
PSYCHICZNE KOSZTY PANDEMII COVID-19 WŚRÓD PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH

Agata Słupska

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej
a.slupska@op.pl

Magdalena Wichary

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej
magda7y7@op.pl
ORCID: 0000-0003-1882-1328

ABSTRACT

Introduction: The pandemic situation is not a new phenomenon. In the history of mankind, pandemics have happened frequently, it is enough to recall the Spanish flu epidemic in Europe, SARS in Asia or AIDS all over the world. The SARS-CoV-2 pandemic, due to the progressing globalization, has rapidly spread to all countries and the COVID-9 disease sows fear. In order to fight the rapidly spreading disease, governments and their institutions have implemented restrictions, isolation and restriction of civil liberties. Prolonged quarantine and the threat of a fatal disease are not indifferent to the mental health of all people, including medical workers.

Objective: The point of the research was to understand and assess the psychophysical burden related to work during a pandemic, the risk of depression symptoms and post-traumatic

STRESZCZENIE

Wstęp: Sytuacja pandemiczna nie jest zjawiskiem nowym. W historii ludzkości pandemie zdarzały się często, wystarczy przypomnieć epidemię grypy hiszpanki w Europie, SARS w Azji czy AIDS na całym świecie. Pandemia SARS-CoV-2, wskutek postępującej globalizacji, w szybkim tempie opanowała wszystkie kraje, a choroba COVID-19 sieje strach. W celu walki z szybko rozprzestrzeniającą się chorobą rządy i podlegające im instytucje wprowadziły restrykcje, izolację i ograniczenie swobód obywatelskich. Przedłużająca się kwarantanna i zagrożenie śmiertelną chorobą nie pozostają obojętne dla zdrowia psychicznego wszystkich ludzi, włączając w to pracowników medycznych.

Cel: Celem badań było poznanie i ocena obciążeń psychofizycznych związanych z pracą w czasie pandemii, ryzyka wystąpienia objawów depresji

stress disorder (PTSD), depending on variables such as gender, age, seniority and occupation, and an attempt to develop recommendations regarding support for medical workers.

Material and methods: The study included 123 employees of various medical professions. The research tool was a questionnaire containing author's questions and standardised tests for detecting symptoms of depression PHQ-9 and PCL-C post-traumatic stress disorder. The survey was conducted from October 8th to November 2nd, 2020 by posting a questionnaire on the Google Forms website. The respondents answered the questions anonymously and voluntarily.

Results: The study involved 108 women and 15 men, professionally active, the vast majority of whom were nurses. More than a half of the respondents were over 40 years of age, the great majority were people with work experience of up to 20 years. The highest percentage of respondents indicated that the source of stress was chaos in decisions, shortages in personal protective equipment, the risk of a severe course of the disease in relatives and the risk of quarantine and isolation. Most of the respondents felt much more tired in connection with work in a pandemic situation and the psychophysical burden had an impact on the effectiveness of their work. Most of the respondents did not experience major changes in social

i zespołu stresu pourazowego (PTSD) w zależności od zmiennych, takich jak płeć, wiek, staż pracy i wykonywany zawód, oraz próba opracowania rekomendacji dotyczących wsparcia pracowników medycznych.

Materiał i metoda: Badaniem objęto 123 pracowników wykonujących różne zawody medyczne. Narzędziem badawczym był kwestionariusz zawierający pytania autorskie oraz standaryzowane testy w kierunku wykrywania objawów depresji PHQ-9 i zespołu stresu pourazowego PCL-C. Badanie przeprowadzono w okresie od października do listopada 2020 r., umieszczając kwestionariusz na stronie internetowej Formularze Google. Ankietowani odpowiadali na pytania anonimowo i dobrowolnie.

Wyniki: W badaniu wzięło udział 108 kobiet i 15 mężczyzn, aktywnych zawodowo, z czego zdecydowaną większość stanowiły pielęgniarki. Ponad połowa badanych przekroczyła 40. rok życia, znaczną większość stanowiły osoby o stażu pracy do 20 lat. Najwyższy odsetek ankietowanych jako źródło stresu wskazał chaos decyzyjny, braki w środkach ochrony osobistej, ryzyko ciężkiego przebiegu choroby u osób bliskich i ryzyko kwarantanny i izolacji. Większość respondentów odczuwało zdecydowanie większe zmęczenie w związku z pracą w sytuacji pandemii, a obciążenia psychofizyczne miały wpływ na efektywność ich pracy. W relacjach społecznych u większości badanych nie zaszły większe zmiany, choć

relations, although some of them indicated more frequent conflicts at work and an increase in aggressive attitudes among patients. Most of the respondents also did not feel any difference in social perception in relation to the work they performed. More than a half of respondents coped with stress by socializing and relaxing with music, books and television. The rarest method of coping with stress was relaxation during yoga, meditation and breathing workshops, and a negligible percentage of the respondents used professional psychological care. A fairly large percentage of respondents dealt with tension in an anti-health manner by isolating themselves from people, smoking more than usual amounts of cigarettes and drinking more alcohol than before. A small group of people took sedatives and sleeping pills regularly. Most of the subjects showed either no symptoms of depression or mild to moderate symptoms of depression, while more than half had moderate, moderately numerous and multiple symptoms of PTSD. The level of depressive symptoms and PTSD did not depend on the age, sex and years of work of the respondents, and there was no such relations in connection with the profession of a nurse, paramedic and physician. A high percentage of the respondents reported insomnia, poor concentration, excessive reaction to external stimuli as well as irritation and outbursts of anger. The respondents expect support in the form of additional funds,

część z nich wskazała na częstsze powstawanie konfliktów w pracy i wzrost postaw agresywnych wśród pacjentów. Większość respondentów nie odczuwała też różnicy w odbiorze społecznym w związku z wykonywaną pracą. Ponad połowa ankietowanych radziła sobie ze stresem, utrzymując kontakty towarzyskie i relaksując się przy muzyce, książce i telewizji. Najrzadszą metodą radzenia sobie ze stresem była relaksacja przy ćwiczeniu jogi, medytacji i warsztatów oddechowych, a znikomy odsetek badanych korzystał z profesjonalnej opieki psychologicznej. Dość duży odsetek badanych radził sobie z napięciem w sposób antyzdrowotny przez izolowanie się od ludzi, palenie większej, niż zazwyczaj, ilości papierosów i wypijanie większej, niż zazwyczaj, ilości alkoholu. Niewielka grupa regularnie zażywała środki uspokajające i nasenne. Większość badanych nie przejawiała objawów depresji lub wykazała łagodne lub umiarkowane jej symptomy, natomiast u ponad połowy odnotowano umiarkowane, umiarkowanie liczne i liczne objawy PTSD. Poziom objawów depresyjnych i PTSD nie zależał od wieku, płci i stażu pracy badanych, nie wykazano też takich zależności w związku z wykonywanym zawodem pielęgniarki, ratownika medycznego i lekarza. Wysoki odsetek badanych zgłaszał bezsenność, zaburzenia koncentracji, nadmierną reakcję na bodźce zewnętrzne oraz irytację i wybuchy gniewu. Badani oczekują wsparcia w postaci dodatkowych

care and appreciation, systematic testing for infection, the provision of better quality personal protective equipment, flexible work schedule and staff support, and provision of housing in case of necessary isolation.

Conclusions: There is a high level of psychophysical burden among medical staff working during the pandemic. Exposure to stress, aggression, anxiety and frustration increase the likelihood of developing mental disorders in people working during the ongoing pandemic.

Most of the subjects did not show any symptoms of depression or showed mild or moderate ones, while more than half had moderate, moderately numerous and numerous symptoms of PTSD. The most distressing symptoms among respondents, resulting from the workload during the pandemic are: concentration disorders, insomnia, fatigue, hypersensitivity to external stimuli, irritation and outbursts of anger. The severity neither of depressive symptoms nor of post-traumatic stress disorder depends on age, gender, seniority level or occupation. Psychological support, ensuring safety and comfort of work, enabling rest and providing additional remuneration are the priorities of government and local institutions in order to protect mental health of medical staff.

Keywords: medical workers, psychophysical stress, depression, PTSD, COVID-19 pandemic.

środków finansowych, troski i docenienia, systematycznego testowania w kierunku zakażenia, zaopatrzenia w środki ochrony osobistej lepszej jakości, elastycznego grafiku pracy i wsparcia kadrowego oraz zapewnienia mieszkania w razie konieczności izolacji.

Wnioski: Wśród pracowników medycznych wykonujących pracę w okresie pandemii występuje wysoki stopień obciążenia psychofizycznego. Narażenie na stres, agresję, lęk i frustrację zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych u osób pracujących w okresie trwającej pandemii. Większość badanych nie przejawiała objawów depresji lub wykazała łagodne lub umiarkowane jej symptomy, natomiast u ponad połowy odnotowano umiarkowane, umiarkowanie liczne i liczne objawy PTSD. Niepokojące objawy wynikające z obciążenia pracą w okresie pandemii wśród respondentów to zaburzenia koncentracji, bezsenność, poczucie zmęczenia, nadmierna reakcja na bodziec zewnętrzny oraz irytacja i wybuchy gniewu. Nasilenie objawów depresyjnych i objawów zespołu stresu pourazowego nie jest zależne od wieku, płci, stażu pracy oraz wykonywanego zawodu. Wsparcie psychologiczne, zapewnienie bezpieczeństwa i komfortu pracy, umożliwienie odpoczynku i zapewnienie dodatkowego wynagrodzenia za pracę należy do priorytetowych działań instytucji rządowych i lokalnych,

w celu ochrony zdrowia psychicznego personelu medycznego.

Słowa kluczowe: personel medyczny, obciążenie psychofizyczne, depresja, PTSD, pandemia COVID-19.

WSTĘP

Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2, powodującego chorobę COVID-19 zaskoczyła cały świat. Początkowo informacje z dalekich Chin przyjęto z niedowierzaniem ale i spokojem, pamiętając o epidemii SARS, która odbierana była jako zjawisko „lokalne” i egzotyczne, a więc odległe. Tymczasem już w styczniu 2020 roku Francja jako pierwszy kraj w Europie zgłosiła przypadki zakażenia SARS-CoV-2 u osób powracających z Wuhan, a 11 marca Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię wirusa.

Działanie rządów i instytucji zdrowia publicznego nakierowano na walkę z szybko rozprzestrzeniającą się, nieznaną i śmiertelną chorobą. W krótkim czasie wprowadzono restrykcje, izolację wielu ludzi i ograniczenie swobód obywatelskich. Życie całej ludzkości w ciągu kilku tygodni zmieniło się, a każdy człowiek musiał dostosować się do nowej rzeczywistości. Codzienne zachowania i przyzwyczajenia uległy ograniczeniom, które dotknęły wszystkich obszarów życia: rodziny, relacji z bliskimi czy pracy. Ludzie stopniowo musieli ograniczać swoją aktywność i dbanie o siebie w naturalny, znany sposób.

Wybuch pandemii i jej trwanie nie pozostają obojętne dla zdrowia psychicznego każdego człowieka. Kwarantanna i izolacja, zachowanie dystansu wobec innych ludzi wpływają niekorzystnie na poziom odczuwanego komfortu psychicznego. Permanentny stres, powodowany obawą o własne życie i zdrowie, prowadzić może do stanów lękowych, depresji, a w konsekwencji do przewlekłego cierpienia psychicznego i zespołu stresu pourazowego¹. Narażenie na głęboki, przedłużający się stres dotyka całego społeczeństwa, w tym pracowników ochrony zdrowia, którzy mają bezpośredni kontakt z chorymi i umierającymi na COVID-19.

¹ P. Sztompka, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków 2010, s. 429-443.

W badaniu skupiono się na ocenie zagrożeń psychofizycznych wśród personelu medycznego, pracującego w warunkach trwającej pandemii, z uwzględnieniem szczególnego narażenia na wystąpienie zaburzeń depresyjnych i zespołu stresu pourazowego. Uzyskane wyniki badań dostarczyły informacji, które zaowocowały podjęciem próby wypracowania rekomendacji dotyczących wsparcia pracowników medycznych w czasie trwania tych nadzwyczajnych, groźnych dla życia i zdrowia, uwarunkowań nowej rzeczywistości.

Celem badań było poznanie i ocena obciążeń psychofizycznych związanych z pracą w czasie pandemii, ryzyka wystąpienia objawów depresji i zespołu stresu pourazowego (PTSD) w zależności od zmiennych, takich jak płeć, wiek, staż pracy i wykonywany zawód, oraz próba opracowania rekomendacji dotyczących wsparcia pracowników medycznych.

METODOLOGIA

Badanie przeprowadzono w okresie od października do listopada 2020 roku wśród 123 osób wykonujących różne zawody medyczne.

W celu zebrania danych zastosowano metodę sondażu diagnostycznego za pomocą anonimowej ankiety, której kwestionariusz umieszczono na stronie internetowej Formularze Google. Link do kwestionariusza, wraz z zaproszeniem do jego wypełnienia, rozesłano drogą elektroniczną do osób pracujących w zawodach medycznych. W przeprowadzonych badaniach posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety oraz skorzystano z dwóch standardowych narzędzi badawczych:

- Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*, Test Dziewięciu Pytań) służącego do przesiewowego badania w kierunku depresji;
- Testu PCL-C (*PTSD Check List – Civilian Version*) do wykrywania symptomów zespołu stresu pourazowego.

Kwestionariusz ankiety podzielony był na dwie sekcje, z których w pierwszej zawarto 7 pytań dotyczących respondenta oraz 22 pytania zasadnicze, w tym 9 pytań testu PHQ-9 (pytania od 11 do 19). W sekcji drugiej, przeznaczonej tylko dla respondentów, którzy zadeklarowali bezpośredni kontakt z pacjentem z rozpoznanym zakażeniem SARS-CoV-2, umieszczono test PCL-C, składający się z 17 pytań.

Pytania dotyczące respondenta, tzw. metryczka, zawierały 5 pytań zamkniętych i 2 półotwarte, natomiast wśród pytań zasadniczych zamieszczono 19 pytań zamkniętych i 3 pytania półotwarte w formie kafeterii z możliwością jednokrotnego i wielokrotnego wyboru odpowiedzi oraz przeprowadzono wymienione wyżej testy w kierunku wykrywania objawów depresji i zespołu stresu pourazowego.

Do zbadania poziomu objawów depresji w badanej grupie wykorzystano Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9, przetłumaczony i walidowany do polskiej wersji, a udostępniony przez firmę Pfizer Inc. Jest to proste i szybkie narzędzie przesiewowe, umożliwiające zarówno diagnozowanie depresji, jak i ocenę nasilenia jej objawów, polecane do szerokiego stosowania przez lekarzy POZ. Kwestionariusz charakteryzuje się wysoką rzetelnością – współczynnik spójności wewnętrznej α Cronbacha wynosi 0,88. Kwestionariusz składa się z 9 pytań, odpowiedzi na każde pytanie punktowane są w skali od 0 do 3, w zależności od częstości występowania danego objawu w ciągu ostatnich dwóch tygodni, gdzie 0 oznacza „wcale”, a 3 „niemal codziennie”. Maksymalna liczba punktów wynosi 27, co świadczy o największym możliwym nasileniu objawów depresji, natomiast wynik do 5 punktów oznacza brak objawów. Punktacja w zakresie skali przedstawia się następująco:

- 0-4 pkt – bez depresji,
- 5-9 pkt – łagodne objawy depresji,
- 10-14 pkt – umiarkowana depresja,
- 15-19 pkt – umiarkowanie ciężka depresja,
- 20-27 pkt – ciężka depresja².

W niniejszej pracy użyto kwestionariusza wyłącznie do zbadania, czy wśród osób grupy badanej występują objawy depresji i w jakim nasileniu, a nie do diagnozowania samej choroby, pozostawiając to profesjonalistom w tej dziedzinie. Kwestionariusz wykorzystano ze względu na jego prostotę i możliwość samodzielnego wykonania go przez badaną osobę.

Do oceny nasilenia objawów zespołu stresu pourazowego wykorzystano kwestionariusz *PTSD-CheckList-Civilian Version* (PCL-C) – wersję

² Zob. K. Tomaszewski, M. Zarychta, A. Bieńkowska i in., *Walidacja polskiej wersji językowej Patient Health Questionnaire-9 w populacji hospitalizowanych osób starszych*, „Psychiatria Polska” 2011, Tom XIV, s. 223-233; Ł. Świącicki, *Rozpoznawanie depresji w praktyce lekarza POZ*, [broшуra] Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2017.

cywilną. Jest to jedno z narzędzi opracowanych przez specjalistów z amerykańskiego Narodowego Centrum PTSD, stosowanych już od 1994 roku, początkowo wśród weteranów wojennych, a dostosowanego do wersji cywilnej i uznawanego przez wielu badaczy za przydatne do diagnozowania i monitorowania pacjentów z PTSD. Kwestionariusz cechuje wysoka spójność wewnętrzna – wskaźnik α Cronbacha wynosi 0,94. Test PCL-C złożony jest z 17 pytań odnoszących się do odczuć i zachowań respondenta na przestrzeni ostatniego miesiąca i służy do wykrywania symptomów PTSD w trzech obszarach:

- ponownego doświadczania przeżycia,
- unikania lub zmniejszenia wrażliwości na bodźce,
- nadmiernego pobudzenia.

Każde pytanie jest punktowane w skali od 1 do 5, w zależności od nasilenia odczuć, ocenianych samodzielnie przez respondenta, gdzie 1 oznacza „w ogóle”, a 5 „bardzo często”. Najniższa, liczba punktów wynosi 17, najwyższa 85. Punktacja po zsumowaniu przedstawia się następująco:

- 17-29 pkt – brak lub nieliczne objawy PTSD,
- 30-44 pkt – umiarkowane lub umiarkowanie liczne objawy PTSD,
- 45-85 pkt – liczne objawy PTSD³.

Test można interpretować na dwa sposoby: przez zsumowanie wszystkich elementów otrzymuje się ogólny wynik poziomu występowania objawów PTSD lub poprzez traktowanie każdej kategorii objawów z danego obszaru zgodnie z kryteriami diagnostycznymi PTSD przy spełnieniu warunków klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV, uznanej skali oceny funkcjonowania pacjenta⁴.

W badaniu wykorzystano tłumaczenie testu z języka angielskiego, dokonane przez psychologa-psychoterapeutę, Panią Ninę Babińską-Skalską, a umieszczone na jej blogu *Psychologia zaburzeń*⁵ do otwartego stosowania przez osoby dorosłe. Mimo to, w październiku 2020 roku zwrócono się drogą mailową do autorki z prośbą o wyrażenie zgody na wykorzystanie

³ Department of Veterans Affairs. Traumatic Brain Injury (TBI) Instruments User Manual. kwiecień 2018, <https://www.va.gov/> [online:: 11.06.2020]

⁴ A. Reber, *Słownik psychologii*, Warszawa 2000, s. 369

⁵ N. Babińska-Skalska, <https://psychologiazaburzen.pl/>. <https://psychologiazaburzen.pl/pcl-c-test-na-ptsd-zespol-stresu-pourazowego/> [dostęp: 25.09.2020]..

jej tłumaczenia kwestionariusza na potrzeby niniejszej pracy – niestety, nie uzyskano żadnej odpowiedzi.

Po wstępnej analizie wyników surowych, zapisanych w tabelach 1 i 2, w niniejszym badaniu wykorzystano obie interpretacje z uwagi na uzyskanie przez osoby badane zwiększonej liczby punktów w obszarach związanych z obniżeniem nastroju, utratą zainteresowania i satysfakcji z wykonywanych czynności, poczuciem zdystansowania od ludzi i braku perspektyw oraz sferą nadmiernej pobudliwości. W wymienionych obszarach zastosowano wytyczne kryteriów DSM-IV, gdzie warianty odpowiedzi 3-5 pkt (umiarkowane lub wyższe) traktowano jako objawowe, a 1-2 pkt jako bezobjawowe. Również w tym przypadku wyników testu nie interpretowano w kategoriach stawiania diagnozy, lecz użyto go wyłącznie do zbadania poziomu objawów występujących w grupie badanej oraz konfrontacji uzyskanych wyników w badanych obszarach z wynikami innych badaczy. Wartość współczynnika mierzonego Alfą Cronbacha w niniejszym badaniu wyniosła dla PHQ-9 $\alpha=0,89$, natomiast dla PCL-C $\alpha=0,94$, co oznacza doskonałą spójność wewnętrzną użytych narzędzi.

WYNIKI BADAŃ

W badaniu wzięły udział 123 osoby, z czego większość stanowiły kobiety – 108 (87,8%), natomiast mężczyźni było 15 (12,2%). Ponad połowę badanych stanowiły osoby powyżej 40. roku życia ($n=65$; 52,8%), w tym największy odsetek w grupie wiekowej między 42. a 50. rokiem życia ($n=41$; 33,3%). Połowa ankietowanych mieszkała w aglomeracjach powyżej 100 tysięcy mieszkańców ($n=62$; 50,4%), a blisko ¼ osób w mieście od 20 do 100 tysięcy mieszkańców ($n=30$; 24,4%). W mieście do 20 tysięcy mieszkańców zamieszkiwało 18 (14,6%) respondentów, natomiast mniejsze miejscowości i wsie jako miejsce zamieszkania podało 13 (10,6%) osób. Zdecydowana większość badanych zadeklarowała wykształcenie wyższe, w tym na poziomie magisterskim 62 (50,4%) osoby, a na licencjackim 46 (37,4%) osób. Wykształcenie średnie deklaroowało 10 (8,1%) osób, a pomaturalne 3 (2,4%) osoby. Dwoje ankietowanych osiągnęło stopień naukowy doktora (1,6%). Grupę badaną stanowiły osoby aktywne zawodowo, z czego ⅔ pracujących w zawodzie pielęgniarstwa/pielęgniarki i położnej ($n=82$; 66,7%), jako ratownik medyczny 16 (13%) osób, jako lekarz 11 (8,9%)

osób, a 14 (11,4%) osób jako przedstawicieli innych zawodów medycznych. W tej grupie największy odsetek stanowili fizjoterapeuci (n=9, 7,3%).

Największy odsetek badanych jako miejsce pracy zadeklarowało oddział szpitalny (n=59; 48%), a pojedyncze osoby (n=5; 4%) wskazały konkretne miejsce, np. stacja dializ, Oddział Intensywnej Terapii czy blok operacyjny. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR) bądź w szpitalnej izbie przyjęć pracowało 18 (14,6%) osób, pracę w Szpitalu Jednoimiennym lub Oddziale Zakaźnym deklarowało 7 (5,7%) osób. W Zespole Ratownictwa Medycznego (ZRM) lub Centrum Ratownictwa Medycznego (CRM) pracowało 11 (8,9%) osób, a w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ) 8 (6,5%) osób. Pozostałe 15 (12,3%) osób pracowało w innych miejscach, w tym w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym, Wydziale Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta, laboratorium, szpitalnej aptece lub prywatnym gabinecie.

Znaczną większość respondentów stanowiły osoby o stażu pracy do 20 lat (n=71; 57,7%), z czego ponad połowa pracowała od 11 do 20 lat (n=35; 28,5%), co stanowi najwyższy odsetek wśród wszystkich badanych. Najmniejszą grupą badanych były osoby deklarujące staż pracy między 6 a 10 lat (n=11; 8,9%).

Cała grupa badanych (n=123; 100%) odpowiedziała na pytania z pierwszej sekcji kwestionariusza ankiety, dotyczące obciążeń psychofizycznych w trakcie trwania pandemii. Wśród pytań zamieszczono również test PHQ-9, który posłużył do zbadania poziomu objawów depresji u wszystkich ankietowanych.

W sekcji drugiej kwestionariusza ankiety zamieszczono test PCL-C, przeznaczony do wykrywania objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD). Sekcja przeznaczona była wyłącznie dla grupy respondentów, która zadeklarowała bezpośredni kontakt w pracy z osobami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2. Grupa ta liczyła 93 (75,6%) osoby, natomiast 30 (24,4%) respondentów, którzy nie mieli styczności z zakażonym pacjentem, zakończyło ankietę po udzieleniu odpowiedzi na pytania z sekcji pierwszej.

Na pytanie o największe stresory związane z początkowym okresem pandemii respondenci mogli udzielić co najmniej jednej, ale nie więcej niż ośmiu spośród zamieszczonych 22 propozycji odpowiedzi do wyboru. Mogli również wpisać własną odpowiedź, zgodnie ze swoją hierarchią wartości. Wśród proponowanych odpowiedzi największy odsetek wskazań osób ankietowanych otrzymała kolejno:

- chaos decyzyjny – 76 (61,8%) osób;
- niedostatek środków ochrony osobistej – 63 (51,2%) osoby;
- ryzyko ciężkiego przebiegu choroby u najbliższych – 58 (47,2%) osób;
- ryzyko kwarantanny i izolacji – 56 (45,5%) osób;
- nieadekwatność działań instytucji i urzędów oraz często zmieniające się procedury – w obu po 53 (43,1%) osoby;
- brak dostępu do wiarygodnych informacji – 52 (42,3%) osoby.

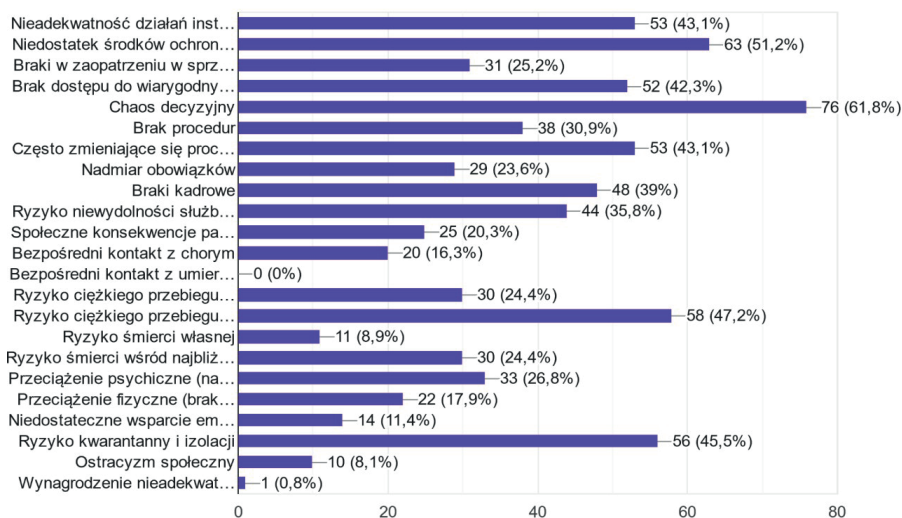
W dalszej kolejności respondenci jako źródło stresu wskazywali:

- braki kadrowe (n=48; 39%);
- ryzyko niewydolności służby zdrowia (n=44; 35,8%);
- brak procedur (n=38; 30,9%)
- przeciążenie psychiczne rozumiane jako nadmiar bodźców i brak relaksu (n=33; 26,8%);
- braki w zaopatrzeniu w sprzęt medyczny (n=31; 25,2%)
- ryzyko ciężkiego przebiegu choroby u siebie i ryzyko śmierci najbliższych (w obu odpowiedziach n=30; 24,4%);
- nadmiar obowiązków (n=29; 23,6%).

Společnych konsekwencji pandemii w postaci utraty pracy i niedostępności zasobów, takich jak żywność, dostęp do lekarza czy utraty płynności finansowej, obawiała się 1/5 ankietowanych (n=25; 20,3%). Przeciążenie fizyczne i obawę przed bezpośrednim kontaktem z pacjentem zakażonym wskazało kolejno 22 (17,9%) i 20 (16,3%) osób. Najmniejszy odsetek badanych wskazał na niedostateczne wsparcie emocjonalne (n=14; 11,4%), ryzyko śmierci własnej (n=11; 8,9%) i ostracyzm społeczny (n=10; 8,1%). Żadna z osób badanych nie uznała za stresujący bezpośredni kontakt z umierającym pacjentem, natomiast jedna osoba jako stresor wpisała wynagrodzenie nieadekwatne do pracy i sytuacji. Graficzny zapis odpowiedzi respondentów przedstawia rycina 1.

1. Co w pierwszej fazie pandemii wzbudzało u Pani/Pana największe obawy?

123 odpowiedzi

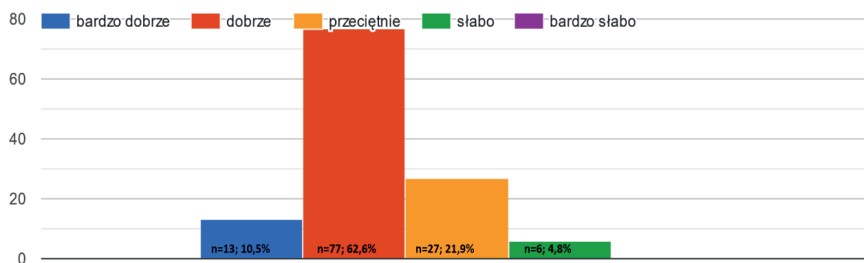


Ryc. 1. Źródła stresu w pierwszej fazie pandemii w badanej grupie z uwzględnieniem rozkładu procentowego [n=123].

Dwa kolejne pytania dotyczyły obecnej oceny własnego przygotowania zawodowego i przygotowanie zakładu pracy do działania w sytuacji kryzysowej.

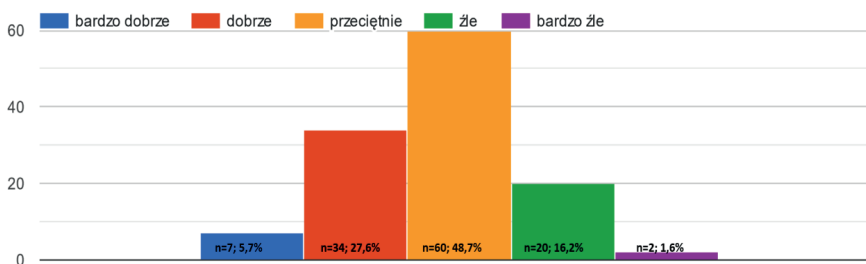
Co dziesiąty respondent uznał swoje zawodowe przygotowanie do pracy w sytuacji kryzysowej za bardzo dobre (n=13; 10,5%), natomiast tylko 7 (5,7%) osób za takie samo uważa przygotowanie pracodawcy. Jako dobre swoje umiejętności zawodowe i przygotowanie pracodawcy uznało kolejno 77 (62,6%) osób i 34 (27,6%) osoby. Przeciętnie przygotowanie swoje i pracodawcy oceniło w kolejności 27 (21,9%) osób i 60 (48,7%) osób. Blisko co dwudziesty badany (n=6; 4,8%) uważa, że jest słabo przygotowany do pracy w sytuacji kryzysowej. Natomiast źle i bardzo źle przygotowanie pracodawcy ocenia 22 (kolejno: n=20, 16,2%; n=2; 1,6%) respondentów. Ocenę własnego przygotowania zawodowego i przygotowania pracodawcy do pracy w czasie pandemii przedstawiono na rycinach 2 i 3.

2. Jak obecnie ocenia Pani/Pan swoje przygotowanie zawodowe do pracy w sytuacji kryzysowej?



Ryc. 2. Subiektywna ocena własnego przygotowania zawodowego do pracy w sytuacji kryzysowej w grupie badanej [n=123].

3. Jak obecnie ocenia Pani/Pan przygotowanie swojej placówki do działania w czasie pandemii?



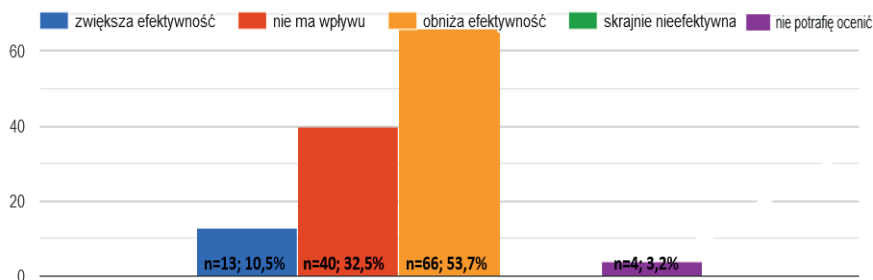
Ryc. 3. Subiektywna ocena przygotowania pracodawcy do działania w czasie pandemii w badanej grupie [n=123].

W kolejnych dwóch pytaniach poproszono respondentów o ocenę, czy zwiększone obciążenie psychofizyczne wpływa na ich sprawność zawodową oraz o subiektywne poczucie zmęczenia.

Ponad połowa badanych (n=66; 53,7%) przyznała, że praca w warunkach zwiększonych obciążeń psychofizycznych obniża efektywność, natomiast co dziesiąty respondent był przeciwnego zdania (n=13; 10,5%). Mniej niż 1/3 z grupy badanych (n=40, 32,%) uznała, że sytuacja pandemii nie ma wpływu na efektywność ich pracy. Tylko 4 (3,2%) osoby nie potrafiły ocenić, czy ich sprawność zawodowa zależy od przeciążeń psychofizycznych, a żaden z respondentów nie wskazał na skrajną nieefektywność. Ocenę wpływu

większych obciążeń psychofizycznych na sprawność zawodową badanych przedstawia rycina 4.

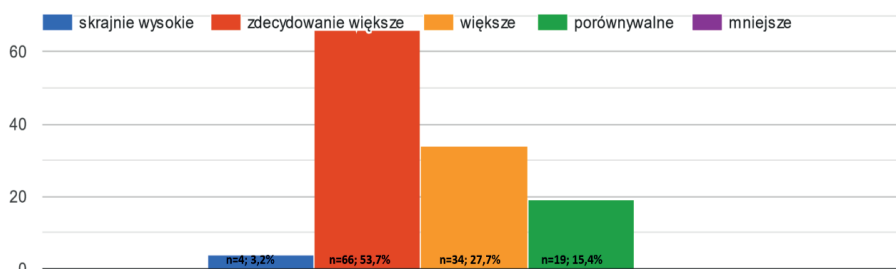
4. Jak ocenia Pani/Pan wpływ większego obciążenia psychofizycznego w sytuacji kryzysowej na swoją sprawność zawodową?



Ryc. 4. Wpływ obciążeń psychofizycznych na efektywność pracy w odczuciu grupy badanej [n=123].

Poczucie ogólnego zmęczenia, związanego z sytuacją pandemii, jako skrajnie wysokie oceniło tylko 4 (3,2%) badanych, natomiast nikt z grupy nie uznał, że jest mniejsze, niż przed tym faktem. Zmęczenie porównywalne z pracą przed pandemią zadeklarowało 19 (15,4%) osób. Ponad połowa badanych wskazała na zdecydowanie większe zmęczenie (n=66; 53,7%), a ponad ¼ (n=34; 27,7%) oceniła je na większe niż przed pandemią. Rycina 5 przedstawia subiektywną ocenę własnego zmęczenia osób w grupie badanej.

5. Jak ocenia Pani/Pan swoje ogólne zmęczenie związane z obecną sytuacją?

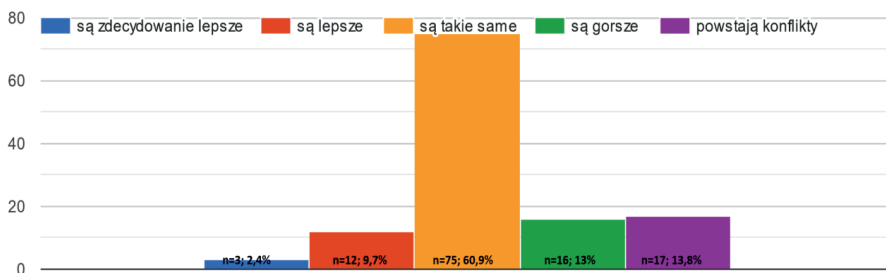


Ryc. 5. Subiektywne poczucie zmęczenia w grupie badanej [n=123].

W następnej kolejności postanowiono zapytać badanych o ich relacje społeczne na tle sytuacji kryzysowej. W pytaniu o wpływ pandemii na stosunki interpersonalne w miejscu pracy zdecydowana większość badanych uważa, że są takie same ($n=75$; 60,9%). Na poprawę relacji z innymi pracownikami wskazało w sumie 15 osób, w tym 12 (9,7%) uznało je za lepsze, a tylko 3 (2,4%) za zdecydowanie lepsze niż przed pandemią. Ponad $\frac{1}{4}$ badanych uważa, że więzi społeczne w pracy uległy pogorszeniu, co prowadzi do częstych konfliktów (kolejno: $n=16$; 13%; $n=17$; 13,8%).

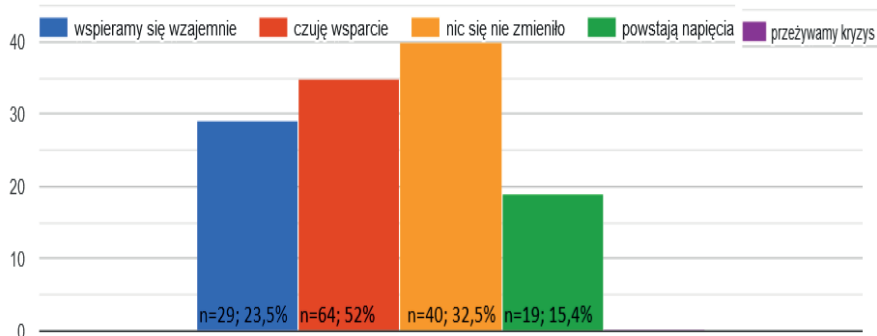
W relacjach rodzinnych ponad połowa respondentów ($n=64$; 52%) deklaruje, że może liczyć na wsparcie ($n=35$; 28,4%) lub wspiera się wzajemnie ($n=29$; 23,5%). Blisko $\frac{1}{3}$ badanych ($n=40$; 32,5%) uznała, że czas pandemii nie wpływa na ich relacje z bliskimi. W życiu rodzinnym 19 (15,4%) respondentów pojawiły się napięcia, ale nikt z badanych nie wskazał na kryzys w rodzinie. Relacje społeczne grupy badanej przedstawiono na rycinach numer 6 i 7.

6. Jak obecna sytuacja wpływa na Pani/Pana relacje z innymi pracownikami?



Ryc. 6. Ocena relacji zawodowych w kontekście pandemii w grupie badanej [$n=123$].

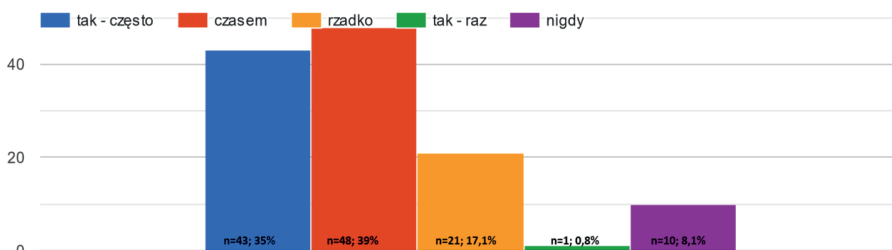
7. Jak obecna sytuacja wpływa na Pani/Pana relacje z bliskimi?



Ryc. 7. Ocena relacji rodzinnych w kontekście pandemii w badanej grupie [n=123].

Kolejne dwa pytania dotyczyły oceny odbioru społecznego pracowników medycznych w trakcie pandemii. Zapytano respondentów o to, czy w związku z wykonywaną pracą zetknęli się z agresją ze strony pacjentów lub ich rodzin z powodu ograniczeń w dostępie do opieki medycznej w czasie pandemii. Tylko ¼ spośród badanych (n=32; 26%) twierdzi, że zdarza się to rzadko lub nigdy nie spotkała się z agresją w czasie pracy. Ponad ⅓ grupy badanej (n=43; 35%) z agresją spotyka się często, natomiast czasami miało z nią do czynienia aż 48 (39%) ankietowanych. Częstość występowania aktów agresji wobec grupy badanej przedstawiono na rycinie 8.

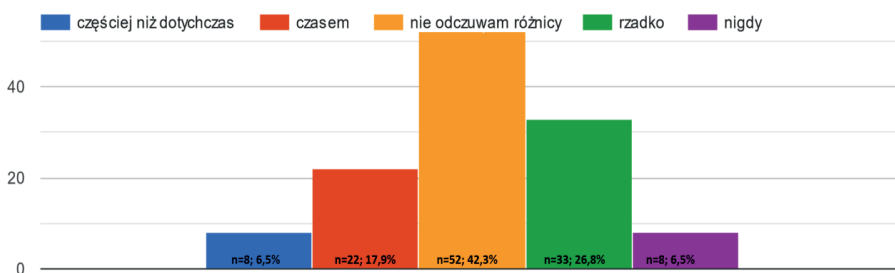
8. Czy spotkała/ł się Pani/Pan z większą agresją ze strony pacjentów lub ich rodzin w związku z ograniczonym dostępem do opieki zdrowotnej?



Ryc. 8. Ocena częstotliwości występowania aktów agresji wobec badanej grupy [n=123].

Na pytanie o przejawy większego szacunku społeczeństwa, odczuwane w związku z wykonywaną pracą, równa liczba ankietowanych (po: $n=8$; 6,5%) odpowiedziała negatywnie (nigdy) i pozytywnie (częściej niż dotychczas). Największa grupa badanych ($n=52$; 42,3%) nie odczuwa żadnej różnicy w odbiorze społecznym. Czasem z przejawami większego prestiżu spotkały się 22 (17,9%) osoby, natomiast 33 (26,8%) ankietowanych twierdzi, że z uznaniem społecznym spotyka się rzadko. Subiektywne odczucie badanych w związku z odbiorem społecznym w czasie pandemii przedstawia rycina 9.

9. Czy odczuwa Pani/Pan przejawy większego szacunku w związku z wykonywaną pracą?

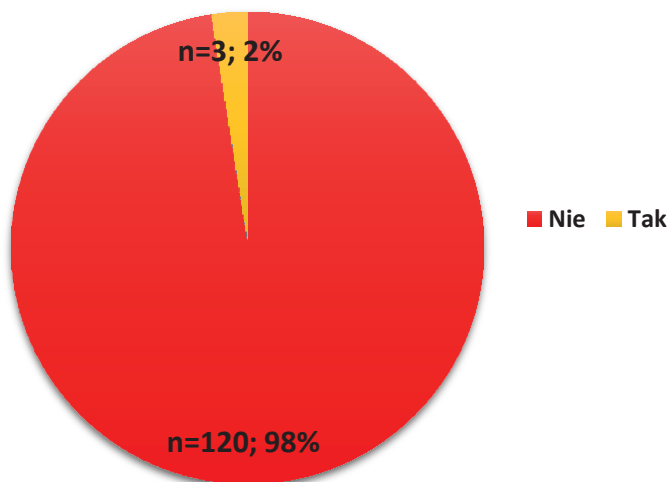


Ryc. 9. Ocena odbioru społecznego w związku z wykonywaną pracą w grupie badanej [n=123].

Następne pytanie w kwestionariuszu miało związek z dołączonym do zagadnień w sekcji głównej testem PHQ-9, złożonym z 9 pytań, a służącym wykrywaniu symptomów depresji w badanej grupie i miało na celu sprawdzenie, czy wśród badanych są osoby ze zdiagnozowaną i leczoną depresją.

Tę część kwestionariusza ankiety z testem PHQ-9 (pytania 11-19) wraz z testem PCL-C oraz wyniki badań przedstawiono wspólnie w dalszej kolejności. Wśród respondentów 3 (2,4%) osoby zmagają się z tym schorzeniem, co zamieszczono na rycinie 10.

Czy w ostatnim roku zdiagnozowano u Pani/Pana depresję i/lub jest Pani/Pan w trakcie terapii?



Ryc. 10. Osoby ze zdiagnozowaną depresją w badanej grupie [n=123].

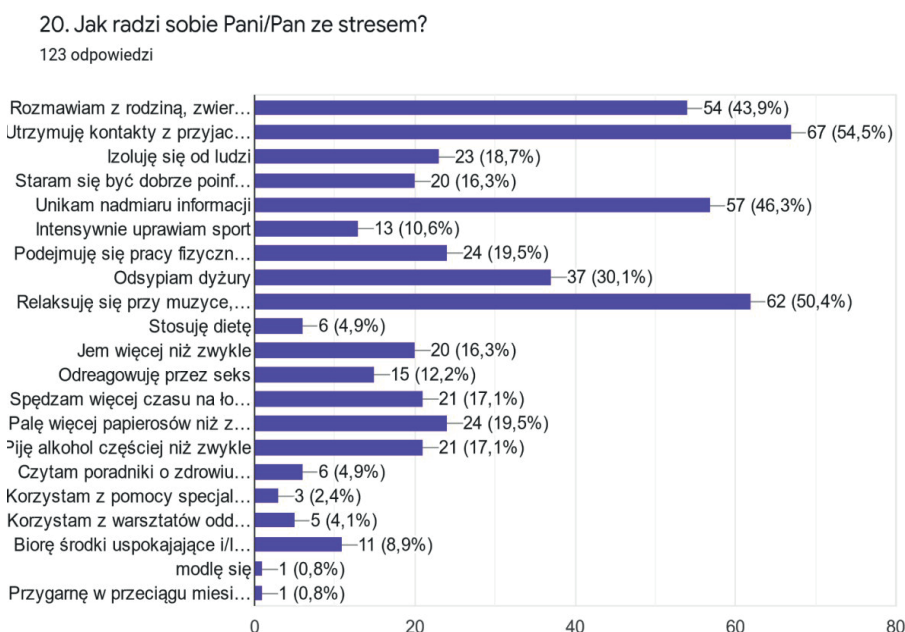
W następnej kolejności ankietowani odpowiadali na pytanie o sposoby radzenia sobie ze stresem. Respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi z zaprezentowanych propozycji oraz wpisać swoją metodę na obniżenie poziomu stresu.

Ponad połowa badanych za najlepsze sposoby radzenia sobie ze stresem w trakcie pandemii uznała utrzymywanie kontaktów z przyjaciółmi i znajomymi (n=67; 54,5%) i relaksowanie się przy muzyce, książce lub telewizji (n=62; 50,4%), a w dalszej kolejności unikanie nadmiaru informacji (n=57; 46,3%) oraz rozmowę w gronie rodziny (n=54; 43,9%).

Mniej niż co trzeci badany (n=37; 31,1%) starał się odesypiać dyżury. Blisko co piąty badany redukuje poziom stresu podejmując się pracy fizycznej (n=24; 19,5%), a co dziesiąty poprzez intensywne uprawianie sportu (n=13; 10,6%). Tylko 21 (17,1%) osób spędzało więcej czasu na łonie natury.

Prawie 1/5 badanych (n=24; 19,5%) paliła więcej papierosów niż zwykle, a 17,1% respondentów (n=21) przyznaje się do picia większej niż

zwykle ilości alkoholu. Środki uspokajające i nasenne regularnie zażywało 11 (8,9%) osób. Aż 23 (18,7%) osoby starały się izolować od innych ludzi. Najbardziej stosowaną metodą radzenia sobie ze stresem była relaksacja w postaci ćwiczeń jogi, tai chi, korzystania z warsztatów oddechowych czy medytacja ($n=5$; 4,1%). Tylko 3 (2,4%) respondentów korzystało z profesjonalnej pomocy specjalistów – psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry. Jedna osoba wpisała modlitwę jako metodę radzenia sobie ze stresem, a jedna postanowiła przygarnąć dwa koty w przeciągu miesiąca. Sposoby radzenia sobie ze stresem przedstawia rycina 11.



Ryc. 11. Sposoby redukcji stresu wraz z rozkładem procentowym wybieranych odpowiedzi w grupie badanej [$n=123$].

Na pytanie o wsparcie, jakiego oczekują pracownicy medyczni w związku z dużym obciążeniem psychofizycznym, spowodowanym pracą w czasie pandemii, zdecydowana większość ankietowanych ($n=90$; 73,2%) wskazała dodatkowe środki finansowe oraz potrzebę troski i docenienia przez przełożonych, współpracowników, najbliższych i społeczności lokalne ($n=67$; 54,5%).

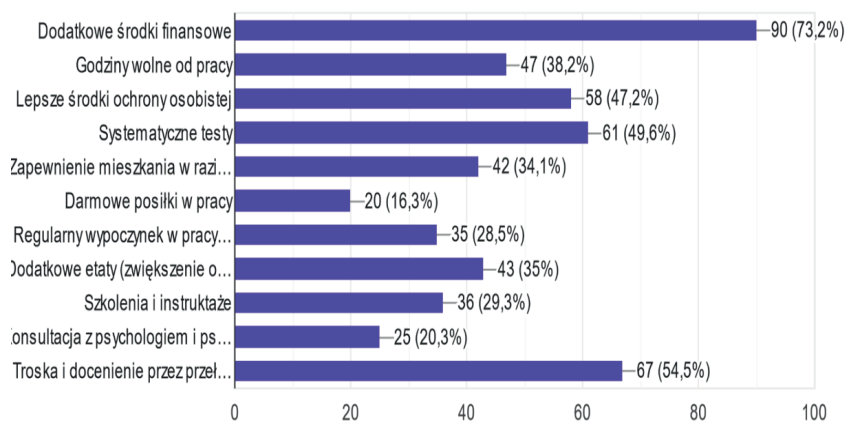
Prawie połowa badanych ($n=61$; 49,6%) za szczególnie ważne uznała systematyczne testowanie pracowników w kierunku zakażenia SARS-CoV-2,

natomiast 47,2% grupy badanej (n=58) dostęp do środków ochrony indywidualnej lepszej jakości.

W dalszej kolejności respondenci wskazali na potrzeby: zwiększenie liczby godzin wolnych od pracy (n=47; 38,2%), dodatkowe etaty dla wzmocnienia obsady na dyżurach (n=43; 35%), szkolenia i instruktaże (n=36; 29,3%) oraz zapewnienie regularnego wypoczynku w trakcie pracy (n=35; 28,5%). Ponad 1/3 badanych (n=42; 34%) uznała za konieczne zapewnienie mieszkania w razie potrzeby izolacji. Najmniejszy odsetek respondentów (n=20; 16,3%) za istotną pomoc uznał darmowe posiłki w pracy. Tylko 1/5 badanych (n=25; 20,3%) za niezbędne wsparcie uważa możliwość konsultacji z psychologiem lub psychiatrą na żądanie. Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź z proponowanych lub dopisać własną. Oczekiwania grupy badanej przedstawiono na rycinie 12.

21. Jakiego wsparcia oczekuje Pani/Pan w związku z dużym obciążeniem psychofizycznym, spowodowanym pracą w sytuacji pandemii?

123 odpowiedzi

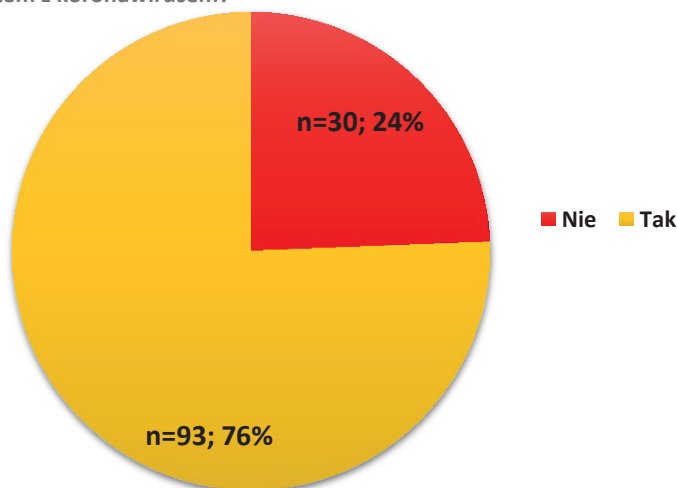


Ryc. 12. Wsparcie oczekiwane przez respondentów w związku z pracą w czasie pandemii [n=123].

Ostatnie pytanie w pierwszej sekcji kwestionariusza dotyczyło bezpośredniego kontaktu z pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2 i stanowiło zakończenie ankiety dla osób, które takiej styczności nie miały. Celem tego podziału było zbadanie obecności objawów zespołu stresu pourazowego wyłącznie u respondentów, którzy deklarowali kontakt z chorym. Wśród

respondentów tylko $\frac{1}{4}$ ($n=30$, 24,4%) nie miała bezpośredniej styczności z pacjentem zakażonym wirusem, zatem wykluczono tę grupę z dalszego badania. Pozostali ankietowani ($n=93$; 74,6%), po potwierdzeniu kontaktu z pacjentem zakażonym, wypełnili kwestionariusz testu PCL-C (PTSD Check List – Civilian Version). Liczbę i rozkład procentowy osób bez kontaktu i z kontaktem z pacjentem zakażonym przedstawia rycina 13.

Czy w czasie pandemii miała Pani/miał Pan bezpośredni kontakt z pacjentem z koronawirusem?



Ryc. 13. Osoby bez kontaktu i z kontaktem z pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2 w grupie badanej [n=123].

W badaniach zastosowano analizy statystyczne przy użyciu oprogramowania IBM SPSS Statistics w wersji 26. Za jego pośrednictwem wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych, testy normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa, testy t-Studenta dla prób niezależnych, jedno-czynnikowe analizy wariancji w schemacie międzygrupowym oraz analizy korelacji rangowej ρ Spearmana. Za poziom istotności w niniejszym podrozdziale przyjęto klasyczny próg $\alpha=0,05$, dodatkowo interpretując wyniki prawdopodobieństwa statystyki testu w przedziale $0,05 < p < 0,1$ za istotne na poziomie tendencji statystycznej.

Wszyscy ankietowani ($n=123$) odpowiedzieli na 9 pytań Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta PHQ-9, służącego do przesiewowego badania w kierunku objawów depresji. Wyniki surowe z odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza przedstawiono w tabeli 1.

Natomiast na 17 pytań testu PCL-C odpowiedziało 93 respondentów. Celem przeprowadzenia testu było ustalenie, czy w badanej grupie występują objawy zespołu stresu pourazowego (PTSD). Wyniki surowe z odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza przedstawiono w tabeli 2.

Tab. 1. Odpowiedzi ankietowanych na poszczególne pytania Kwestionariusza PHQ-9 z uwzględnieniem wartości bezwzględnej i rozkładu procentowego w grupie badanej [n=123].

Odpowiedź	Nr pytania Liczba i % Płeć	1.		2.		3.		4.		5.		6.		7.		8.		9.	
		L.	%	L.	%	L.	%	L.	%	L.	%	L.	%	L.	%	L.	%	L.	%
wcale	Kobieta	31	25,2	32	26,0	36	29,3	13	10,5	43	34,9	54	43,9	43	34,9	70	56,9	98	79,5
	Mężczyzna	3	2,4	6	4,8	3	2,4	1	0,8	9	7,3	6	4,8	8	6,5	14	11,4	14	11,4
kilka dni	Kobieta	46	37,3	49	39,8	30	24,4	48	39,0	35	28,4	33	26,8	38	30,8	23	18,6	6	4,8
	Mężczyzna	11	8,9	9	7,3	6	4,8	6	4,8	3	2,4	6	4,8	5	4,0	0	0,0	0	0,0
więcej niż połowę dni	Kobieta	13	10,5	14	11,3	22	17,8	31	25,2	18	14,6	9	7,3	12	9,7	6	4,8	3	2,4
	Mężczyzna	0	0,0	0	0,0	2	1,6	8	6,5	3	2,4	2	1,6	2	1,6	1	0,8	1	0,8
niemal codziennie	Kobieta	18	14,6	13	10,5	20	16,2	16	13,0	12	9,7	12	9,7	15	12,1	9	7,3	1	0,8
	Mężczyzna	1	0,8	0	0,0	4	3,2	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0

L – liczba uzyskanych odpowiedzi; % – wartość procentowa z grupy badanej

Tab. 2. Odpowiedzi ankietowanych na poszczególne pytania Kwestionariusza PCL-C z uwzględnieniem wartości bezwzględnej i rozkładu procentowego [n=93].

Nr pytania	odpowiedź	w ogóle		czasami		umiarkowanie często		często		bardzo często	
		L.	%	L.	%	L.	%	L.	%	L.	%
	płeć										
1.	K	32	34,4	34	36,5	6	6,4	6	6,4	1	1,0
	M	8	8,6	6	6,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
2.	K	50	53,7	19	20,4	4	4,3	4	4,3	2	2,1
	M	9	9,6	5	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
3.	K	44	47,3	25	26,8	7	7,5	3	3,2	0	0,0
	M	9	9,6	5	5,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
4.	K	36	38,7	28	30,1	10	10,7	3	3,2	3	3,2
	M	10	10,7	3	3,2	1	1,0	0	0,0	0	0,0

5.	K	39	41,9	24	25,8	9	9,6	4	4,3	3	3,2
	M	10	10,7	2	2,1	2	2,1	0	00	0	00
6.	K	32	34,4	0	00	9	9,6	6	6,4	2	2,1
	M	8	8,6	2	2,1	0	00	2	2,1	2	2,1
7.	K	50	53,7	19	20,4	5	5,3	5	5,3	0	00
	M	10	10,7	2	2,1	0	00	2	2,1	0	00
8.	K	46	49,4	24	25,8	7	7,5	1	1,0	1	1,0
	M	10	10,7	2	2,1	2	2,1	0	00	0	00
9.	K	23	24,7	43	46,2	5	5,3	5	5,3	3	3,2
	M	4	4,3	3	3,2	3	3,2	2	2,1	2	2,1
10.	K	23	24,7	36	38,7	8	8,6	10	10,7	2	2,1
	M	5	5,3	3	3,2	3	3,2	2	2,1	1	1,0
11.	K	27	29,0	37	39,7	6	6,4	6	6,4	3	3,2
	M	5	5,3	4	4,3	5	5,3	0	00	0	00
12.	K	29	31,1	29	31,1	8	8,6	7	7,5	6	6,4
	M	6	6,4	6	6,4	1	1,0	0	00	1	1,0
13.	K	20	21,5	30	32,2	13	13,9	10	10,7	6	6,4
	M	3	3,2	5	5,3	2	2,1	0	00	4	4,3
14.	K	8	8,6	41	44,0	13	13,9	10	10,7	7	7,5
	M	1	1,0	8	8,6	4	4,3	0	00	1	1,0
15.	K	10	10,7	43	46,2	13	13,9	10	10,7	3	3,2
	M	2	2,1	7	7,5	5	5,3	0	00	0	00
16.	K	23	24,7	32	34,4	9	9,6	11	11,8	4	4,3
	M	3	3,2	9	9,6	2	2,1	0	00	0	00
17.	K	10	10,7	38	40,8	13	13,9	12	12,9	6	6,4
	M	5	5,3	6	6,4	2	2,1	1	1,0	0	00

K – kobieta; M – mężczyzna; L – liczba uzyskanych odpowiedzi; % – wartość procentowa z grupy badanej

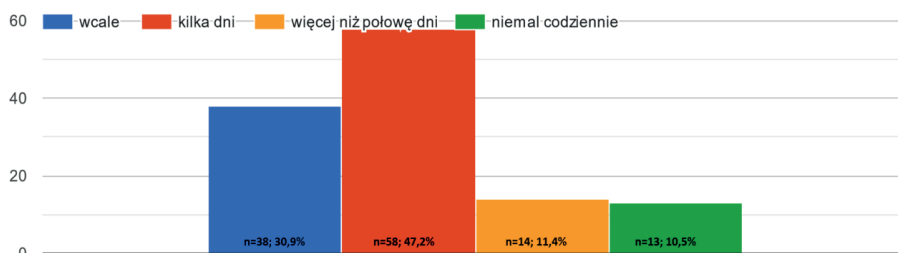
Ze wstępnej analizy wyników surowych można wnioskować, że większość respondentów nie wykazała zdecydowanych cech zaburzeń depresyjnych, a tylko niewielki odsetek badanych odznacza się zwiększoną liczbą symptomów zespołu stresu pourazowego. Zwrócono jednak uwagę na kilka obszarów zaburzeń, związanych z:

- obniżeniem nastroju;
- utratą zainteresowania i satysfakcji z wykonywanych czynności;
- poczuciem zdystansowania od ludzi i poczuciem braku perspektyw na przyszłość;

- sferą nadmiernej pobudliwości

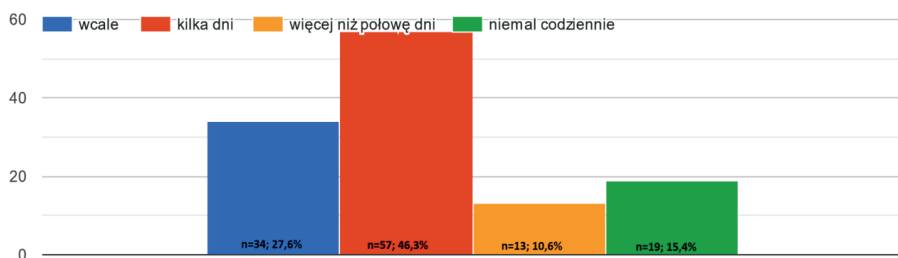
Spośród całej grupy badanej (n=123) co dziesiąty badany testem PHQ-9 (n=13, 10,5%) wykazuje niemal codziennie w ostatnich dwóch tygodniach obniżony nastrój i ma poczucie własnej deprecjacji, a co szósty (n=19; 15,4%) twierdzi, że nie cieszą go czynności dnia codziennego. Aż $\frac{1}{5}$ badanych cierpi na bezsenność (n=24; 19,5%), a co siódmy (n=16; 13%) skarży się na brak energii i zmęczenie. Odczucie obniżonego nastroju i utraty zainteresowań wśród grupy badanej ilustrują ryciny 14 i 15.

12. Jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni odczuwała/ł Pani/Pan uczucie smutku, przygnębienia, beznadziei?



Ryc. 14. Odczuwanie obniżonego nastroju w grupie badanej testem PHQ-9 [n=123].

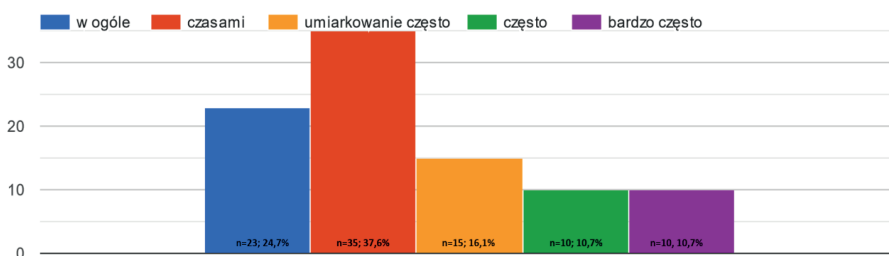
11. Jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni odczuwała/ł Pani/Pan niewielkie zainteresowanie lub nie czerpała/ł przyjemności z wykonywanych czynności?



Ryc. 15. Ograniczenie zainteresowań i aktywności w grupie badanej testem PHQ-9 [n=123].

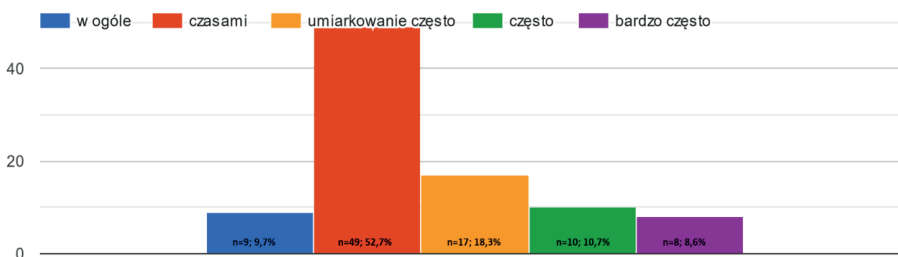
Wśród grupy badanej testem PCL-C ($n=93$) objawy były bardziej intensywne. Prawie $\frac{1}{3}$ badanych ($n=26$; 27,9%) wykazuje w przeciągu ostatniego miesiąca od „umiarkowanie często” do „bardzo często” poczucie odcięcia, dystansu do ludzi, a co czwarty respondent ($n=23$; 24,7%) odczuwa obawę przed brakiem perspektyw na przyszłość. W obszarze nadmiernej pobudliwości aż 37,6% ($n=35$) badanych cierpi na bezsenność lub inne zaburzenia snu oraz zgłasza irytację i nieadekwatne do sytuacji wybuchy gniewu. Nadmierną reakcję na bodźce zewnętrzne (drażliwość) wykazuje 34 (36,5%) badanych, natomiast na trudności z koncentracją wskazała aż $\frac{1}{3}$ grupy badanej ($n=31$; 33,3%). Zaburzenia snu, irytację i wybuchy gniewu, zaburzenia koncentracji i nadmierną reakcję na bodźce zewnętrzne przedstawiono na rycinach 16, 17, 18 i 19.

13. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca miałś/eś kłopoty z zaśnięciem lub spaniem?



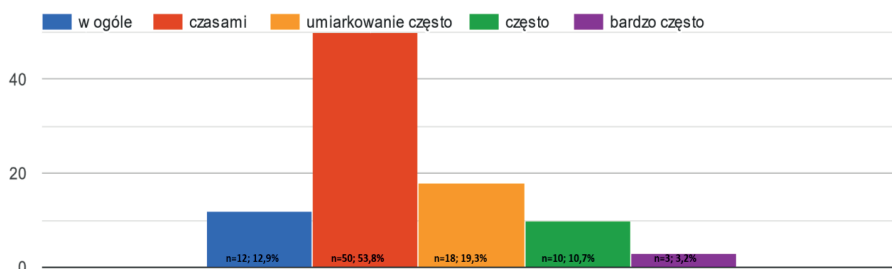
Ryc. 16. Zaburzenia snu i bezsenność w grupie badanej testem PCL-C [$n=93$].

14. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułaś/eś się zirytowany lub miałś/eś wybuchy gniewu?



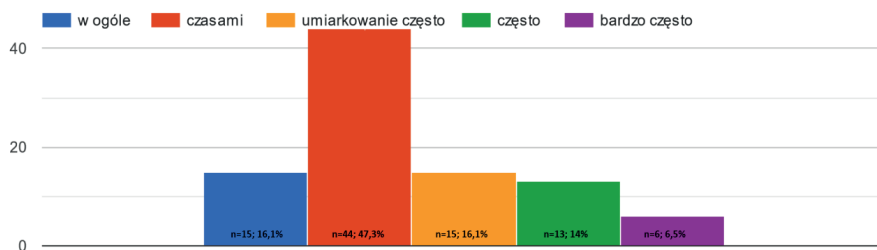
Ryc. 17. Odczucie irytacji i nieadekwatne wybuchy gniewu w grupie badanej testem PCL-C [$n=93$].

15. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca miałeś/eś trudności ze skoncentrowaniem się?



Ryc. 18. Trudności z koncentracją w grupie badanej testem PCL-C [n=93].

17. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułaś/eś się nerwowa/y albo łatwo Cię było wystraszyć?



Ryc. 19. Nadmierne reakcje na bodźce zewnętrzne w grupie badanej testem PCL-C [n=93].

W celu potwierdzenia wstępnych wniosków z interpretacji wyników surowych, obliczono punktacje z obu testów, zgodnie z wytycznymi ich interpretacji i na tej bazie wykonano podstawowe statystyki opisowe wraz z testami normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa dla badanych zmiennych ilościowych. Wyniki przeprowadzonych testów wykazały, że obie zmienne różniły się istotnie od modelowego rozkładu normalnego. W celu wyboru metody dalszej analizy postanowiono zweryfikować wartości skośności otrzymanych rozkładów, zgodnie z regułą stanowiącą, że jeśli wartość skośności mieści się w przedziale ± 2 , to dopuszczalne jest przyjęcie, że rozkład takiej zmiennej nie jest znacząco asymetryczny względem średniej, co w konsekwencji pozwala na przeprowadzenie testów parametrycznych.

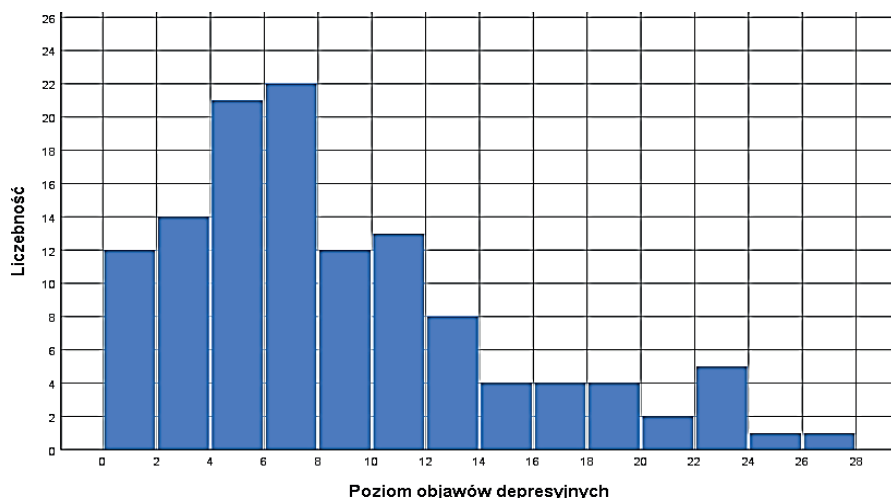
Otrzymane wartości skośności badanych zmiennych oscylowały w przedziale 0,15-0,94, zawierały się zatem w przyjętym powyżej przedziale. Szczegółowe wyniki omawianej analizy zawarto w tabeli 3.

Tab. 3. Podstawowe statystyki opisowe wraz z testami normalności Kołmogorowa-Smirnowa dla zmiennych ilościowych [n=123].

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>K-S</i>	<i>p</i>
Poziom objawów depresyjnych	8,27	7	6,16	0,94	0,43	0	27	0,14	<0,001
Poziom objawów PTSD	25,74	27	18,29	0,15	-0,37	0	77	0,16	<0,001

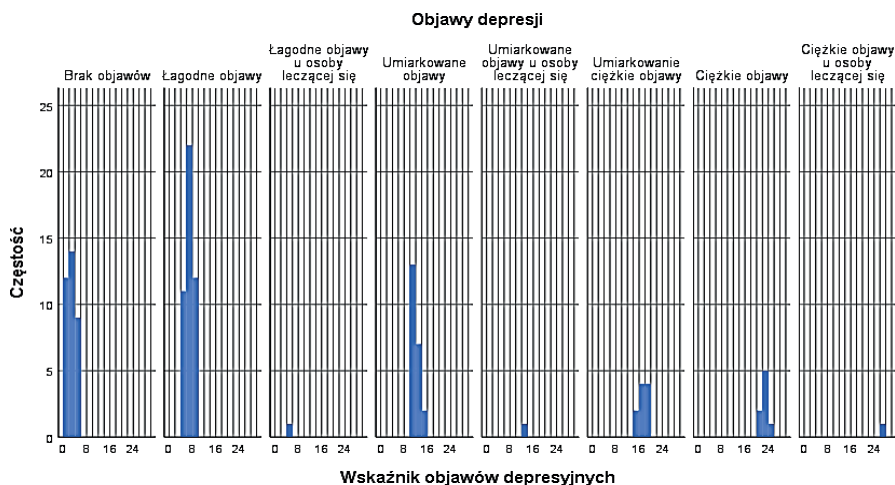
M – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtoza; *Min* i *Maks.* – najniższa i najwyższa wartość rozkładu; *K-S* – wynik testu Kołmogorowa-Smirnowa; *p* – istotność

Jak wynika z tabeli 3, średni poziom objawów depresyjnych wśród 123 uczestników badania wynosił 8 punktów ($M=8,27$), zaś mediana, czyli wartość dzieląca badaną grupę na dwie równe części, była nieznacznie niższa i wynosiła 7 punktów. Osoby badane najczęściej uzyskiwały wyniki z przedziału od 4 do 8 punktów w pytaniach z zakresu obecności objawów depresyjnych, w tym najniższy odnotowany wynik wynosił 0 punktów, a najwyższy 27, co przedstawiono na rycinie 20.



Ryc. 20. Poziom objawów depresyjnych badanych osób [n=123].

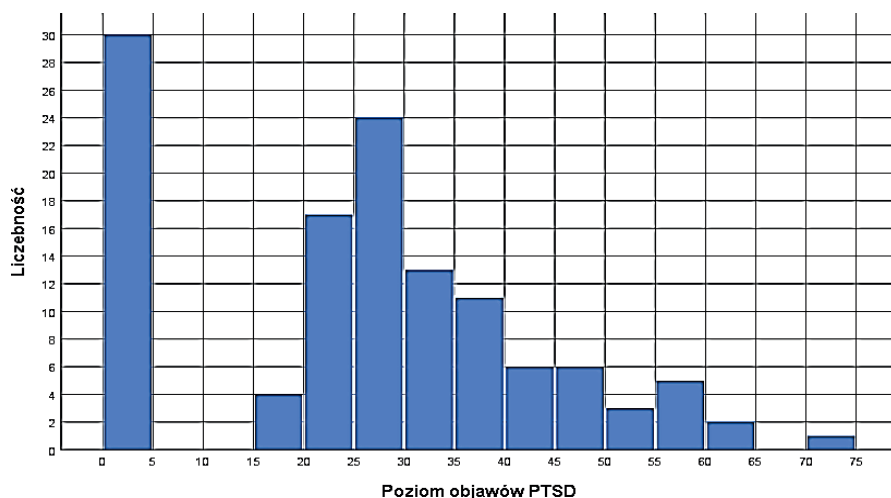
Dokładny poziom objawów depresyjnych z uwzględnieniem zastosowanej kwalifikacji przedstawia rycina 21.



Ryc. 21. Poziom objawów depresyjnych zgodnie z klasyfikacją Kwestionariusza PHQ-9 dla grupy badanej [n=123].

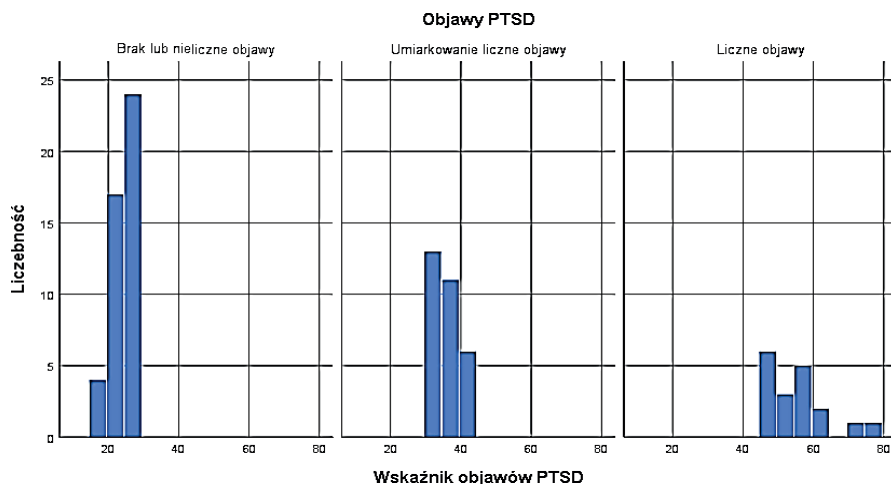
Z analizy rycin 20 i 21 można wnioskować, że znaczna większość osób badanych nie miała objawów depresji lub wykazywała jej łagodne i umiarkowane symptomy. Spośród trzech osób, które były pod opieką specjalistów z powodu zdiagnozowanej depresji, pierwsza osoba wykazała w badaniu łagodne objawy, druga umiarkowane, natomiast trzecia manifestowała objawy ciężkiej depresji.

Aby przystąpić do kolejnego badania, tym razem w kierunku występowania objawów zespołu stresu pourazowego, z grupy badanej wykluczono osoby, które nie miały styczności z pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (n=30; 24,4%). Średni poziom objawów PTSD w badanej grupie (n=93) wynosił ok. 26 punktów, a mediana 27 punktów. Osoby badane najczęściej uzyskiwały wynik z przedziału od 27 do 37 punktów. Najniższa wartość wyniku wynosiła 17 punktów, zaś najwyższy odnotowany wynik wynosił 77 punktów, natomiast wartość 0 uzyskanych punktów na rycinie oznacza osoby wykluczone z badania. Poziom objawów PTSD badanych osób przedstawiono na rycinie 22.



Ryc. 22. Poziom objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) u badanych osób [n=93].

Dokładny poziom objawów PTSD z uwzględnieniem zastosowanej klasyfikacji przedstawia rycina 23.



Ryc. 23. Poziom objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) zgodnie z klasyfikacją Kwestionariusza PCL-C dla grupy badanej [n=93].

Również w tym przypadku można przyjąć, że znaczna większość osób nie manifestowała objawów PTSD bądź wykazywała jego nieliczne oraz umiarkowanie liczne symptomy.

Sprawdzono także, czy poziom objawów depresyjnych i poziom objawów zespołu stresu pourazowego jest odmienny u osób wykonujących zawód lekarza, pielęgniarki czy ratownika medycznego. Aby analiza była możliwa do wykonania, z badania wykluczono 14 osób, wykonujących zawód inny, niż podane wyżej. W tym celu przeprowadzono jednoczynnikowe analizy wariancji w schemacie międzygrupowym. W zakresie objawów depresyjnych nie uzyskano wyników nawet na poziomie tendencji statystycznej, natomiast w zakresie poziomu objawów PTSD odnotowano różnicę na poziomie tendencji statystycznej. Nie umożliwiło to jednak wykonania analizy post hoc. Wyniki analizy przedstawia tabela 4.

Tab. 4. Poziom objawów depresyjnych i PTSD u badanych wykonujących zawód lekarza, pielęgniarki i ratownika medycznego [n=123].

	Pielęgniarka, położna (n = 82)		Ratownik medyczny (n = 16)		Lekarz (n = 11)		<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Poziom objawów depresyjnych	8,89	6,50	7,00	3,25	6,18	6,29	1,40	0,251	0,03
Poziom objawów PTSD	26,50	18,90	35,38	10,01	21,09	15,55	2,45	0,091	0,04

W kolejnym etapie postanowiono sprawdzić, czy występuje różnica w poziomie objawów depresyjnych i PTSD w grupie kobiet i mężczyzn. W tym celu przeprowadzone zostały testy t-Studenta dla prób niezależnych. Nie odnotowano jednak żadnych różnic nawet na poziomie tendencji statystycznych. Należy zatem przyjąć, że poziomy obu objawów w grupach badanych nie były znacząco odmienne. Poziom objawów depresyjnych i objawów PTSD u kobiet i mężczyzn przedstawiono w tabeli 5.

Tab. 5. Poziom objawów depresyjnych oraz objawów PTSD u kobiet i mężczyzn w grupie badanej [n=123].

	Kobieta (n = 108)		Mężczyzna (n = 15)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d</i> Cohena
Poziom objawów depresyjnych	8,47	6,42	6,80	3,65	1,48	0,149	-0,64	3,98	0,27
Poziom objawów PTSD	25,20	18,94	29,60	12,41	-0,87	0,385	-14,38	5,59	0,24

W ostatnim kroku postanowiono zweryfikować, czy wiek osób badanych oraz ich staż pracy są w znaczący sposób powiązane z uzyskiwanym poziomem objawów depresji i objawów PTSD. W tym celu wykonano analizę korelacji rangowej Spearmana. Nie odnotowano żadnych statystycznie znaczących związków między badanymi zmiennymi, co prowadzi do wniosku, że w badanej grupie ani wiek, ani staż pracy nie wpływały znacząco na uzyskiwany przez badanych poziom objawów depresyjnych oraz poziom objawów PTSD. Korelacje wieku i stażu pracy badanych z poziomami objawów depresji i zespołu stresu pourazowego zamieszczono w tabeli 6.

Tab. 6. Poziom objawów depresyjnych i objawów PTSD osób badanych a ich wiek i staż pracy [n=123].

Poziom objawów depresyjnych		Wiek	Staż pracy
		ρ Spearmana	-0,11
	istotność	0,219	-0,05
Poziom objawów PTSD		ρ Spearmana	0,09
		istotność	0,520
			0,309

DYSKUSJA

Trwająca pandemia wirusa SARS-CoV-2 może mieć istotny wpływ na zdrowie psychiczne ludzi podlegających izolacji i ograniczeniom, które narzuciły restrykcje epidemiologiczne, podjęte wobec społeczeństwa przez instytucje państwowe. Wśród badaczy dominuje przekonanie o konieczności stałego monitorowania stanu zdrowia psychicznego ludzi, by zapobiegać wzrostowi zachorowań na choroby psychiczne. Zaburzenia psychiczne, związane z narażeniem na przedłużający się wysoki poziom stresu, wynikający z izolacji oraz potrzeby utrzymywania dystansu, mogą być natychmiastowe i przesunięte w czasie. Obawa o własne zdrowie i życie może powodować zaburzenia lękowe i adaptacyjne, prowadzić do fobii, załamania nerwowego i depresji.

W dalszej perspektywie utrzymujący się nadmierny stres traumatyczny uprawdopodobnia wystąpienie zespołu stresu pourazowego. Na szczególną uwagę zasługują pracownicy systemu opieki zdrowotnej, których narażenie na stres i zaburzenia psychiczne jest większe, z uwagi na bezpośredni kontakt z chorymi i umierającymi.

Równowagę społeczną i gospodarczą całego świata, w tym Polski, zakłóciły narzucone przez rządy mechanizmy, mające opanować pandemię COVID-19. Wiązały się one z ograniczeniem swobodnego poruszania się i podróżowania, izolowaniem chorych i kwarantanną całych grup społecznych, wprowadzoną w niektórych krajach godziną policyjną, zakazem zgromadzeń czy wyznaczonymi godzinami handlu. Ze względów epidemiologicznych zamknięto szkoły, ośrodki kultury, sportu i ograniczono działalność hotelowo-restauracyjną. Ludzie, zamknięci we własnych domach, bombardowani niezliczoną ilością informacji prawdziwych i tzw. fake newsów na temat szybko rozprzestrzeniającego się śmiertelnego wirusa, byli narażeni na silny stres⁶.

W dotychczasowych badaniach społecznych i psychologicznych przeoczono fakt, że pracownicy służb medycznych znajdują się na pierwszej linii frontu walki z pandemią, co sugerowałoby podjęcie badań nad ich odpornością psychiczną w świetle nowych wyzwań. W badaniach własnych podjęto próbę poznania i oceny obciążeń psychofizycznych pracowników medycznych, ryzyka wystąpienia objawów depresji i zespołu stresu pourazowego w czasie pandemii oraz sformułowania rekomendacji, dotyczących wsparcia pracowników medycznych w walce z pandemią. W badaniach założono potrzebę większego wsparcia pracowników służb medycznych ze względu na możliwość wystąpienia u nich objawów depresji i PTSD z powodu dużych obciążeń psychofizycznych w dobie pandemii.

W badaniu wzięły udział 123 osoby, a znaczną większość stanowiły kobiety (87,8%). Najwięcej respondentów było między 41 a 50 r.ż. (33,3%). W badaniu przeważały pielęgniarki (66,7%), a osoby z wykształceniem magisterskim stanowiły najliczniejszą grupę respondentów. Do wypełnienia testu w kierunku wykrywania objawów zespołu stresu pourazowego zaproszono tylko tych respondentów, którzy deklarowali bezpośredni kontakt

⁶ Zob. J. Konieczny, *Bezpieczeństwo zdrowia publicznego w zagrożeniach epidemiologicznych. Teoria-Praktyka-Metodologia-Etyka*, Poznań, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa, Poznań 23 kwiecień 2020; D. Zachary, A. Slemmon, Ch. Richardson i in., *Associations between periods of COVID-19 quarantine and mental health*, „Psychiatry Research” 2021, nr 295, s. 1-9; WHO, *Zdrowie psychiczne i funkcjonowanie społeczne podczas pandemii COVID-19*, World Health Organization, Genewa, 18 marzec 2020; M. Babicki, A. Mastalerz-Migas, *Występowanie zaburzeń lękowych wśród Polaków w dobie pandemii COVID-19*, „Psychiatria Polska Online first” 2020, nr 188, s. 1-13

z pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2. Grupę tę stanowiły 93 osoby.

Z analizy wyników badań własnych wynika, że dla większości ankietowanych profesjonalistów medycznych w początkowej fazie pandemii największym źródłem stresu był chaos decyzyjny (61,8%) i obawa o własne bezpieczeństwo oraz zdrowie najbliższych. Ponad połowa ankietowanych (51,2%) obawiała się braków w zaopatrzeniu w środki ochrony osobistej, ryzyko własnej kwarantanny i izolacji stanowiło stresor dla 45,5% badanych, a ryzyko ciężkiego przebiegu choroby u najbliższych było źródłem stresu dla 47,2% osób. W przytoczonym w niniejszej pracy badaniu Panelu Ariadna zbliżony odsetek Polaków z ogółu społeczeństwa (49%) obawiał się o stan zdrowia najbliższych, a dla 34% ankietowanych źródłem stresu była również obawa o własne zdrowie⁷.

Interesujący jest fakt, że większym stresorem dla badanych respondentów były braki kadrowe (39% badanych) i ryzyko niewydolności służby zdrowia (35,8%), niż obawa o zdrowie własne lub śmierć najbliższych (po 24,4% wszystkich badanych). W badaniu przekrojowym Wen Lu i wsp.⁸ na temat statusu psychologicznego pracowników medycznych w Chinach (2182 uczestników) udowodniono, że personel medyczny znacznie częściej niż niemedyczny martwił się brakiem kontroli nad rozprzestrzenianiem się wirusa, brakiem środków ochrony i był sfrustrowany wynikami leczenia, co potwierdza badanie własne i nasuwa wniosek o dużym zaangażowaniu personelu medycznego w wykonywanie obowiązków zawodowych.

W ocenie wpływu pracy w sytuacji pandemii na subiektywne poczucie zmęczenia i sprawność zawodową (efektywność pracy) można wnioskować, że większość badanych respondentów (53,7%) deklarowała zdecydowanie większe zmęczenie, niż przed pandemią, a tylko 15,4% jako porównywalne. Nikt z badanych nie uznał, że odczuwa mniejsze zmęczenie. Identyczny odsetek, 53,7% badanych uważało, że praca w zwiększonych obciążeniach z powodu pandemii jest mniej efektywna, a 32,5% stwierdziło, że kryzys zdrowotny nie miał wpływu na efektywność ich pracy. Zmęczenie przewlekłe i chroniczny stres może prowadzić do syndromu wypalenia zawodowego.

⁷ Zob. Panel Ariadna, *Poziom stresu związany z pandemią koronawirusa*, Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna, Warszawa 2020.

⁸ Zob. Wen Lu, Hang Wang, Yuxing Lin, Li Li, *Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study*, „Psychiatry Research” 2020, Tom 228.

W badaniu 1153 profesjonalistów medycznych we Włoszech, kraju najbardziej dotkniętym pandemią w Europie, udowodniono, że wyczerpanie emocjonalne o wysokim nasileniu dotknęło tam 37%, a załamanie nerwowe przeżyło aż 37,8% ankietowanych⁹. Wysokie poczucie zmęczenia ankietowanych w badaniu własnym powinno być sygnałem do dalszych analiz środowiska medycznego w kierunku wystąpienia objawów wypalenia zawodowego.

W badaniu relacji społecznych skupiono się na subiektywnej opinii respondentów, dotyczącej stosunków interpersonalnych w miejscu pracy, relacji rodzinnych, a także odbioru społecznego w warunkach pandemii. Z obserwacji własnych wynika, że zdecydowana większość badanych osób (60,9%) deklarowała brak wpływu pandemii na stosunki interpersonalne w gronie zawodowym, natomiast ponad ¼ badanych uważa, że więzi zawodowe uległy pogorszeniu (13%), a nawet dochodzi do konfliktów z powodu zaostrzenia negatywnych relacji między pracownikami (13,8%). W wielu badaniach nad oceną i wpływem czynników stresujących środowiska pracy udowodniono, że atmosfera, rozumiana jako relacje społeczne, jest jednym z czynników stresogennych i przyczynia się do obniżenia efektywności pracowników, absencji chorobowej, a także rezygnacji z pracy w danym środowisku¹⁰. W badaniu opinii pielęgniarek na temat czynników stresogennych w środowisku ich pracy, przeprowadzonym przez Skorupską-Król i wsp.¹¹ na czoło wysuwały się wskazania na warunki i organizację pracy, takie jak nadmierna biurokracja czy brak współpracy w zespole terapeutycznym, a szczególnie utrudniony przepływ informacji pomiędzy jej członkami. Sytuacje związane z powstawaniem konfliktów na tle braku współpracy powinny być szczególnie wnikliwie monitorowane wśród pracowników medycznych, od których zależy zdrowie i życie pacjentów.

Ocena relacji rodzinnych w niniejszym badaniu wykazała, że ponad połowa badanych (52%) mogła liczyć na wsparcie ze strony najbliższych, a co trzeci (32,5%) nie dostrzegł zmian w relacjach spowodowanych pandemią.

⁹ Zob. S. Barelllo, L. Palamenghi, G. Graffigna, *Burnout and somatic symptoms among front-line healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic*, „Psychiatry Research” 2020, Tom 290.

¹⁰ Zob. M. Waszkowska, A. Potocka, A. Wojtaszczyk, *Miejsce pracy na miarę oczekiwań*, Poradnik dla pracowników socjalnych, Łódź 2010.

¹¹ Zob. A. Skorupska-Król, A. Szabla, I. Bodys-Cupak, *Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2014, Tom 1, 46, s. 23-26.

Wsparcie rodziny, jako jeden z najważniejszych czynników radzenia sobie ze stresem, jest nie do przecenienia również dla służb medycznych w trakcie pandemii. W publikacji Światowej Organizacji Zdrowia z 18 marca 2020 roku, dotyczącej zdrowia psychicznego i funkcjonowania psychospołecznego podczas pandemii COVID-19, wydano komunikaty do różnych grup społecznych, dotyczące wsparcia w rodzinie, opieki nad dziećmi i osobami dorosłymi obciążonymi chorobami przewlekłymi, współpracy społeczności lokalnych oraz wytyczne dla pracowników i liderów w ochronie zdrowia. W konkluzji zawarto instrukcje odnoszące się do sposobów radzenia sobie ze stygmatyzowaniem chorych i pracowników służb medycznych, a także radzenia sobie ze stresem przez poszczególnych członków społeczeństwa.

Zdecydowana większość osób badanych, aż 74%, spotkała się z agresywnym zachowaniem pacjentów lub ich rodzin z powodu ograniczeń dostępu do opieki zdrowotnej, odpowiednio: „często” deklarowało 35%, a czasem 39% respondentów. Tylko 26% badanych stwierdziło, że zdarza się to rzadko lub nigdy nie spotkała się z zachowaniem agresywnym ze strony pacjentów.

Z wielu publikacji na temat agresywnych zachowań pacjentów wobec personelu medycznego wynika, że w Polsce jest to zjawisko powszechne. Dotyczy wszystkich pracowników, bez względu na wykonywany zawód, a najczęstszym przejawem agresji jest agresja słowna. Do grup najbardziej narażonych na doświadczanie agresji ze strony pacjentów należą ratownicy medyczni zespołów ratownictwa, lekarze, pielęgniarki i inny personel izb przyjęć szpitala i SOR-ów, a także personel oddziałów psychiatrycznych.

Określono nawet specyficzny „profil” takiego pacjenta: najczęściej jest to osoba młoda, mająca duże oczekiwania i żądania, mężczyzna, pod wpływem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych oraz osoba przywieziona w asyście policji. Grupę agresywnych pacjentów stanowi około 20% ogółu przyjmowanych w placówkach medycznych, a blisko 88% z nich przejawia jawną agresję¹².

¹² Zob. M. Rączka, M. Szkup, M. Starczewska, i in., *Ocena ryzyka wystąpienia agresji wśród pacjentów zgłaszających się do placówek medycznych*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2018, Tom 6, 2, s. 119-124; B. Kmiecik, *Problem agresji pacjentów – próba diagnozy, poszukiwanie rozwiązań*, „Aktualności Neurologiczne” 2016, Tom 16, 3, s. 158-162.

W badaniu Szwamel i Sochackiej¹³, dotyczącym opinii personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów, aż 48% badanych respondentów deklarowało, że z agresją spotyka się kilka razy w tygodniu, 34% – kilka razy w miesiącu, a 14% stwierdziło, że z różnego typu agresją spotyka się na każdym dyżurze. Aż 86% pacjentów agresywnych, w opinii personelu, było pod wpływem alkoholu, natomiast drugą co do odsetka grupą – 50% – byli pacjenci, którzy nie skorzystali z pomocy POZ, a domagali się leczenia na SOR. Najczęstsze przejawy agresji to podniesiony głos (80%), utarczki słowne i dyskusje (70%), a z agresją fizyczną zetknęło się 6% badanych. Natomiast w badaniu Tarczoń i Beck-Krala¹⁴ 82,8% badanych pracowników miało kontakt z pacjentem agresywnym w ciągu ostatniego roku pracy. W tym badaniu wykazano również, że personel medyczny, choć zdaje sobie sprawę z tego, iż wiele zachowań agresywnych ma związek ze stanem zdrowia pacjenta czy stresem, to oczekuje zdecydowanych działań, mających na celu wypracowanie procedur postępowania z pacjentem agresywnym, szkoleń z zakresu prawidłowej komunikacji z pacjentem a także samoobrony.

Z własnych obserwacji wynika, że w badaniu opinii na temat przejawów większego szacunku społeczeństwa w związku z wykonywanym zawodem tylko 6,5% ankietowanych spotkało się w okresie pandemii z wysokim uznaniem społecznym. Aż 26,8% respondentów stwierdziło, że z prestiżem zawodu spotyka się rzadko, natomiast 42,3% badanych nie odczuło żadnej różnicy w odbiorze społecznym. Tak niewielki odsetek pracowników medycznych zadowolonych z pozytywnego odbioru społecznego stoi w sprzeczności z badaniami opinii społecznej na temat prestiżu zawodowego.

W corocznych badaniach CBOS na temat prestiżu zawodów, zawody medyczne stoją wysoko w rankingach, ze względu na ich szczególną użyteczność społeczną i związek z niesieniem pomocy. Należy podkreślić, że stosunek do tych profesji jest niezależny od wieku, wykształcenia czy sytuacji materialnej ankietowanych. Od lat na pierwszym miejscu plasują się strażacy. O ile w 1999 roku 57% społeczeństwa uznawało, że zawód

¹³ Zob. K. Szwamel, L. Sochacka, *Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2014, Tom 4, 2, s. 149-154.

¹⁴ Zob. E. Tarczoń, E. Beck-Krala, *Kreowanie kultury bezpieczeństwa w sektorze opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe WSZOP” 2018, Tom 1, 14, s. 127-140.

pielęgniarki jest prestiżowy, to w roku 2013 już 78% deklaracji szacunku uplasowało go na miejscu szóstym. Zawód lekarza w latach dziewięćdziesiątych powoli tracił w rankingu, plasując się w 2013 roku na ósmym miejscu, z 71% wskazań. Wyższe miejsce pielęgniarek badacze przypisali wyrazowi uznania dla podejmowania odpowiedzialnej pracy, niezbyt dobrze wynagradzanej i brakowi kontrowersji związanych z wykonywaniem zawodu¹⁵. W 2019 roku w podobnym badaniu pielęgniarki osiągnęły drugie miejsce w rankingu prestiżu, z 81% wskazań ankietowanych. Lekarz zajął pozycję szóstą, a prestiż zawodu wzrósł do 80%. Badacze uznali, że zmiany w deklarowanym poważaniu zawodów wpisują się w trend doceniania zawodów, których uznanie niekoniecznie idzie w parze z ich statusem ekonomicznym oraz tendencję do docenienia zawodów deficytowych na rynku pracy¹⁶. Być może różnice między pracownikami medycznymi a resztą społeczeństwa w postrzeganiu zawodu wynikają z szerzącej się agresji w środkach masowego przekazu, tzw. hejtu oraz poczucia niedoceny, w związku z wynagrodzeniem nieadekwatnym do wykształcenia, odpowiedzialności i podejmowanych wysiłków zawodowych.

W badaniu własnym oceniono, że badani pracownicy medyczni radzą sobie ze stresem w różny sposób, najczęściej stosując strategię unikania koncentrowania się na sytuacji stresowej poprzez angażowanie się w czynności zastępcze i utrzymywanie kontaktów społecznych. Ponad połowa badanych w celu obniżenia napięcia spotykała się ze znajomymi i przyjaciółmi (54,5%), a relaks przy muzyce, książce lub telewizji angażował 50,4% respondentów. Aż 46,3% osób unikało nadmiaru informacji, podczas gdy tylko 16,3% starało się uzyskać ich jak najwięcej. Na rozmowę wspierającą z członkiem rodziny mogło liczyć 43,9% badanych. Niespełna 1/3 badanych (30,1%) odsypiało dyżury, gdy tylko była okazja, blisko co piąty (19,5%) redukował stres podejmując się pracy fizycznej, a co dziesiąty (10,6%) aktywnie uprawiał sport. Tylko 17,1% badanych starała się spędzać czas wolny na świeżym powietrzu. Najrzadziej stosowanym sposobem zwalczania stresu w grupie badanej była relaksacja w postaci medytacji, ćwiczeń jogi lub tai chi, czy korzystanie z warsztatów oddechowych (4,1% badanych), a tylko 3 respondenci (2,4%) korzystało z fachowej pomocy specjalistów

¹⁵ Zob. Centrum Badania Opinii Społecznej, *Prestiż zawodów*, CBOS, Warszawa 2013.

¹⁶ Zob. Centrum Badania Opinii Społecznej, *Które zawody poważamy?*, CBOS, Warszawa 2019.

– psychologa, psychoterapeuty lub psychiatry. 11 osób (8,9%) przyznało, że regularnie zażywa środki uspokajające lub nasenne.

Niepokojący jest fakt, że dość duża grupa badanych podejmowała działania antyzdrowotne w celu radzenia sobie z napięciem związanym ze stresem. Aż 18,7% osób izolowało się od ludzi, 19,5% paliło więcej papierosów niż zwykle, a 17,1% badanych przyznało, że spożywa więcej alkoholu niż zazwyczaj, co może mieć związek z nieradzeniem sobie z emocjami lub brakiem czy też unikaniem wsparcia.

Z metaanalizy Kwak, Zaczyk i Wilczek-Rużyczki¹⁷ na temat badań nad stresem i sposobami radzenia sobie z nim przez polskie pielęgniarki wynika, że najczęściej stosowanym stylem jest strategia skoncentrowana na zadaniu. Również Biegańska-Banaś i Makara-Studzińska¹⁸ w swojej pracy o strategiach radzenia sobie ze stresem, stosowanych przez pielęgniarki w warunkach pandemii COVID-19, potwierdzają, że jest to strategia powszechnie uruchamiana przez zespoły pielęgniarskie w krajach azjatyckich, a także od kilkunastu lat stosowana w Polsce. Natomiast badanie Kucmina i wsp.¹⁹ nad stylem radzenia sobie ze stresem przez ratowników medycznych wykazało, że istnieje dodatnia korelacja między strategią skoncentrowaną na emocjach a nasileniem występowania objawów stresu pourazowego w tej grupie zawodowej. Badanie Long Huang, Fuming Xiu i Hairong Liu²⁰ na temat reakcji emocjonalnych i strategii radzenia sobie ze stresem wśród pielęgniarek, pielęgniarzy oraz studentek pielęgniarstwa wykazało, że pielęgniarki „pierwszej linii” cechowały się silniejszymi reakcjami emocjonalnymi na stres związany z pandemią niż studenci pielęgniarstwa. Co ciekawe, wykazano, że wybór strategii radzenia sobie ze stresem zależny był od odczuwanych emocji: im silniejsza była reakcja lękowa, tym częściej badane pielęgniarki wybierały strategię skoncentrowaną na problemie,

¹⁷ Zob. M. Kwak, I. Zaczyk, E. Wilczek-Rużyczka, *Stres i style radzenia sobie z nim przez polskie pielęgniarki – metaanaliza badań*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2018, Tom 24, 2, s. 120-125.

¹⁸ Zob. J. M. Biegańska-Banaś, M. Makara-Studzińska, *Strategie radzenia sobie stosowane w grupie pielęgniarek pracujących w warunkach COVID-19*, „Nursing Problems” 2020, Tom 28, 1, s. 1-11.

¹⁹ Zob. T. Kucmin, A. Kucmin, D. Turska, A. Turski, A. Nogalski, *Style radzenia sobie ze stresem i dyspozycyjny optymizm jako predyktory nasilenia objawów PTSD w grupie ratowników medycznych*, „Psychiatria Polska” 2018, Tom 52, 3, s. 557-571.

²⁰ Zob. Long Huang, Fuming Xu, Hairong Liu, *Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.05.20031898v1>.

a im silniejsze było odczuwanie złości, tym częściej radzono sobie przez skoncentrowanie na emocjach.

Różnica pomiędzy konkluzjami wymienionych autorów a wynikiem niniejszej analizy wynika przede wszystkim z tego, że nie użyto tu żadnego narzędzia badawczego, by poznać korelacje związane z wybieraniem stylu radzenia sobie ze stresem w poszczególnych grupach zawodowych a wiekiem czy temperamentem badanych, bo nie to było celem badań, a oparto się wyłącznie na odpowiedziach respondentów. Niemniej jednak uzyskany rezultat, jak i nadal niewielka liczba badań nad stresem i sposobami radzenia sobie z nim w grupach zawodów medycznych, może wskazywać na potrzebę głębszej eksploracji tych obszarów z użyciem standaryzowanych narzędzi badawczych.

Z badań własnych wynika, że większość badanych nie przejawiała objawów depresji (38%) lub wykazała łagodne (27,7%) lub umiarkowane (17%) jej symptomy. Umiarkowanie ciężkie objawy depresji dotknęły 9,7% badanych, natomiast odpowiedzi 7,3% respondentów wskazały na wystąpienie u nich objawów ciężkiej depresji. W grupie 93 osób badanych pod kątem występowania objawów zespołu stresu pourazowego 48,3% respondentów wykazywało brak lub nieliczne objawy wskazujące na wystąpienie PTSD, natomiast umiarkowane lub umiarkowanie liczne objawy wystąpiły u 32,3% badanych. Na wystąpienie licznych objawów zespołu stresu pourazowego wskazywały wyniki testu 19,4% ankietowanych. Natomiast wśród trzech wybranych zawodów: pielęgniarki, ratownika medycznego i lekarza średni poziom objawów depresyjnych oscylował wokół średniej całej badanej grupy ($M=8,27$), w tym nieznacznie wyższy był wśród pielęgniarek i wynosił 8,89 pkt, u ratowników medycznych wynosił 7,7 pkt, natomiast nieco niższy dotyczył lekarzy i wynosił 6,18 pkt. Poziom istotności $p=0,251$ wskazuje, że w zakresie występowania objawów depresji nie odnotowano różnicy nawet na poziomie tendencji statystycznej. Natomiast średni poziom objawów zespołu stresu pourazowego dla badanych grup zawodowych wynosił kolejno: dla pielęgniarek 26,50 pkt, dla ratowników medycznych 35,38 pkt, a dla lekarzy 21,09 pkt, przy średniej dla całej grupy $M=25,74$ pkt. Poziom istotności $p=0,091$ wskazuje na różnicę na poziomie tendencji statystycznej, co jednak nie umożliwiło wykonania analizy post hoc z uwagi na dużą rozbieżność w liczebności tych grup. Wynik badania nie potwierdził przekonania, że objawy PTSD w większym stopniu manifestują się wśród pielęgniarek niż ratowników medycznych czy lekarzy. Można

jedynie przypuszczać, że występowanie tak objawów depresji, jaki i objawów PTSD, dotyczy wskazanych zawodów medycznych w równym stopniu i może stanowić impuls do przeprowadzenia badań na większą skalę wśród tych grup zawodowych.

W kolejnym etapie sprawdzono, czy występuje istotna różnica w poziomie objawów depresyjnych i objawów PTSD u kobiet i mężczyzn. Poziom istotności dla objawów depresji $p=0,149$ oraz dla objawów PTSD $p=0,385$ nie wykazał różnic nawet na poziomie statystycznym, należy zatem przyjąć, że poziomy objawów w grupach badanych nie były znacząco odmienne. Można zatem wnioskować, że występowanie tych objawów jest niezależne od płci, a zależy od innych czynników, co może dać asumpt do pogłębionej analizy badań wśród personelu medycznego.

W ostatnim etapie analiz zweryfikowano także na ile wiek i staż pracy są w znaczący sposób powiązane z uzyskiwanym poziomem objawów depresji i objawów PTSD. Z analizy tabeli 6 wynika, że wartości bezwzględne współczynnika korelacji rho Spearmana są bliskie 0 dla obu zmiennych, tak w przypadku poziomu objawów depresji, jak objawów PTSD, natomiast wartość p jest wyższa od założonego przedziału poziomu istotności $0,05 < p < 0,1$, co wskazuje na brak statystycznie znaczących związków między badanymi zmiennymi. Oznacza to, że w badanej grupie ani wiek, ani staż pracy nie wpływał znacząco na uzyskiwany przez badanych poziom objawów depresji i PTSD.

Przystępując do analizy wyników, wskazujących na występowanie zaburzeń w obszarach, w których dostrzeżono zwiększoną liczbę punktów uzyskanych w obu testach, skupiono się na tych, które są związane z obniżeniem nastroju, utratą zainteresowania i satysfakcji z wykonywanych czynności, poczuciem zdystansowania od ludzi i brakiem perspektyw oraz sferą nadmiernej pobudliwości.

W całej grupie badanej testem PHQ-9 10,5% osób wykazało obniżenie nastroju, odczuwało przygnębienie, smutek i poczucie beznadziei, a 15,4% zgłaszało utratę radości i satysfakcji z zainteresowań i czynności dnia codziennego. Równocześnie w grupie badanej testem PCL-C co czwarty badany (24,7%) obawia się, co przyniesie przyszłość, a co trzeci (27,9%) dystansuje się od ludzi, unikając kontaktów, przy czym cierpi na zaburzenia koncentracji (33,3%), bezsenność i nieuzasadnioną czynnikami zewnętrznymi irytację z wybuchami gniewu (po 37,6%).

Wszystkie te reakcje mogą wskazywać na występowanie u badanych zaburzeń lękowych i adaptacyjnych, a w dłuższej perspektywie czasowej mogą doprowadzić do wystąpienia zaburzeń typu zespołu stresu pourazowego.

Badanie Kangguang Lin i wsp.²¹ przeprowadzone w styczniu i lutym 2020 roku w prowincji Hubei, głównie w mieście Wuhan, gdzie rozpoczęła się pandemia wirusa wykazało, że wśród 2316 zarejestrowanych pielęgniarek i lekarzy występowały objawy stresu, lęku i depresji oraz bezsenność. Poziom depresji badano tam również Kwestionariuszem PHQ-9, a średnia dla badanych wynosiła 5,1 punktu, czyli była niższa od wyniku badań własnych. Przełożyło się to na doświadczanie depresji u 46,9% badanych pracowników służb medycznych, a z profesjonalnego wsparcia psychicznego skorzystało 19,2% badanych. W badaniu własnym tylko 2,4% respondentów deklarowało, że korzysta z pomocy specjalistów.

W kolejnym chińskim badaniu z przełomu stycznia i lutego 2020 r., które Jianbo Lai i wsp.²² przeprowadził wśród 1257 pracowników z 34 szpitali znajdujących się w różnych prowincjach, badano skalę występowania objawów depresji również za pomocą Kwestionariusza PHQ-9. Objawy depresji wykazywało tam 50,5% badanych, w tym depresji ciężkiej 7,7%. W badaniach własnych objawy ciężkiej depresji wykazywał zbliżony odsetek badanych – 7,3%. W badaniu chińskim dowiedziono, że cięższe objawy depresji częściej zgłaszały kobiety, pracownicy „pierwszej linii” i pielęgniarki – 7,1% versus 4,9% lekarzy. Objawy lękowe zgłaszało 44,6% badanych, natomiast na zaburzenia snu, w tym silną bezsenność cierpiało 34% badanych. O psychicznym cierpieniu mówiło aż 71,5% pracowników (dla porównania w czasie poprzedniej epidemii SARS ostry stres zgłaszało 89% badanych).

W następnym badaniu, przeprowadzonym w marcu 2020 r. przez Xingyue Song i wsp.²³ wśród 14825 pracowników oddziałów ratunkowych, lekarzy i pielęgniarek (pielęgniarzy) z 31 prowincji Chin, udowodniono, że

²¹ Zob. Kangguang Lin, Bing Xiang Yang, Dan Luo, i in., *The Mental Health Effects of COVID-19 on Health Care Providers in China*, „Am J Psychiatry” July 2020, Tom 177, 7, s. 635.

²² Zob. Jianbo Lai, Simeng Ma, Ying Wang, i in., *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*, „JAMA Network Open” 2020, Tom 3, s. 3.

²³ Xingyue Song, Wenning Fu, Xiaoran Liu, i in., *Mental health status of medical Staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China*, „Brain, Behavior and Immunity” 2020, 88, s. 60-65.

objawy i depresji i PTSD częściej występowały u mężczyzn, w tym zawód pielęgniarstwa wiązał się z częstszym wystąpieniem objawów PTSD, najbardziej narażeni na zaburzenia psychiczne byli pracownicy w wyższym wieku, osoby z krótszym stażem pracy i osoby z niższym wsparciem społecznym. Do badania objawów depresji użyto tam innej skali, zawierającej 20 pytań do samodzielnej odpowiedzi. Do zbadania objawów zespołu stresu pourazowego użyto tam nowszej skali, niż w badaniu własnym, mianowicie PTSD Checklist PCL- 5 dla kryteriów zawartych w DSM-5. Częstość występowania objawów depresyjnych wynosiła 25,2%, a licznych objawów PTSD 9,1%. W badaniu własnym liczne objawy PTSD wykazywało 19,4% badanych pracowników.

W kolejnym badaniu, tym razem przeprowadzonym w Omanie przez Alshekaili z zespołem²⁴ w kwietniu 2020 r. wśród 1139 pracowników medycznych, badano różnice w występowaniu objawów psychicznych u pracowników „pierwszej linii” oraz z innych szpitali. Było to pierwsze badanie na tak szeroką skalę w tym kraju. Do badania użyto skali DASS-21, służącej do oceny poziomu depresji, lęku oraz stresu. Objawy depresji zgłosiło 32,3% respondentów, objawy lęku 34,1%, a bezsenność 18,5% badanych. Wśród badanych nie wykazano znaczących różnic między pracownikami, a w konkluzji zawarto sugestie do przeprowadzenia kolejnych badań w celu oceny, czy wykryte zaburzenia psychiczne mają charakter zaburzeń adaptacyjnych – ostrej reakcji na stres, czy też przejawiać się będą w postaci przewlekłej i powodować nieodwracalne cierpienie psychiczne.

Wśród personelu medycznego szpitala Igualada w Barcelonie, Erqucia wraz z zespołem²⁵ w przekrojowym badaniu analizował stan psychiczny 395 uczestników, którzy mieli do czynienia z chorymi na COVID-19. W okresie od marca do kwietnia 2020 r. zebrano dane dotyczące lęku, depresji i stresu. Tu również wykorzystano skalę DASS-21 oraz Skalę Depresji Hamiltona. Z badań wynika, że znaczący odsetek specjalistów zgłaszał objawy lęku (31,4%), depresję o nasileniu od umiarkowanej do ciężkiej manifestowało 12,2% pracowników, natomiast objawy ostrego stresu zgłaszało 14,4%

²⁴ M. Alshekaili, H. Wallid, N. Al. Said, i in., *Factors associated with mental health outcomes across healthcare settings in Oman during COVID-19: frontline versus non-frontline healthcare workers*, „BMJ Open” 25 September 2020.

²⁵ J. Erqucia, L. Valls, A. Barja, i in., *Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe*, „Medicina Clinica” 9 July 2020, s. 1-7.

badanych. Udowodniono, że podwyższone ryzyko doświadczania stresu i zaburzeń psychicznych wykazywali pracownicy „pierwszej linii”, kobiety i młodzi mężczyźni, asystentki pielęgniarские, opiekunowie oraz technicy radiologii. Wiązało się to z niepewnością co do możliwej infekcji, stosowanych zabezpieczeń ochrony osobistej oraz doświadczaniem śmierci bliskiej osoby z powodu COVID-19 (Hiszpania była jednym z regionów najbardziej dotkniętych epidemią w Europie – dane z ww. pracy).

W niniejszej pracy cała grupa badanych 123 osób wskazała na potrzebę szerokiego wsparcia ze strony instytucji państwowych, pracodawców, społeczeństwa i osób najbliższych, jak również specjalistów medycznych, by zachować zdrowie psychiczne i móc kontrolować epidemię COVID-19. Pośród możliwych sposobów wsparcia zdecydowanie największy odsetek respondentów – 73,2% – wskazał na dodatkowe środki finansowe oraz potrzebę troski i docenienia przez przełożonych, współpracowników, osoby bliskie i lokalne społeczności. Połowa badanych (49,6%) oczekuje systematycznego testowania pracowników w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2, a 47,2% za szczególnie ważne uznaje stałe zabezpieczenie w środki ochrony indywidualnej lepszej jakości. Oczekiwania dotyczą również zwiększenia ilości godzin wolnych od pracy, zapewnienia dodatkowych etatów dla wzmocnienia obsady dyżurów, a także szkoleń i instruktaży, by czuć się w pracy bezpiecznie. Aż 34,1% badanych oczekuje pomocy w zapewnieniu mieszkania w razie potrzeby izolacji. Zaskakujące, że tylko 20,3% badanych uznała za istotną możliwość uzyskania wsparcia psychologicznego w sytuacji trudnej.

Oczekiwania badanych grup zawodowych wynikają przede wszystkim z poczucia nieadekwatności nakładów finansowych, przeznaczanych na opiekę zdrowotną, co przekłada się na zarobki specjalistów, w stosunku do wymagań współczesnej medycyny oraz rosnącej grupy potencjalnie więcej wymagających pacjentów. Trudne warunki pracy, spowodowane wieloletnim zaniedbaniem przez państwo zasobów i infrastruktury, opieszałość instytucji czy pracodawców w inwestowaniu tak w sprzęt, jak i personel, skutkuje zmniejszaniem się zasobów kadry medycznej, odchodzeniem z zawodu i szukaniem alternatywnych miejsc pracy i godnego zarobkowania. Mimo różnic w oczekiwaniu kadr medycznych w niniejszym badaniu na tle materiałów źródłowych, można ocenić, że wsparcie pracowników powinno być natychmiast wdrożone. Wsparcie psychologiczne, choć jego oczekiwanie jest tu słabo wyrażone, powinno być jednym z wiodących celów

w projektowaniu procedur promowania zdrowia psychicznego personelu medycznego.

W raporcie Instytutu Badań Opinii Społecznych i Rynkowych IBRiS²⁶ z kwietnia 2020 roku pt. „Wpływ pandemii na zachowania zdrowotne Polaków” (ankietowani dorośli, grupa reprezentatywna 1100 osób) zwrócono uwagę na niepokojące zjawisko wycofania się Polaków z wykonywania dobrowolnych badań diagnostycznych. Z obawy przed zakażeniem podczas kontaktu z pracownikami medycznymi jedynie 12% ankietowanych stwierdziło, że bada się regularnie. Tak samo, jak w przytoczonym wyżej badaniu Panelu Ariadna, ankietowani za największe źródło stresu uznali obawę o zdrowie własne i najbliższych, przy czym stres przed zarażeniem się wirusem SARS-CoV-2 odczuwało 69% ankietowanych, a przed zarażeniem najbliższych, w szczególności rodziców w wieku senioralnym oraz własnych dzieci, aż 81%.

W raporcie specjalnym IBRiS pt. „Homo-covidus. Jak zmieniliśmy się wraz z pandemią”²⁷, przedstawionym na Forum Ekonomicznym w Karpaczu, które odbyło się w dniach 8-10 września 2020 roku, zaprezentowano dane dotyczące zmian w życiu codziennym mieszkańców Europy w związku z przedłużającą się pandemią. Do projektu przystąpiły instytuty partnerskie zrzeszone w EuNIRI – European Network Independent Research Institutes z Włoch, Niemiec i Francji. Badaniem objęto pełnoletnich mieszkańców tych krajów, w Polsce 1100 osób. Celem badania była ocena, czy ograniczenie swobody w przemieszczaniu się, handlu, zmiana stylu pracy na tzw. home office spowodowała przystosowanie się ludzi do nowej rzeczywistości – powstanie „nowego typu człowieka – homo-covidus”. W badaniach międzynarodowych średnio 40% mieszkańców Francji, Włoch i Niemiec stwierdziło, że nie ma powrotu do stylu życia przed pandemią, natomiast aż 52% Polaków było przeciwnego zdania. Połowa badanych z wszystkich krajów uznała, że z powodu pandemii większość spraw życia codziennego przeniesie się do sieci. Przejawem lokalnego patriotyzmu okazało się zwracanie uwagi na miejsce produkcji kupowanych artykułów – 50% Francuzów uznało tę sprawę za ważną, natomiast aż 56% Polaków nie zwracało uwagi na tę kwestię. Tylko 27% Niemców interesowało się pochodzeniem

²⁶ Zob. Instytut Badań Rynkowych i Społecznych, *Wpływ pandemii na zachowania zdrowotne Polaków*, Warszawa 2020.

²⁷ Zob. Instytut Badań Rynkowych i Społecznych, *Homo-covidus. Jak zmieniliśmy się wraz z pandemią – raport specjalny*, Warszawa 2020.

towarów. Największy lęk wśród wszystkich ankietowanych wzbudzała możliwość wywołania przez pandemię globalnego kryzysu gospodarczego. Aż 68% Włochów, 64% Polaków i 62% Francuzów i Niemców zdecydowanie obawia się kryzysu. Odpowiedzi na pytanie o możliwość zaszczepienia się przeciwko COVID-19, gdy tylko powstanie szczepionka, były podzielone. Aż 54% Włochów chce to zrobić najszybciej, jak to możliwe, 23% jest przeciwna szczepieniom. Wśród Niemców chętnych do zaszczepienia się było 50% badanych, natomiast 28% nie zgadza się na szczepienie. Wśród badanych Polaków aż 48% jest przeciwna szczepieniom, a 39% ma zamiar zaszczepić się jak najszybciej. Reasumując to badanie, można zauważyć, że większość polskiego społeczeństwa, mimo wielkich obaw o swoje zdrowie i życie na początku pandemii, dość szybko przystosowała się do nowych warunków, a część czasem lekceważyła narzucone ograniczenia.

Ostatnim z badań opinii społecznej na temat nastrojów Polaków jest raport przywoływanego już w tej pracy Panelu Ariadna pt. „Nastroje Polaków w czasie epidemii”, opublikowany w grudniu 2020 roku²⁸. Ogólnopolską próbę 1079 dorosłych Polaków dobrano według reprezentacji w populacji dla płci, wieku i wielkości miejscowości zamieszkania i zapytano o samopoczucie i nastrój w ciągu ostatnich dwóch miesięcy w porównaniu do wcześniejszego okresu. W opinii 48% badanych ich nastrój i samopoczucie nie zmieniły się, u 43% uległy pogorszeniu, a 9% uznało, że samopoczucie trochę lub zdecydowanie się poprawiło. Wśród badanych aż 50% kobiet i 35% mężczyzn przyznało, że czuje się gorzej, niż we wcześniejszym okresie pandemii. 17% przyznało, że przyjmuje leki poprawiające nastrój i samopoczucie. Na pogorszenie stanu zdrowia psychicznego wpływają różne czynniki – dla kobiet istotne znaczenie ma życie rodzinne i zdrowie jej członków, natomiast dla mężczyzn zabezpieczenie finansowe rodziny i praca zawodowa. Osobom młodym najbardziej doskwierają obostrzenia skutkujące poczuciem osamotnienia, a ludzie w wieku dojrzałym przyczynę obniżenia nastroju widzą raczej w braku bezpieczeństwa zdrowotnego i finansowego.

W maju 2020 roku na stronie Polskiego Towarzystwa Badań nad Stresem Traumatycznym opublikowano wstępny raport z badania naukowego, kierowanego przez dr Małgorzatę Dragan, z którego wynika, że największym

²⁸ Zob. Panel Ariadna, *Nastroje Polaków w czasie epidemii*, Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna, Warszawa 2020.

stresorem dla badanych była aktualna epidemia koronawirusa. Uzyskane rezultaty powinny być przesłanką do prowadzenia stałej kontroli zdrowia psychicznego w społeczeństwie w czasie pandemii, w związku z jej dalszymi skutkami. Rekomendacją do kontynuowania badań na szeroką skalę była publikacja Światowej Organizacji Zdrowia, zawierająca wytyczne do analiz behawioralnych na temat COVID-19²⁹.

Również w maju 2020 roku, zespół badawczy z Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, pod kierunkiem dr hab. Małgorzaty Gambin, opracował pierwszy raport z badania podłużnego na temat uwarunkowań objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie pandemii COVID-19. We wcześniejszym badaniu tego zespołu, przeprowadzonym przed pandemią, 16,2% osób w grupie wiekowej od 18. do 34. roku życia przejawiało wysoki poziom dystresu w postaci smutku i przygnębienia w nasileniu klinicznie istotnym, natomiast w czasie pandemii odsetek takich osób w grupie wiekowej 18-24 lata wzrósł ponad dwukrotnie (36,6%) i był najwyższy spośród wszystkich grup wiekowych. Poziom objawów lęku uogólnionego i depresji w czasie epidemii był najniższy w grupie badanych od 55 do 64 lat oraz powyżej tego wieku.

Wśród wszystkich osób ze stwierdzonym istotnym nasileniem objawów lękowych i depresyjnych uwidoczniono różnice w przyczynach. O ile u ludzi młodych nasilenie objawów jest dodatnio skorelowane z ograniczeniem wolności, poczuciem osamotnienia, trudnymi relacjami w rodzinie, brakiem prywatności i zmęczeniem sytuacją a nawet nudą, o tyle w grupie osób powyżej 55. roku życia objawy związane są przede wszystkim z większym poczuciem zagrożenia zdrowia i życia swojego i bliskich, poczuciem samotności, brakiem spotkań z innymi ludźmi, koniecznością zmiany stylu życia i ograniczeniami wolności³⁰.

W czerwcu 2020 roku Polskie Towarzystwo Badań nad Stresem Traumatycznym przy współpracy z ESTSS – Europejskim Towarzystwem Badań nad Stresem Pourazowym – przeprowadzało badanie nad stresorami w czasie pandemii COVID-19. W badaniu międzynarodowym uczestniczyło

²⁹ Zob. M. Dragan, *Zdrowie psychiczne w czasie pandemii Covid-19*, Warszawa 2020; WHO, *Survey Tool and guidance. Rapid, simple, flexible behavioural insights on COVID-19*, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2020.

³⁰ Zob. M. Gambin, *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii COVID-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego*, Warszawa 2020.

10 krajów: Austria, Chorwacja, Gruzja, Holandia, Litwa, Niemcy, Polska, Portugalia, Szwecja i Włochy. W badaniu uwzględniono wpływ doświadczeń traumatycznych z dzieciństwa, które mogą mieć istotne znaczenie w zaistnieniu ryzyka zaburzeń psychicznych w życiu dorosłym, jak również w metodach radzenia sobie ze stresem i traumą. Badanie pozwoliło ustalić, że pandemia nie miała istotnego wpływu na spadek nastroju z powodu odczuwania takich emocji jak nuda i samotność, natomiast dominującymi emocjami były smutek, lęk i frustracja. W badaniu skoncentrowano się przede wszystkim na występowaniu zaburzeń adaptacyjnych i zespołu stresu pourazowego oraz myśli samobójczych, ze względu na brak badań tego typu zaburzeń w czasie pandemii, a także z uwagi na alarmujące statystyki dotyczące prób samobójczych i samobójstw w Polsce. Badacze, na podstawie raportu WHO z 2019 roku określili, że Polska znajduje się „w czołówce krajów Unii Europejskiej pod względem prób samobójczych i samobójstw wśród mężczyzn”. Z badania pozytywnych aspektów pandemii w różnych obszarach życia, osoby badane wyróżniły docenianie własnego zdrowia i zdrowia najbliższych oraz możliwość przeznaczenia większej ilości czasu dla najbliższych³¹.

Dotychczasowe badania polskich psychologów i socjologów dostarczyły informacji na temat funkcjonowania ludzi w pandemii w wielu aspektach życia, doświadczanego stresu i różnych rodzajów obciążeń psychicznych, nastroju, objawów zaburzeń oraz sposobów radzenia sobie ze stresem i traumą. Badacze wskazali na konieczność dalszych analiz, również porównawczych na poziomie międzynarodowym, by skutecznie monitorować zdrowie psychiczne ludności, przystosowanie do zmian w zależności od rozwoju sytuacji epidemicznej i wprowadzanych ograniczeń oraz zapobiegać rozwojowi zaburzeń psychicznych.

WNIOSKI

1. Wśród pracowników medycznych wykonujących pracę w okresie pandemii występuje wysoki stopień obciążenia psychofizycznego.

³¹ Zob. M. Dragan, M. Skrodzka, P. Grajewski, *Raport z badań „Stresory, radzenie sobie oraz symptomy zaburzenia adaptacyjnego w czasie pandemii COVID-19”*, Warszawa 2020.

2. Narażenie na stres, agresję, lęk i frustrację zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń psychicznych u osób pracujących w okresie trwającej pandemii.
3. Większość badanych nie przejawiała objawów depresji lub wykazała łagodne lub umiarkowane jej symptomy, natomiast u ponad połowy odnotowano umiarkowane, umiarkowanie liczne i liczne objawy PTSD.
4. Niepokojące objawy wynikające z obciążenia pracą w okresie pandemii wśród respondentów to zaburzenia koncentracji, bezsenność, poczucie zmęczenia, nadmierna reakcja na bodziec zewnętrzny oraz irytacja i wybuchy gniewu.
5. Nasilenie objawów depresyjnych i objawów zespołu stresu pourazowego nie jest zależne od wieku, płci, stażu pracy oraz wykonywanego zawodu.
6. Wsparcie psychologiczne, zapewnienie bezpieczeństwa i komfortu pracy, umożliwienie podejmowanych odpoczynku i zapewnienie dodatkowego wynagrodzenia za pracę należy do priorytetowych działań instytucji rządowych i lokalnych, w celu ochrony zdrowia psychicznego personelu medycznego.

BIBLIOGRAFIA

- Alshekaili M., Wallid H., Al Said N., i in., *Factors associated with mental health outcomes across healthcare settings in Oman during COVID-19: frontline versus non- frontline healthcare workers*, „BMJ Open” 25 September 2020.
- Babicki M., Mastalerz-Migas A., *Występowanie zaburzeń lękowych wśród Polaków w dobie pandemii COVID-19*, „Psychiatria Polska Online first nr 188” 12 października 2020.
- Babińska-Skalska N., <https://psychologiazaburzen.pl/>, <https://psychologia-zaburzen.pl/pcl-c-test-na-ptsd-zespol-stresu-pourazowego/> [dostęp: 25.09.2020].
- Barello S., Palamenghi L., Graffigna G., *Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic*, „Psychiatry Research” 2020, nr 290.
- Biegańska-Banaś J.M., Makara-Studzińska M., *Strategie radzenia sobie stosowane w grupie pielęgniarzek pracujących w warunkach COVID-19*, „Nursing Problems” 2020, Tom 28, 1.

- Centrum Badania Opinii Społecznej, *Które zawody uważamy?*, CBOS, Warszawa 2019.
- Centrum Badania Opinii Społecznej, *Prestiż zawodów*, CBOS, Warszawa 2013.
- Department of Veterans Affairs, Traumatic Brain Injury (TBI) Instruments User Manual, <https://www.va.gov/> [dostęp: 11.06.2020].
- Dragan M., *Zdrowie psychiczne w czasie pandemii Covid-19*, Warszawa 2020.
- Dragan M., Skrodzka M., Grajewski P., *Raport z badań „Stresory, radzenie sobie oraz symptomy zaburzenia adaptacyjnego w czasie pandemii COVID-19”*, Warszawa 2020.
- Erqucia J., Valls L., Barja A., i in., *Emotional impact of the Covid-19 pandemic on healthcare workers in one of the most important infection outbreaks in Europe*, „Medicina Clinica” 9 July 2020.
- Gambin M., *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii COVID-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego*, Warszawa 2020.
- Instytut Badań Rynkowych i Społecznych, *Homo-covidus. Jak zmieniliśmy się wraz z pandemią – raport specjalny*, Warszawa 2020.
- Instytut Badań Rynkowych i Społecznych, *Wpływ pandemii na zachowania zdrowotne Polaków*, Warszawa 2020.
- Jianbo Lai, Simeng Ma, Ying Wang, i in., *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*, „JAMA Network Open” 2020, Tom 3.
- Kanguang Lin, Bing Xiang Yang, Dan Luo, i in., *The Mental Health Effects of COVID-19 on Health Care Providers in China*, „Am J Psychiatry” July 2020, Tom 177, 7.
- Kmiecik B., *Problem agresji pacjentów – próba diagnozy, poszukiwanie rozwiązań*, „Aktualności Neurologiczne” 2016, Tom 16, 3.
- Konieczny J., *Bezpieczeństwo zdrowia publicznego w zagrożeniach epidemiologicznych. Teoria-Praktyka-Metodologia-Etyka*, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu Wydział Nauk Politycznych i Dziennikarstwa, Poznań 2020.
- Kucmin T., Kucmin A., Turska D., Turski A., Nogalski A., *Style radzenia sobie ze stresem i dyspozycyjny optymizm jako predyktory nasilenia objawów PTSD w grupie ratowników medycznych*, „Psychiatria Polska” 2018, Tom 52, 3.
- Kwak M., Zaczek I., Wilczek-Rużyczka E., *Stres i style radzenia sobie z nim przez polskie pielęgniarki – metaanaliza badań*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2018, Tom 24, 2.
- Long Huang, Fuming Xu, Hairong Liu, *Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing*, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.05.20031898v1> [dostęp: 25.12.2020].

- Panel Ariadna, *Nastroje Polaków w czasie epidemii*, Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna, Warszawa 2020.
- Panel Ariadna, *Poziom stresu związany z pandemią koronawirusa*, Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna, Warszawa 2020.
- Rączka M., Szkup M., Starczewska M. i in., *Ocena ryzyka wystąpienia agresji wśród pacjentów zgłaszających się do placówek medycznych*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2018, Tom 6, 2, s. 119-124.
- Reber A., *Słownik psychologii*, Warszawa 2000.
- Skorupska-Król A., Szabla A., Bodys-Cupak I., *Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2014, Tom 1, 46.
- Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Kraków 2010.
- Szwamel K., Sochacka L., *Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2014, Tom 4, 2.
- Święcicki Ł., *Rozpoznawanie depresji w praktyce lekarza POZ* [broшуra], Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2017.
- Tarczoń E., Beck-Krala E., *Kreowanie kultury bezpieczeństwa w sektorze opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe WSZOP” 2018, Tom 1, 14.
- Tomaszewski K., Zarychta M., Bieńkowska A. i in., *Walidacja polskiej wersji językowej Patient Health Questionnaire-9 w populacji hospitalizowanych osób starszych*, „Psychiatria Polska” 2011, Tom XIV, 2.
- Waszkowska M., Potocka A., Wojtaszczyk A., *Miejsce pracy na miarę oczekiwań. Poradnik dla pracowników socjalnych*, Łódź 2010.
- Wen Lu, Hang Wang, Yuxing Lin, Li Li, *Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study*, „Psychiatry Research” 2020, Tom 288.
- WHO, *Survey Tool and guidance. Rapid, simple, flexible behavioural insights on COVID-19*, WHO Regional Office for Europe, Kopenhaga 2020.
- WHO, *Zdrowie psychiczne i funkcjonowanie psychospołeczne podczas pandemii COVID-19*, World Health Organization, Genewa 2020.
- Xingyue Song, Wenning Fu, Xiaoran Liu, i in., *Mental health status of medical staff in emergency departments during the Coronavirus disease 2019 epidemic in China*, „Brain, Behavior and Immunity” 2020, nr 88.
- Zachary D., Slemon A., Richardson Ch. i in., *Associations between periods of COVID-19 quarantine and mental health*, „Psychiatry Research” 2021, nr 295.