

Obawy, postawy i porównanie wpływu epidemii COVID-19 na stan psychiczny pracowników medycznych oraz osób niewykonujących zawodu medycznego

Concerns, attitudes and comparison of the COVID-19 epidemic impact on the mental state of medical and nonmedical employees

Piotr Podwalski¹, Krzysztof Szczygieł, Ernest Tyburski²,
Agnieszka Samochowiec³, Jerzy Samochowiec¹

¹ Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Katedra i Klinika Psychiatrii

² Zakład Psychologii Zdrowia, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

³ Uniwersytet Szczeciński, Instytut Psychologii Klinicznej

Summary

Aim. The aim of this study is to compare the manifestation of anxiety and depressive disorders as well as attempt to identify factors influencing their occurrence among healthcare system employees and nonmedical staff.

Method. A survey was conducted with participation of 921 people using the Hospital Anxiety and Depression Scale – Modified (HADS-M) and a survey prepared to assess the attitudes of the respondents towards the epidemic.

Results. The obtained results allow to state that the examined groups do not differ in the level of perceived anxiety or the level of depression, however, they had different attitudes towards the epidemic. A number of factors increasing the risk of occurrence of these disorders have been identified. Among medical professions, nurses are the professional group particularly vulnerable to anxiety disorders.

Conclusions. The epidemic has a significant impact on human mental well-being. Recognizing the factors increasing the risk of mental disorders and their prevalence during an epidemic can help identify individuals who are particularly at risk of developing them. The knowledge resulting from empirical explorations is the basis for implementing preventive and therapeutic measures among people affected by mental disorders during the pandemic.

Słowa kluczowe: COVID-19, depresja, lęk

Key words: COVID-19, depression, anxiety

Wstęp

W grudniu 2019 roku świat obiegła informacja o rozszerzającej się w Chinach epidemii spowodowanej nowym rodzajem koronawirusa SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*). W dniu 11 stycznia 2020 roku Światowa Organizacja Zdrowia oficjalnie nazwała chorobę, którą ten wirus wywołuje – COVID-19, gdzie „CO” odnosi się do korony (*corona*), „VI” – do wirusa (*virus*), „D” – do choroby (*disease*), a „19” określa rok pojawienia się choroby. Do 9 maja 2020 roku zostało potwierdzonych 4 041 789 przypadków zachorowania, w tym stwierdzono 276 945 zgonów w 212 krajach na całym świecie [1]. Do najczęstszych objawów należą gorączka, kaszel, osłabienie [2]. Rozpowszechnienie COVID-19 jest znacznie większe niż poprzednich epidemii, tj. MERS (*Middle East Respiratory Syndrome*) czy SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrom*) [3], a wskaźnik śmiertelności podany przez Światową Organizację Zdrowia 3 marca 2020 roku wynosił około 3,4% [4].

W czasie epidemii COVID-19 w związku z pracą w przewlekłym stresie personel medyczny narażony jest na występowanie zaburzeń psychicznych. W grupie medyków pracujących w Wuhanie 63% miało objawy zaburzeń psychicznych [5]. Jednym z czynników powodujących największy stres podczas epidemii COVID-19 jest jej nieprzewidywalność. Brak wiedzy dotyczącej jej objawów, leczenia oraz rokowania wywoływał niepewność wśród profesjonalistów i społeczeństwa. Szum informacyjny oraz dezinformacja w mediach tylko zwiększają niepokój związany z epidemią. Tak jak w wypadku innych epidemii niepewność przeżycia, umieranie w samotności czy samotność osób w kwarantannie mają kluczowe znaczenie dla życia psychicznego ludzi. Czynniki te mogą mieć olbrzymi wpływ na pojawienie się objawów zaburzeń lękowych oraz depresyjnych wśród populacji dotkniętych epidemią koronawirusa [6].

W przeprowadzonych dotąd badaniach stwierdzono zwiększoną ilość odczuwanego lęku i zaburzeń depresyjnych wśród personelu medycznego w czasie pandemii [7]. Zebrane dane są niezwykle istotne w kontekście planowania pomocy psychiatrycznej, psychoterapeutycznej oraz psychologicznej dla osób bezpośrednio dotkniętych przez epidemię, jak i dla całego społeczeństwa. Zwłaszcza w sytuacji, w której trudno przewidzieć powrót do normalności, a problemem dotknięte są bardzo duże grupy ludzi [8]. Psychiatria jako dziedzina medycyny sprawnie adaptuje się do tych warunków, korzystając z telemedycyny.

Dostępnych jest niewiele badań, które porównywałyby rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych w grupie obejmującej zawody medyczne względem populacji w czasie epidemii. Dotychczasowe badania oceniały wpływ epidemii na zdrowie psychiczne pracowników medycznych [9]. Zhang i wsp. [10] w swoim badaniu ujawnili, że medycy w czasie epidemii COVID-19 doświadczali takich zaburzeń jak bezsenność (38,4%), zaburzenia lękowe (13%), zaburzenia depresyjne (12,2%), somatyzacje (1,6%) oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (5,3%). Wiedza o różnicach w występowaniu zaburzeń psychicznych w określonych grupach może być użyteczna do wyodrębnienia grup szczególnie potrzebujących pomocy psychiatrycznej. Opracowanie systemu pomocy dla dużych grup ludzi dotkniętych doświadczeniem kryzysu

psychicznego po różnego rodzaju kataklizmach jest wyzwaniem dla psychiatrycznej opieki na najbliższe lata.

Sformułowano trzy cele badania:

1. Porównanie występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych między pracownikami medycznymi a osobami niewykonującymi zawodu medycznego.
2. Zbadanie postaw tych osób względem epidemii.
3. Próba ustalenia czynników, które mogą modyfikować poziom odczuwanego lęku i depresyjności.

Metoda

Niniejszy projekt został przeprowadzony w okresie od 27 marca 2020 do 13 kwietnia 2020 roku. Ze względu na sytuację epidemiczną oraz ryzyko zakażenia związane z bezpośrednim kontaktem badanie zostało przeprowadzone online. Osoby badane były pełnoletnie i wyraziły zgodę na udział w badaniu, które było dobrowolne i anonimowe. Wszelkie dane zostały zgromadzone poprzez samodzielne wypełnienie przez respondentów specjalnie przygotowanego materiału stworzonego w portalu Formularze Google. Ankieta została opublikowana w portalu społecznościowym Facebook w grupach zrzeszających lekarzy różnych specjalności, pielęgniarki/pielęgniarzy, ratowników medycznych oraz osoby niezwiązane z pracą w szpitalu.

Charakterystyka grupy badanej

W badaniu wzięło udział 921 uczestników – 750 kobiet (81,43%) oraz 171 mężczyzn (18,57%); średnia wieku $32,64 \pm 10,17$ roku, przy czym największa liczba ankietowanych mieściła się w grupie wiekowej 25–34 lata (tj. 408 osób; 44,30%). W badaniu uczestniczyło 384 medyków (41,70%) oraz 537 niemedyków (58,30%). Szczegółowe dane demograficzne znajdują się w tabeli 1. Badane grupy różniły się między sobą pod względem struktury wiekowej ($p < 0,001$), nie zaobserwowano natomiast różnicy w strukturze płci ($p = 0,052$).

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna badanej grupy

Cecha	N (%)
Płeć	
Kobiety	750 (81,43)
Mężczyźni	171 (18,57)
Wiek	
< 24	199 (21,61)
25–34	408 (44,30)
35–49	238 (25,84)
> 50	76 (8,25)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wiek [w latach] (średnia \pm SD)	32,64 \pm 10,17
Zawód	
Lekarze	166 (18,02)
Pielęgniarki	73 (7,93)
Ratownicy medyczni	21 (2,28)
Inny związany z medycyną	175 (13,46)
Inny niezwiązany z medycyną	537 (58,31)

Metody wykorzystane w badaniu

W badaniu wykorzystano zestaw trzech narzędzi internetowych. Były to: (1) ustrukturyzowany wywiad, który posłużył do zbierania danych demograficznych; (2) zestaw pytań służący do określenia postaw wobec epidemii oraz doświadczeń związanych z chorobą COVID-19; (3) *Hospital Anxiety and Depression Scale – Modified* (HADS-M; A. Zigmond i R. Snaith, 1983), zastosowana w celu oceny występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych.

Dane demograficzne

Ustrukturyzowany wywiad zawierał pytania o płeć (kobieta/mężczyzna), wiek (lata), obecnie wykonywany zawód (lekarz/pielęgniarka/ratownik medyczny/inny związany ze służbą medyczną/inny niezwiązany ze służbą medyczną). Zawody te zostały podzielone na dwie grupy: (1) „medycy” (lekarz/pielęgniarka/ratownik medyczny/inny związany ze służbą medyczną) oraz (2) „niemedycy”.

Postawy wobec epidemii

Druga część ankiety zawierała pytania dotyczące przyczyn odczuwanego niepokoju. Stworzony zestaw pytań opierał się na *Questionnaire for assessing general hospital staff's worries, perceived sufficiency of information and attitudes towards the A/H1N1 pandemic* (P. Goulia i wsp., 2010), który oceniał obawy personelu medycznego w czasie epidemii A/H1N1 w Grecji [11]. Część pytań z kwestionariusza była oparta na skali numerycznej od 0 do 9, a część wymagała odpowiedzi „tak/nie”. Pytania zostały podzielone na 6 grup: (a) obawy związane z epidemią, (b) doświadczenia własne dotyczące epidemii, (c) stygmatyzacja, (d) poglądy dotyczące wiedzy własnej oraz wiedzy społeczeństwa, (e) odczuwana satysfakcja z pracy, (f) zalecenia dotyczące profilaktyki. Wartość współczynnika α -Cronbacha wyniosła 0,79.

Ocena stanu psychicznego

Do oceny stanu psychicznego wykorzystano skalę samooceny *Hospital Anxiety and Depression Scale – Modified* (HADS-M). Zawiera ona trzy podskale: depresji, lęku i agresji. Składa się z 16 pytań: 7 dla zaburzeń lękowych, 7 dla zaburzeń depresyjnych i 2 oceniających agresję. Za każdą odpowiedź można uzyskać 0–3 punkty. Dla podskal depresji i lęku stwierdza się brak zaburzeń, stan graniczny bądź występowanie zaburzeń dla przedziałów odpowiednio 0–7, 8–10, 11–21. Dla agresji przedziały te wynoszą 0–2, 3, 4–6 punktów. Poziom lęku został też określony deklaratorywnie przez każdego uczestnika na numerycznej skali 0–9.

Analiza statystyczna

Dane statystyczne zostały opracowane w programie Statistica 13.1. Poziom istotności wyznaczono na $\alpha = 0,05$. Rozkład zmiennych zbadano za pomocą testu Shapiro-Wilka, nie uzyskano rozkładu normalnego. Testy chi-kwadrat oraz *U* Manna-Whitneya zostały wykorzystane do porównania zmiennych. W celu określenia czynników związanych z odczuwanym lękiem oraz poziomem depresyjności stworzono modele regresji wielorakiej, wykorzystując regresję krokową. Opracowano model o najwyższym współczynniku dopasowania regresji.

Wyniki

Charakterystyka częstości występowania zaburzeń psychicznych

Na podstawie wyników uzyskanych w skali HADS-M można stwierdzić występowanie zaburzeń lękowych u 367 osób (39,85%), w tym 40,9% w grupie medyków względem 39,1% w grupie niemedyków, oraz zaburzeń depresyjnych u 206 osób (22,37%), w tym 22,9% w grupie medyków oraz 22,0% w grupie niemedyków. Z porównania danych uzyskanych w grupie medyków i w grupie niemedyków wynika, że nie ma istotnych statystycznie różnic w ujawnianiu objawów lękowych ($p = 0,171$) i depresyjnych ($p = 0,804$) (tab. 2). Zdecydowana większość osób biorących udział w ankiecie (medycy 94,5%, niemedycy 92,9%) przyznała, że odczuwa niepokój związany z epidemią.

Tabela 2. Porównanie zaburzeń lękowych i depresyjnych między dwiema grupami zawodowymi

Czynnik	Medycy (N = 384; 41,70%)	Niemedycy (N = 537; 58,30%)	χ^2	p-value
Płeć			3,77	0,052 ^(a)
Mężczyzna	60 (15,6)	111 (20,7)		
Kobieta	324 (84,4)	426 (79,3)		
Wiek			127,04	< 0,001 ^(a)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

< 24	15 (3,9)	184 (34,3)		
25–34	205 (53,4)	203 (37,8)		
35–50	116 (30,2)	122 (22,7)		
> 51	48 (12,5)	28 (5,2)		
HADS-M Lęk			0,57	0,750 ^(a)
0–7 (brak)	145 (37,8)	216 (40,2)		
8–10 (stan graniczny)	82 (21,3)	111 (20,7)		
11–21 (zaburzenie)	157 (40,9)	210 (39,1)		
HADS-M Depresja			0,148	0,929 ^(a)
0–7 (brak)	218 (56,8)	306 (57,0)		
8–10 (stan graniczny)	78 (20,3)	113 (21,0)		
11–21 (zaburzenie)	88 (22,9)	118 (22,0)		
HADS-M Lęk (średnia ±SD)	9,59 (4,98)	9,17 (5,00)		0,171 ^(b)
HADS-M Depresja (średnia ±SD)	6,92 (4,77)	6,78 (4,59)		0,804 ^(b)

^(a) test chi-kwadrat; ^(b) test U Manna-Whitneya

Postawy wobec epidemii COVID-19

W przeprowadzonych analizach statystycznych nie zaobserwowano różnic międzygrupowych w deklarowanym przez uczestników poziomie lęku ($p = 0,326$), co jest zgodne z otrzymanymi wynikami skali HADS-M. Odnotowano natomiast istotne różnice między grupą medyków i niemedyków w zakresie niektórych badanych zmiennych. Określając przyczyny lęku, stwierdzono, że częstszą jego przyczyną u personelu medycznego było odczuwanie niebezpieczeństwa związanego z koronawirusem ($p = 0,022$). Natomiast obawy o zdrowie członków rodziny i bliskich osób, izolacja od bliskich i otoczenia, obawy przed skutkami epidemii na polu zawodowym i społecznym były identyfikowane podobnie przez obie grupy jako przyczyny lęku.

Jeśli chodzi o ocenę poziomu wiedzy na temat zakażenia, grupa medyków znacząco się różniła (tzn. ich wiedza była większa) od drugiej w następujących kategoriach: samoocena wiedzy własnej na temat objawów choroby ($p = 0,049$), profilaktyki ($p = 0,002$), leczenia ($p < 0,001$) oraz co do prognoz i konsekwencji ($p = 0,001$). Natomiast wiedzę społeczeństwa w zakresie znajomości objawów ($p = 0,026$), profilaktyki ($p = 0,012$), możliwych dróg zakażenia ($p = 0,008$) oraz leczenia choroby ($p = 0,002$) medycy oceniali jako mniejszą niż grupa niemedyków (tab. 3).

Tabela 3. Przyczyny niepokoju u personelu medycznego i niemedycznego na podstawie samooceny oraz oceny społeczeństwa

	Medycy N = 384	Niemedycy N = 537	p-value
Niepokoji mnie epidemia COVID-19 (T/N; N; %)	363 (94,5)	499 (92,9)	0,326 ^(a)
Stopień lęku (skala 0–9; średnia ± SD; mediana)	6,1 ± 2,0; 6/9	5,9 ± 2,1; 6/9	0,189 ^(b)
Najczęstszą przyczyną niepokoju było:			
Niepokój związany z zakażeniem się	182 (47,4)	214 (39,9)	0,022 ^(a)
Troska o zdrowie rodziny i krewnych	322 (83,9)	447 (83,2)	0,804 ^(a)
Izolacja od rodziny i otoczenia	132 (34,4)	172 (32,0)	0,456 ^(a)
Konsekwencje zawodowe i społeczne	200 (52,1)	301 (56,1)	0,233 ^(a)
Ocena samowiedzy i wiedzy społeczeństwa na temat epidemii COVID-19			
(skala 0–9; średnia ± SD; mediana)	7,1 ± 2,0; 8/9	6,9 ± 1,9; 7/9	0,049 ^(b)
Mam wystarczającą wiedzę na temat objawów	7,3 ± 1,8; 8/9	6,7 ± 2,0; 7/9	0,002 ^(b)
Mam wystarczającą wiedzę na temat zapobiegania	7,6 ± 1,6; 8/9	7,4 ± 1,7; 8/9	0,088 ^(b)
Mam wystarczającą wiedzę na temat ścieżki infekcji	5,0 ± 2,5; 5/9	4,3 ± 2,5; 4/9	< 0,001 ^(b)
Mam wystarczającą wiedzę na temat leczenia	5,8 ± 2,5; 6/9	5,2 ± 2,6; 6/9	0,001 ^(b)
Mam wystarczającą wiedzę na temat rokowania/ konsekwencji	3,8 ± 2,3; 4/9	4,2 ± 2,4; 4/9	0,026 ^(b)
Spółeczeństwo ma wystarczającą wiedzę na temat objawów	3,8 ± 2,3; 4/9	4,2 ± 2,4; 4/9	0,012 ^(b)
Spółeczeństwo ma wystarczającą wiedzę na temat zapobiegania	4,0 ± 2,4; 4/9	4,5 ± 2,5; 4/9	0,008 ^(b)
Spółeczeństwo ma wystarczającą wiedzę na temat ścieżki infekcji	2,4 ± 2,1; 2/9	2,8 ± 2,2; 3/9	0,002 ^(b)
Spółeczeństwo ma wystarczającą wiedzę na temat leczenia	3,0 ± 2,3; 3/9	3,2 ± 2,4; 3/9	0,132 ^(b)

^(a) test chi-kwadrat; ^(b) test U Manna-Whitneya

Czynniki związane z odczuwaniem lęku

Przeprowadzone badanie pozwoliło na ocenę wielu czynników, które mogą mieć wpływ na lęk odczuwany przez osoby badane. Zaproponowany model regresji wielorakiej obrazuje udział istotnych czynników, które zostały przedstawione w tabeli 4. Jednym z nich okazała się płeć ($p < 0,001$) (kobiety są bardziej narażone na odczuwanie lęku). Czynnikiem wpływającym na zwiększenie odczuwania lęku jest wykonywanie zawodu pielęgniarki ($p < 0,001$), natomiast wykonywanie zawodu lekarza lub ratownika nie było powiązane z poziomem odczuwanego lęku. Istotne znaczenie miały także indywidualne poglądy na temat epidemii. Ocena posiadanej wiedzy dotyczącej obja-

wów była związana z większym odczuwaniem lęku ($p = 0,046$), a wiedzy dotyczącej profilaktyki choroby znacząco zmniejszała poziom lęku ($p = 0,006$). Także ocena wiedzy społeczeństwa dotyczącej profilaktyki choroby okazała się istotna ($p = 0,002$) i również zmniejszała odczuwanie lęku. Wśród czynników społecznych istotny był np. kontakt z osobą zakażoną. Poziom odczuwanej satysfakcji z pracy oraz indywidualne nastawienie do absencji w pracy z powodu epidemii były jednymi z predyktorów o wysokim poziomie istotności ($p < 0,001$) badanej cechy.

Tabela 4. Czynniki związane z odczuwaniem lęku w czasie epidemii COVID-19

Czynniki	Analiza regresji wielorakiej ⁽¹⁾	
	Beta ⁽²⁾	p-value
Płeć	1,899	< 0,001
Zawód		
Pielęgniarka/pielęgniarz	1,343	< 0,010
Lekarka/lekarz	0,127	0,734
Ratownik medyczny	-1,035	0,284
Mam wystarczającą wiedzę dotyczącą objawów choroby	0,213	0,046
Mam wystarczającą wiedzę dotyczącą profilaktyki choroby	-0,304	0,006
Spółeczeństwo ma wystarczającą wiedzę dotyczącą profilaktyki choroby	-0,196	0,002
Uważam, że ryzyko związane z zakażeniem się wirusem jest znaczne	0,507	< 0,001
Miałem kontakt z osobą zakażoną	0,586	0,354
Członek mojej rodziny był zakażony	3,600	0,021
Byłem na kwarantannie	-1,040	0,078
Z powodu obaw związanych z epidemią myślałem, żeby nie pójść do pracy	3,357	< 0,001
Odczuwam satysfakcję z pracy	-0,463	< 0,001

⁽¹⁾ analiza regresji wielorakiej czynnika zależnego „Lęk” mierzonego w skali HADS-M; skorygowany $R^2 = 0,337$; $F(13,907) = 36,9$; $p < 0,001$; ⁽²⁾ niestandardyzowany współczynnik regresji Beta

Czynniki związane z poziomem depresyjności

W tabeli 5 zostały zaprezentowane czynniki związane z poziomem depresyjności uwzględnione w analizie regresji wielorakiej. Czynniki demograficzne, które związane były z poziomem depresyjności, to płeć ($p = 0,004$) oraz wiek ($p = 0,001$). Wykonywany zawód nie okazał się istotny dla nasilenia tej zmiennej. Do postaw wobec epidemii wiążących się z poziomem depresyjności należały samoocena wiedzy uczestników odnośnie do profilaktyki choroby ($p = 0,009$) oraz ocena wiedzy społeczeństwa na temat objawów choroby ($p = 0,001$). Jednym z czynników wpływających na poziom odczuwanej depresyjności był fakt posiadania osoby zakażonej w rodzinie

($p = 0,001$). W analizie nasilenia poziomu depresyjności znaczącymi czynnikami ($p < 0,001$) okazały się także odczuwana satysfakcja z pracy oraz nastawienie do absencji w pracy.

Tabela 5. Czynniki związane z odczuwaniem depresji w czasie epidemii COVID-19

Czynniki	Analiza regresji wielorakiej ⁽¹⁾	
	Beta ⁽²⁾	p-values
Płeć	1,002	0,004
Wiek	0,045	0,001
Zawód		
Pielęgniarka/pielęgniarz	0,417	0,413
Lekarka/lekarz	-0,157	0,656
Ratownik medyczny	-0,816	0,356
Mam wystarczającą wiedzę dotyczącą profilaktyki choroby	-0,185	0,009
Spółeczeństwo ma wystarczającą wiedzę dotyczącą objawów choroby	-0,193	0,001
Uważam, że ryzyko związane z zakażeniem się jest znaczne	0,467	< 0,001
Stosuję się do zaleceń związanych z zapobieganiem szerzeniu się epidemii	2,544	0,022
Uważam, że przebycie zakażenia będzie miało istotne konsekwencje dla mojego zdrowia	-0,010	0,050
Członek mojej rodziny był zakażony koronawirusem	4,755	0,001
Z powodu obaw związanych z epidemią myślałem, żeby nie pójść do pracy	2,533	< 0,001
Odczuwam satysfakcję z pracy	-0,471	< 0,001

⁽¹⁾ analiza regresji wielorakiej czynnika zależnego „Depresja” mierzonego w skali HADS-M; skorygowany $R^2 = 0,298$; $F(13,907) = 31,1$; $p < 0,001$; ⁽²⁾ współczynnik regresji Beta

Omówienie wyników

W przeprowadzonym badaniu porównano występowanie zaburzeń psychicznych w grupach badanych. Zbadano postawy względem pandemii, określono czynniki związane z poziomem lęku i depresji. Nie ujawniono przy tym różnic w odczuwaniu zaburzeń lękowych i depresyjnych między badanymi grupami. Może to świadczyć o tym, że posiadanie wiedzy medycznej nie zabezpiecza przed wystąpieniem tych zaburzeń. Stan pandemii jest na tyle dotkliwy, że każda jednostka zagrożona jest wystąpieniem zaburzeń psychicznych.

W czasie pandemii ludzie doświadczają zwiększonego poziomu stresu. Okres ten jest tym trudniejszy, że nie ma możliwości przewidzenia długości trwania epidemii. Stan pandemii może prowadzić do wystąpienia szeregu zaburzeń psychicznych. Do najczęstszych zaburzeń, które pojawiają się w czasie katastrof epidemiologicznych,

należą: zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, zespół stresu pourazowego, bezsenność, problem z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych [8].

Niniejsze badanie pokazuje, że wśród różnych medycznych grup zawodowych to praca pielęgniarki wiąże się z ryzykiem wystąpienia zaburzeń lękowych w czasie epidemii, ponadto ryzyko to jest większe u kobiet. Jest to zgodne z wcześniejszymi doniesieniami [12]. Ten istotny wniosek może posłużyć do zaplanowania spersonalizowanej opieki psychiatrycznej i psychologicznej w sytuacjach kryzysowych takich jak epidemia dla najbardziej narażonej grupy zawodowej. Ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych i depresyjnych było też większe u osób, które z powodu obaw przed epidemią rozważały uniknięcie obowiązku pracy. Istotne jest zatem stworzenie dobrych warunków pracy w czasie epidemii, gdyż satysfakcja z wykonywanej pracy jest czynnikiem protekcyjnym przed wystąpieniem zaburzeń lękowych i depresyjnych.

Pośród czynników, które były związane z wystąpieniem zaburzeń lękowych oraz depresyjnych, najistotniejszy był fakt posiadania zarażonego koronawirusem członka rodziny. Świadczyć to może o tym, że osoby bezpośrednio dotknięte epidemią oraz osoby z ich najbliższego otoczenia mają większe ryzyko wystąpienia objawów lękowych czy depresyjnych. Innym istotnym czynnikiem związanym z tymi zaburzeniami był stosunek osoby badanej do absencji w pracy, co może się łączyć z ekspozycją na koronawirusa w miejscu pracy. Kolejnym było postrzeganie przez osobę badaną ryzyka związanego z zakażeniem COVID-19 jako znacznego – wynika z tego, że zakładanie możliwości szybkiego i łatwego zakażenia się jest czynnikiem zwiększającym ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych i depresyjnych. Z drugiej strony posiadanie wiedzy na temat profilaktyki choroby zmniejszało ryzyko wystąpienia zaburzeń zarówno lękowych, jak i depresyjnych, natomiast wiedza dotycząca objawów choroby dodatkowo zmniejszała ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych. Wniosek ten potwierdza, jak ważne jest wdrażanie programów informacyjnych dotyczących profilaktyki i objawów zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

W całej populacji badanej najczęstszą przyczyną lęku respondentów była obawa o zdrowie rodziny i bliskich (83,9% w grupie medyków oraz 83,2% w grupie niemedyków). Wnioski te są spójne z wynikami badań dotyczącymi epidemii grypy A/H1N1 [11]. Jako przyczynę lęku osoby wykonujące zawody medyczne częściej wskazywały niebezpieczeństwo związane z zakażeniem się – może się to łączyć z większą wiedzą i znajomością konsekwencji choroby, jaką dysponują osoby z wykształceniem medycznym.

Ograniczenia badania

Opisywane badanie miało kilka ograniczeń. Pierwszym był brak wiedzy na temat rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych i lękowych u ankietowanych przed wystąpieniem epidemii COVID-19. Przeprowadzone badanie ankietowe nie było eksperymentem, dlatego nie można wyciągnąć wniosków przyczynowo-skutkowych. Kolejnym ograniczeniem badania jest stosowanie skali mierzącej natężenie lęku i depresji, a nie jest to ocena kliniczna. Prawdopodobnie nie pozostaje także bez znaczenia niejednorodna struktura wieku badanych osób.

Wnioski

Pandemii COVID-19 towarzyszy zwiększenie częstości występowania zaburzeń lękowych i depresyjnych. Jeśli chodzi o ujawnianie takich zaburzeń, nie stwierdzono różnicy między grupą medyków i niemedyków. Wśród zawodów medycznych pielęgniarki są szczególnie dotknięte ryzykiem wystąpienia zaburzeń lękowych. Wiedza dotycząca profilaktyki zakażenia się koronawirusem może być czynnikiem zmniejszającym występowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych. Przedstawione analizy zgromadzonego materiału oraz sformułowane wnioski wydają się zatem kluczowe dla rozumienia zjawiska zwiększenia się częstości występowania zaburzeń psychicznych w czasie trwania epidemii, a szczególnie dla podejmowania klinicznych działań zaradczych. Zjawisko nasilenia zaburzeń depresyjnych i lękowych w czasie trwania epidemii wymaga dalszych eksploracji badawczych, w tym przeprowadzenia badań podłużnych. Zaprezentowane wyniki pozwalają na zaplanowanie adekwatnej opieki dla osób dotkniętych tymi zaburzeniami oraz ocenę skuteczności interwencji terapeutycznych.

Piśmiennictwo

1. Worldometers. Covid-19 Coronavirus Pandemic. <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries> (dostęp: 9.05.2020).
2. Huang C, Wang Y, Li X i wsp. *Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China*. Lancet 2020; 395(10223): 497–506. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5.
3. Hu Y, Sun J, Dai Z, Deng H, Li X, Huang Q i wsp. *Prevalence and severity of corona virus disease 2019 (COVID-19): A systematic review and meta-analysis*. J. Clin. Virol. 2020; 127: 104371. Doi: 10.1016/j.jcv.2020.104371.
4. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 3 March 2020 – World Health Organization, March 3, 2020.
5. Kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R i wsp. *Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study*. Brain Behav. Immun. 2020; 87: 11–17. Doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.028.
6. Xiang Y-T, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T i wsp. *Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed*. Lancet Psychiatry 2020; 7(3): 228–229. Doi: 10.1016/S2215-0366(20)30046-8.
7. Lu W, Wang H, Lin Y, Li L. *Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study*. Psychiatry Res. 2020; 288: 112936. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.112936.
8. Sani G, Janiri D, Di Nicola M, Janiri L, Ferretti S, Chieffo D. *Mental health during and after the COVID-19 emergency in Italy*. Psychiatry Clin. Neurosci. 2020; 74(6): 372. Doi: 10.1111/pcn.13004.
9. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. *Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*. Brain Behav. Immun. 2020; 88: 901–907. Doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.026.

10. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M i wsp. *Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China*. *Psychother. Psychosom.* 2020; 89(4): 242–250. Doi: 10.1159/000507639.
11. Goulia P, Mantas C, Dimitroula D, Mantis D, Hyphantis T. *General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic*. *BMC Infect. Dis.* 2010; 10: 322. Doi: 10.1186/1471-2334-10-322.
12. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N i wsp. *Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019*. *JAMA Netw. Open.* 2020; 3(3): e203976. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

Adres: Jerzy Samochowiec
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
Katedra i Klinika Psychiatrii
71-460 Szczecin, ul. Broniewskiego 26
e-miał: jerzy.samochowiec@pum.edu.pl

Otrzymano: 5.06.2020

Zrecenzowano: 29.08.2020

Przyjęto do druku: 29.08.2020