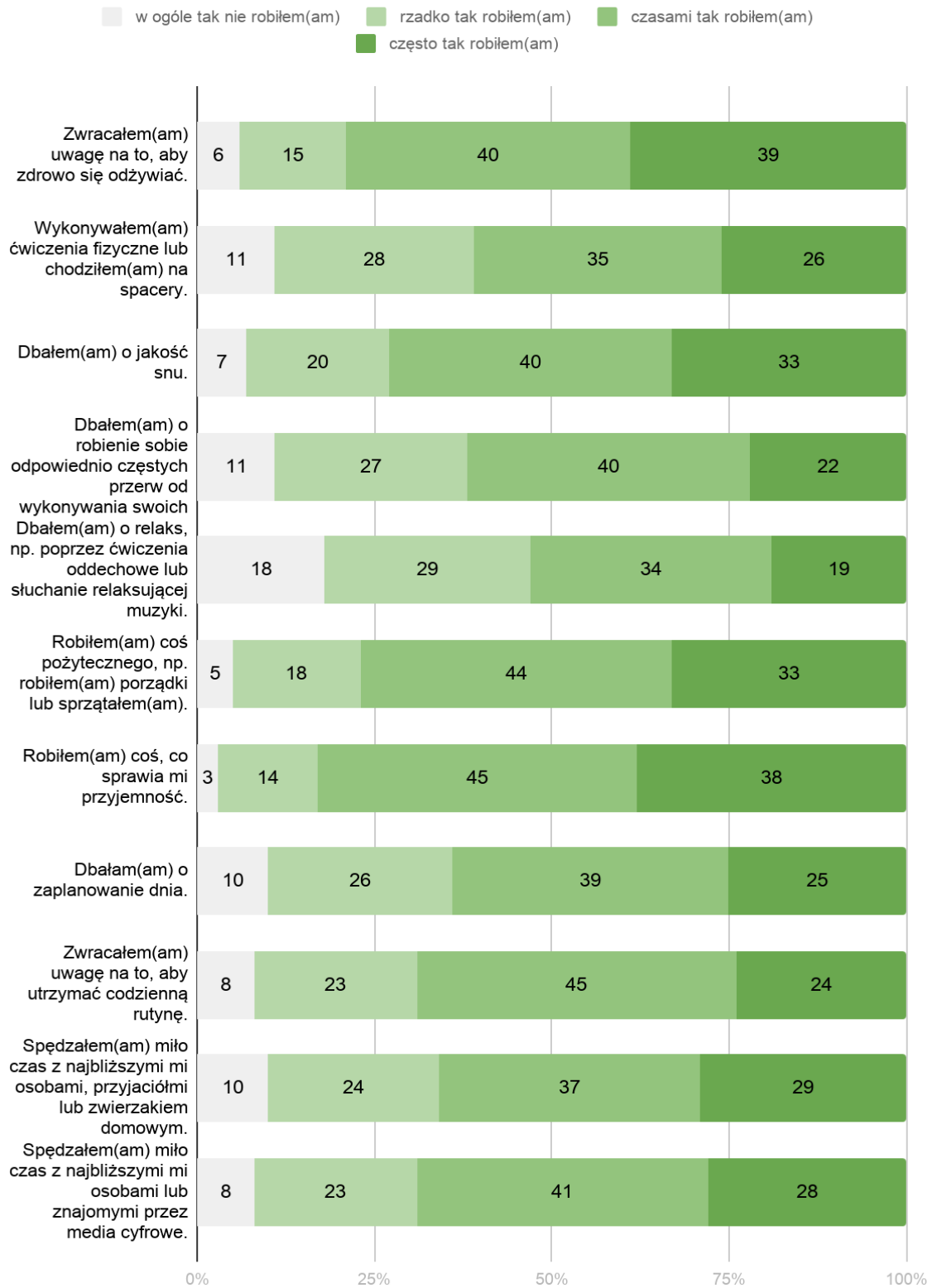
Mierzyliśmy także to, w jaki sposób badani starali się poradzić sobie z trudnościami wynikającymi z pandemii koronawirusa, podając 13 możliwych sposobów (skala PCS). Sposoby radzenia sobie w czasie pandemii można podzielić na dwie grupy zachowań: nakierowanych na zapobieganie zarażeniu koronawirusem (Wykres 11) oraz skupiających się na dobrostanie psychicznym (Wykres 12). Struktura odpowiedzi na pytanie o postępowanie zgodnie z zaleceniami mającymi na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się koronawirusa, może świadczyć o ich wysokim respektowaniu. Natomiast najczęściej stosowanymi praktykami skierowanymi na dobrostan psychiczny były dbanie o zdrowe odżywianie i robienie rzeczy, które sprawiają respondentom przyjemność. Stosunkowo najrzadziej wskazywano dbanie o relaks i aktywność fizyczną. Ponadto czynności mogące pomóc poradzić sobie z sytuacją pandemii podejmowały częściej kobiety w

porównaniu z mężczyznami [zachowania skoncentrowane na zapobieganiu zakażeniu koronawirusem: $t(1904) = 6,14$; $p < .001$; zachowania skoncentrowane na dobrostanie: $t(1904) = 5,75$; $p < .001$]. Także wiek pozytywnie wiązał się z tymi zachowaniami - wraz z wiekiem wzrastała częstotliwość ich podejmowania [zachowania skoncentrowane na zapobieganiu zakażeniu koronawirusem: $r = 0,28$; $p < .001$; zachowania skoncentrowane na dobrostanie: $r = 0,15$; $p < .001$].



Wykres 11. Procentowy rozkład sposobów radzenia sobie w czasie koronawirusa nakierowanych na zapobieganie zarażeniu.

Sposoby radzenia sobie w czasie pandemii koronawirusa



Wykres 12. Procentowy rozkład sposobów radzenia sobie w czasie koronawirusa nakierowanych na dobrostan psychiczny.

Dodatkowo pytaliśmy osoby badane o to, czy korzystały w czasie pandemii z różnych form pomocy psychologicznej oraz osób, których zdaniem dana usługa byłaby pomocna w sytuacji złego samopoczucia. Okazuje się, że zdecydowana większość osób nie korzystała z żadnej z form pomocy psychologicznej, natomiast ponad 40% chętnie by z niej skorzystało - w tym najwięcej badanych uważało, że pomocna byłaby dla nich psychoterapia (Tabela 3).

Tabela 3. Odsetek osób korzystających z różnych form pomocy psychologicznej oraz osób, których zdaniem dana usługa byłaby pomocna w sytuacji złego samopoczucia.

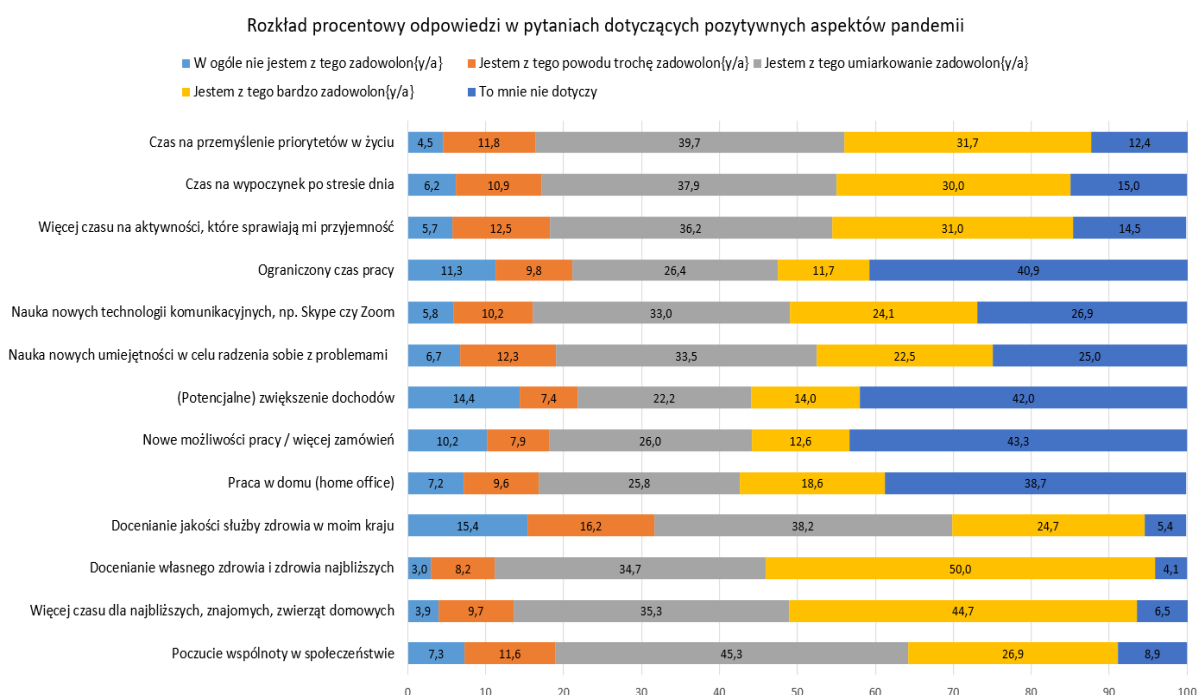
Rodzaj usługi	Korzystam obecnie (%)	Byłoby pomocne (%)
Kursy online	3,9	9,1
Konsultacje telefoniczne	6	11,1
Coaching online	1,6	3,6
Psychoterapia online	2,4	10,5
Grupa samopomocy online	1,3	5,8
Coaching osobisty	0,9	4,3
Psychoterapia osobista	3,9	19,4
Grupa samopomocy osobista	1,6	6
Inne	2,8	1,9
Żadne	82	57,2

Jakość życia

Analiza odpowiedzi dotyczących subiektywnej jakości życia wykazała, że 55,3% osób badanych oceniło ją na poziomie średnim ($SD = 21,7$ pkt. %). Mężczyźni wykazują większy poziom zadowolenia niż kobiety ($M = 56,3$ pkt. %, $SD = 20,9$ pkt. % vs $M = 54,3$ pkt. %, $SD = 22,3$ pkt. %), różnica ta nie jest jednak istotna statystycznie ($p = 0,05$).

Pytania obejmujące pozytywne konsekwencje pandemii dotyczyły wielu obszarów życia. W obliczeniu średniego wyniku (poziom zadowolenia z różnych konsekwencji pandemii) pominięto osoby, które wskazały w co najmniej jednym

pytaniu odpowiedź “to mnie nie dotyczy”. Średnia w próbie 812 osób wynosi 38,51 ($SD = 8,39$), wśród kobiet 38,29 ($SD = 9,18$), a wśród mężczyzn 38,69 ($SD = 7,66$). Różnica między płciami nie jest istotna statystycznie. Obszar, w którym najwięcej osób wskazało odpowiedź “to mnie nie dotyczy” związany jest z życiem zawodowym, natomiast najwięcej pozytywnych konsekwencji wiąże się z docenianiem zdrowia oraz większą ilością czasu dla najbliższych i znajomych. Szczegółowy rozkład odpowiedzi w poszczególnych pytaniach przedstawiono na Wykresie 13.



Wykres 13. Procentowy rozkład odpowiedzi w pytaniach dotyczących pozytywnych aspektów pandemii.

Podsumowanie

Przeprowadzone badanie dostarczyło danych na temat wielu aspektów funkcjonowania osób w czasie pandemii, tj. doświadczanego przez nich stresu i rodzajów obciążeń, dominującego nastroju, objawów zaburzeń związanych ze stresem i traumą oraz sposobów radzenia sobie. Istotne wydaje się dalsze monitorowanie zdrowia psychicznego w czasie pandemii oraz przystosowania, które

może zmieniać się w zależności od rozwoju sytuacji epidemicznej i wprowadzanych ograniczeń. Planowane są ponadto dalsze analizy wyników oraz porównanie rezultatów badania, które jest obecnie prowadzone w 10 krajach Europy (Lotzin i in., 2020). Przewiduje się, że dostarczy ono wielu interesujących danych na temat stresorów oraz czynników ryzyka i czynników ochronnych oraz ich udziału w wyjaśnianiu symptomów zaburzeń adaptacyjnych.

Literatura (wybrana):

- Lotzin, A., Aakvaag, H. F., Acqarini, E., Ajdukovic, D., Ardino, V., Böttche, M., Bondjers, K., Bragesjö, M., Dragan, M., Grajewski, P., Figueiredo-Braga, M., Gelezelyte, O., Javakhishvili, J. D., Kazlauskas, E., Knefel, M., Lueger-Schuster, B., Makhashvili, N., Mooren, T., Sales, L., Stevanovic, A., Schäfer, I. (2020). Stressors, coping and symptoms of adjustment disorder in the course of COVID-19 pandemic – Study protocol of the European Society for Traumatic Stress Studies (ESTSS) pan-European study. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, 1780832.
- Solar, O., Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization.
- Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., Bech P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 167-176.
- van der Meer, C. A., te Brake, H., van der Aa, N., Dashtgard, P., Bakker, A., Olff, M. (2018). Assessing psychological resilience: development and psychometric properties of the english and dutch version of the resilience evaluation scale (RES). *Frontiers in Psychiatry*, 9, 169.
- van Spijker, B.A.J., Batterham, P.J., Cate, A.L., Farrer, L., Christensen, H., Reynolds, J. & Kerkhof, A.J.F.M. (2014). The Suicidal Ideation Attributes Scale (SIDAS): Community-based validation study of a new scale for the measurement of suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44 (4), 408-419.
- WHO (1998). *Wellbeing Measures in Primary Health Care/The Depcare Project*. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.
- Zelviene, P., Kazlauskas, E., Maercker, A. (2020). Risk factors of ICD-11 adjustment disorder in the Lithuanian general population exposed to life stressors. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1708617.