

Samopoczucie i objawy depresyjne wśród pracowników korporacyjnych w trakcie pandemii COVID–19

Well-being and depressive symptoms among corporate workers during the COVID–19 pandemic

Mateusz Grajek¹, Alicja Kempa², Joanna Kobza¹

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu, Zakład Zdrowia Publicznego

² Uniwersytet SWPS w Katowicach, Wydział Psychologii

Summary

Aim. The study aimed to assess the well-being of corporate employees and whether it changed from the beginning of the first wave of COVID–19 (March) to the development of the second wave of the disease (October). The essence of the study was to estimate the risk of depressive symptoms in the study population.

Method. The study involved 250 corporate employees. The study was conducted using the WHO–5 questionnaire and Beck’s Depression Inventory. Statistical significance was determined by the Wilcoxon test ($p = 0.05$).

Results. In the first stage of the study, the mean well-being of the respondents was assessed at 20.2 points, indicating well-being at a moderate level. It was observed that the mean well-being was worse among women (18.4 points) than among men (22.0 points). In the last stage of the study, the sampling of the subjects was 11.0 points – the level of poor well-being (10.0 points in women and 12.0 points in men). The percentage of people with mild and moderate depression was found to be higher in the October stage than in the March stage.

Conclusions. On the basis of the study, it can be concluded that COVID–19 and its associated restrictions harmed the mental condition of the subjects.

Słowa kluczowe: samopoczucie, depresja, COVID–19, SARS–CoV–2, pracownicy korporacji

Key words: well-being, depression, COVID–19, SARS–CoV–2, corporate employees

Wstęp

Doświadczanie niepokojących zdarzeń i trudności w radzeniu sobie z nimi jest ważnym predyktorem lęku, stresu i depresji [1]. Depresja jest jednym z głównych

czynników generujących niepełnosprawność we współczesnych czasach [2, 3]. Doświadczenie epidemii lub klęsk żywiołowych zwiększa jej ryzyko w populacjach ludzkich [3, 4], co również może zwiększać wskaźnik samobójstw [5, 6]. Świat obecnie stoi w obliczu krytycznej sytuacji spowodowanej przez wirusa SARS-CoV-2, który w znacznym stopniu przyczynił się do wzrostu poziomu depresji w różnych częściach świata [7]. Szczególnie niepokojąca jest sytuacja ludności w krajach, które zostały poważnie dotknięte epidemią [3, 4].

SARS-CoV-2 to wysoce zakaźny wirus z rodziny *coronaviridae* przenoszony drogą kropelkową, który związany jest głównie z upośledzeniem funkcji układu oddechowego. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) nazwała chorobę powodowaną przez ten wirus COVID-19 [8]. Pierwsze zakażenia zostały zaobserwowane w mieście Wuhan (Chiny) w 2019 r., ale zdolność wirusa do szybkiego rozprzestrzeniania się doprowadziła WHO do uznania COVID-19 ogólnoswiatową pandemią [9]. Patogen stał się jednym z najważniejszych problemów zdrowotnych, społecznych i gospodarczych w ostatnich latach [10]. Wiele badań wykazało wpływ COVID-19 na samopoczucie ludzi. W krajach szczególnie dotkniętych pandemią zauważono pełnowymiarowy kryzys zdrowia psychicznego powiązany z dezinformacją społeczną, faktem zachorowania lub żałobą spowodowaną śmiercią członka rodziny [11]. Szczególną uwagę w badaniach poświęca się depresji wśród populacji dotkniętych COVID-19 [12–14]. Na depresję składają się objawy związane ze smutkiem, samooceną i bezwartościowością [15], które prowadzą do obniżenia poczucia własnej wartości i braku zainteresowania życiem [16]. Zaburzenie to jest ściśle związane z niższym prawdopodobieństwem osiągnięcia celów życiowych i pogarszającym się zdrowiem (psychicznym i somatycznym) oraz z próbami samobójczymi [17, 18]. Tendencje do zachowań depresyjnych mogą być związane z czynnikami wewnętrznymi (osobniczymi), takimi jak geny, ale również zewnętrznymi, takimi jak środowisko, w którym przyszło nam żyć [17]. W przypadku COVID-19 głównym stresorem jest nie tylko fakt zachorowania, ale również odosobnienie, brak kontaktu z bliskimi, zmiany trybu pracy/nauki oraz inne pośrednie czynniki związane z nałożeniem przez rządy państw restrykcji sanitarnych [19].

Rozwój gospodarczy, pojawienie się nowoczesnych technologii i ich rozpowszechnienie w życiu codziennym spowodowały, że powstało mnóstwo korporacji świadczących usługi wykonywane na odległość przy użyciu rozwiązań IT (*informatic technologies*). Wpływ na zdrowie i samopoczucie pracowników korporacyjnych ma głównie stres związany z presją wyników, rosnącą konkurencją, pracą w sieci powiązanych ze sobą procesów [20, 21]. Przepracowanie i stres mogą doprowadzić nawet do śmierci. Japońscy naukowcy już w latach 60. ubiegłego wieku opisali zjawisko *karoshi*, czyli śmierci z przepracowania, którego efektem jest wylew krwi do mózgu czy zawał mięśnia sercowego. W grupie wysokiego ryzyka *karoshi* są pracoholicy, perfekcjonści, zagrożone tym zjawiskiem są również osoby zabiegane, niedosypiające, znajdujące się wiecznie pod presją czasu i wyników [22].

W związku z powyższym grupą, jakiej postanowiono poświęcić niniejszą pracę, są pracownicy korporacyjni. Są oni grupą o tyle ciekawą, iż pracują głównie na komputerze i część wymiaru godzin realizują z domu na tak zwanej pracy zdalnej. Toteż nagle wprowadzenie pełnowymiarowej pracy zdalnej nie powinno być dla nich

czynnikiem stresogennym. Celem badania było sprawdzenie tego, czy samopoczucie respondentów uległo zmianie od początku pierwszej fali COVID-19 (marzec) do rozwoju drugiej fali zachorowań (październik). Istotą pracy było oszacowanie ryzyka wystąpienia objawów depresyjnych w badanej próbie.

Material i metoda

Charakterystyka próby

W badaniu udział wzięło 250 pracowników korporacyjnych (pracownicy administracyjno-biurowi pracujący przy obsłudze klienta dotyczącej rozliczeń podatkowych i obsługi systemów informatycznych).

Podstawowym kryterium włączenia do badań był brak problemów psychicznych w przeszłości, które wymagały konsultacji psychoterapeutycznej lub leczenia psychiatrycznego, pozostałe problemy zdrowotne nie były brane pod uwagę ze względu na fakt, że wszyscy badani byli zdolni do świadczenia pracy w momencie przeprowadzania badań.

W badaniu udział wzięło 145 (58%) kobiet i 105 (42%) mężczyzn. Średni wiek badanych wynosił 28 lat (± 3 lata). Wszyscy badani byli pracownikami administracyjno-biurowymi korporacji IT, a wykonywane przez nich obowiązki dotyczyły obsługi klienta (rozliczenia podatkowe, obsługa systemu informatycznego). Większość badanych zamieszkiwała duże miasta (205 osób; 82%). 195 (78%) badanych legitymowało się wykształceniem wyższym, a 55 (22%) osób średnim. Sytuacja materialna badanych oceniona na podstawie pytania o dochód została zaszeregowana jako przeciętna – 1500 zł / 1 os. (dotyczy 84% respondentów). Prawie 56% badanych pozostawało w związku małżeńskim w czasie przeprowadzania badania, 34% deklaroowało bycie singlem lub życie w niesformalizowanym związku z drugą osobą. Około 72% badanych posiadało minimum jedno dziecko na utrzymaniu. W drugim etapie badań (październik) nie otrzymano ankiet zwrotnych od 10 badanych ze względu na ich urlop, zwolnienie lub rezygnację z pracy. Brakujące dane zastąpiono średnimi, aby móc przeprowadzić wnioskowanie statystyczne.

Narzędzia badawcze

Badanie przeprowadzone zostało z użyciem kwestionariusza zawierającego: wywiad dotyczący zdrowia psychicznego; skalę WHO-5 – Wskaźnik Dobrego Samopoczucia, opracowaną przez Psychiatric Research Unit of WHO [23]; Skalę Depresji Becka¹ [24]; autorskie pytania wielokrotnego wyboru dotyczące wpływu sytuacji epidemicznej na dotychczasowe życie.

Interpretacja skali WHO-5 polegała na zsumowaniu punktów za każde z 5 pytań. Pojedyncze pytanie punktowane było w zakresie od 0 do 5, gdzie 0 oznaczało najgor-

¹ Skala Depresji Becka, dosł. Inwentarz Depresji Becka (z ang. Beck Depression Inventory, BDI) – skala stosowana w diagnostyce depresji, autorstwa Aarona Becka. W badaniu zastosowano wersję oryginalną z 1961 r. Dostępna jest również wersja polska znormalizowana przez Pracownię Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

szą możliwą jakością życia, a 5 – najlepszą. Zakres punktowy dla skali wynosił 0–25. Wynik surowy należało przemnożyć przez 4, aby uzyskać wynik procentowy (%). Procentowy wynik odczytywany był według skali: 92–100% – samopoczucie bardzo dobre; 76–91% – dobre; 56–75% – umiarkowane; 55% i mniej – złe. Współczynnik α Cronbacha dla próby normalizacyjnej wynosił 0,82.

Skala Depresji Becka z kolei obejmowała 21 pytań dotyczących podstawowych symptomów depresji. Pytania punktowane były w skali od 0 do 3, gdzie 3 oznacza najwyższe natężenie danego objawu. Ostateczny wynik testu polegał na zsumowaniu punktów za każde pytanie i odczytaniu stopnia depresji: 0–11 – brak depresji; 12–19 – łagodna depresja; 20–25 – umiarkowana depresja; 26 i więcej – ciężka depresja. Współczynnik α Cronbacha dla próby normalizacyjnej wynosił 0,93.

W autorskiej części ankiety respondenci w skali od 0 do 10 oceniali subiektywnie wpływ poszczególnych odczuć związanych z pandemią COVID–19 na ich życie. Oceniano takie wyróżniki jak: strach przed zachorowaniem (własnym lub bliskiej osoby); strach związany z kwarantanną/izolacją/hospitalizacją; strach przed utratą zatrudnienia; niepokój związany z dezinformacją społeczną; niepokój związany z utrudnionym dostępem do świadczeń medycznych; niepokój związany z brakiem kontaktu z rodziną/znajomymi. Przyjęto następującą interpretację skali: 0 – najmniejszy wpływ na kondycję psychofizyczną, 10 – największy wpływ na kondycję psychofizyczną.

Procedura

Kwestionariusz wypełniano metodą CAWI (Computer Assisted Web Interviews) w czterech dużych firmach świadczących usługi z zakresu IT, a uczestniczący w badaniu pracownicy administracyjno-biurowi otrzymali zaproszenia od kierownictwa. Uczestnicy przystępowali do niego dobrowolnie i anonimowo. Badani najpierw wypełnili część ankiety zawierającą podstawowe dane na ich temat (metryczka), w tym dotyczące ich kondycji psychicznej i leczenia psychiatrycznego, następnie wypełniali skalę WHO–5 i Skalę Depresji Becka, a na końcu odpowiadali na pytania dotyczące wpływu sytuacji pandemicznej na ich życie.

Badanie kwestionariuszowe zostało przeprowadzone dwa razy na tej samej grupie osób: w pierwszej połowie marca 2020 r. (początek pandemii COVID–19 w Polsce) i w październiku 2020 r. (ponowne zaostrzenie restrykcji) [25]. Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach (PCN/0022/KB/211/20).

Plan analizy

Do opracowania wyników posłużono się programem Statistica 13.3. W opisie wyników wykorzystano miary statystyczne, m.in. średnią (X), odchylenie standardowe (SD) oraz wartość minimalną i maksymalną (min/max). W analizie wyników posłużono się podstawowymi statystykami opisowymi. Istotność statystyczną określano za pomocą testu rang Wilcozona (T). Przy każdym teście przyjęto poziom istotności statystycznej $p=0,05$.

Wyniki

Respondenci w pierwszej kolejności wypełniali część kwestionariusza dotyczącą doświadczeń związanych z COVID-19. W pierwszym etapie badań (marzec) doświadczeniem, które najbardziej wpływało na życie ankietowanych była samoizolacja (jako forma profilaktyki) – 42% badanych. Drugą najczęściej wybieraną opcją było podejrzenie COVID-19 u siebie lub u członka rodziny (16%). W przypadku doświadczenia kwarantanny administracyjnej i izolacji/hospitalizacji taki wariant oznaczyło odpowiednio 4% i 2% badanych osób. Powtórne wdrożenie kwestionariusza (październik) pokazało, że doświadczenia respondentów z COVID-19 się zmieniły. Na tym etapie badań najczęściej wybieraną opcją ponownie była samoizolacja (56%), kolejnymi: podejrzenie COVID-19 (46%), kwarantanna administracyjna (30%) i izolacja/hospitalizacja (6%). Zaobserwowano duży wzrost odsetka odpowiedzi udzielanych w przypadku wariantów „podejrzenie COVID-19” (wzrost o 30 punktów procentowych) i „kwarantanna administracyjna” (o 26 punktów procentowych). Zaobserwowano różnice istotne statystycznie pomiędzy badanymi okresami ($Z=4,518$; $p=0,002$).

Badane osoby zapytane zostały również o ich stosunek do COVID-19. W tym przypadku dane również dostarczyły wielu ciekawych obserwacji. W marcowym etapie badań 70% respondentów deklarowało, że uważają zagrożenie COVID-19 za realne, a 8% je bagatelizowało (22% nie miało zdania). W październiku zaobserwowano spadek osób nietraktujących zagrożenia poważnie (4%) na korzyść tych, które poważnie traktują COVID-19 (82%). Zdania na ten temat nie miało 14%. Różnica pomiędzy pierwszym i drugim badaniem została potwierdzona testem statystycznym ($Z=3,944$; $p=0,001$).

Ankietowanych poproszono o ocenienie w skali 10-punktowej poziomu wybranych negatywnych odczuć związanych z chorobą powodowaną przez SARS-CoV-2, gdzie 10 oznaczało najwyższy poziom danej emocji. Na podstawie zebranych danych uwidoczniła się dodatnia tendencja dla takich emocji jak: „strach przed zachorowaniem”, „strach przed utratą zatrudnienia”, „niepokój związany z dezinformacją społeczną”. Wymienione wyróżniki wykazywały zmienność czasową – pomiędzy etapami badań wzrosły negatywne odczucia związane z wymienionymi zjawiskami ($Z=2,342$; $p=0,003$). Dla pozostałych odczuć nie zaobserwowano żadnej zależności. Dokładne wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Własne odczucia związane z COVID-19 w badanej grupie (N=250)

Odczucia związane z COVID-19*	MARZEC			PAŹDZIERNIK			p
	X	SD	min-max	X	SD	min-max	
Strach przed zachorowaniem (własnym lub bliskiej osoby)	5,6	±1,0	2-7	8,0	±0,6	5-10	<0,05
Strach związany z kwarantanną/ izolacją/ hospitalizacją	2,0	±0,8	0-4	2,2	±0,6	1-5	>0,05
Strach przed utratą zatrudnienia	4,8	±1,2	2-6	8,2	±1,0	5-10	<0,05

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Niepokój związany z dezinformacją społeczną	3,6	±0,8	2-6	6,8	±1,0	4-9	<0,05
Niepokój związany z utrudnionym dostępem do świadczeń medycznych	2,2	±0,6	0-4	2,6	±0,8	1-5	<0,05
Niepokój związany z brakiem kontaktu z rodziną/znajomymi	2,8	±1,2	0-4	3,2	±1,0	1-5	>0,05

*Wszystkie wyróżniki oceniane były w skali 0–10, gdzie 10 oznacza najwyższy poziom emocji w danej kategorii.

Za pomocą skali WHO–5 oceniono poziom dobrego samopoczucia badanych. Ocena podobnie jak w pozostałych przypadkach została wykonana dwukrotnie. W pierwszym etapie badań średnie samopoczucie respondentów ocenione zostało na 20,2 punktu (80,8%), co oznacza samopoczucie na poziomie umiarkowanym. Zaobserwowano, że średnie samopoczucie gorsze było w grupie kobiet (18,4 pkt; 73,6%) niż wśród mężczyzn (22 pkt; 88,0%). W ostatnim etapie badań respondenci oceniali swoje samopoczucie jako złe (11 pkt) – poziom zły samopoczucia: 10 pkt (40%) u kobiet i 12 pkt (48%) u mężczyzn. Różnica pomiędzy badanymi okresami została potwierdzona testem statystycznym ($Z=5,743$; $p=0,001$) – tabela 2.

Tabela 2. Wyniki skali WHO–5 w badanej grupie (N=250)

W ciągu ostatnich dwóch tygodniu czułem się*:	MARZEC			PAŹDZIERNIK			p
	X	SD	min-max	X	SD	min-max	
Wesoły i w dobrym nastroju	4,4	±0,6	3-6	2,8	±0,8	1-4	<0,05
Spokojny i odprężony	4,2	±0,8	3-6	2,2	±0,4	1-4	
Aktywny i energiczny	4,6	±0,4	3-6	1,8	±0,4	1-3	
Świeży i wypoczęty	3,8	±0,2	3-5	2,4	±0,2	1-3	
Moje życie wypełnione było interesującymi mnie sprawami	3,2	±0,4	3-5	1,8	±0,6	1-3	
SUMA (wynik surowy) [pkt]	20,2	±0,4	18-25	11,0	±0,4	8-15	
SUMA (wynik przeliczony) [%]	80,8%	±1,6%	-	44,0%	±2,0%	-	
RÓŻNICA (względem poprzedniego okresu badań)	-			↓36,8%			
INTERPRETACJA SŁOWNNA	Samopoczucie umiarkowane			Samopoczucie złe			

*Wszystkie wyróżniki oceniane były w skali 0-5, gdzie 5 oznaczało, iż dane odczucie towarzyszyło badanej osobie przynajmniej przez dwa tygodnie poprzedzające badany okres.

Ostatnią podjętą w badaniu kwestią było oszacowanie ryzyka wystąpienia depresji w badanej grupie. Na podstawie otrzymanych danych stwierdzono, że w etapie październikowym odsetek osób z łagodną i umiarkowaną depresją jest wyższy niż w etapie marcowym – wzrósł odpowiednio z 20% do 33% i z 2% do 3%. W badaniu nie wykazano osób z ciężkimi objawami depresji. Ponadto w badanej grupie wystę-

pują różnice pomiędzy płciami – kobiety częściej wykazują tendencje do zachowań depresyjnych niż mężczyźni ($Z=4,521$; $p=0,002$). Wyniki prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Wyniki Skali Depresji Becka w badanej grupie (N=250)

Okres badania / / Płeć badanych		Interpretacja wyniku			p
		Brak depresji	Łagodna depresja	Umiarkowana depresja	
Marzec	Kobiety	72%	26%	2%	<0,05
	Mężczyźni	84%	16%	0%	
	Ogółem	78%	20%	2%	
Październik	Kobiety	58%	38%	4%	
	Mężczyźni	70%	28%	2%	
	Ogółem	64%	33%	3%	

Omówienie wyników

W literaturze przedmiotu brak póki co badań dotyczących długofalowych skutków stresu i strachu/lęku odczuwanego w związku z COVID–19 w odniesieniu do pracowników dużych firm. Większość dużych badań realizowanych jest wśród personelu medycznego [12–14]. Prezentowane w niniejszym artykule wyniki wskazują, iż pracownicy, mimo przyzwyczajenia do realizacji pracy w formie zdalnej, mocno odczuli aktualną sytuację epidemiczną. Widoczne jest to głównie w spadku ich samopoczucia pomiędzy pierwszym a drugim badaniem, a także we wzroście odsetka osób, u których Skala Depresji Becka wykazała podejrzenie umiarkowanej lub łagodnej depresji. Wśród emocji towarzyszących pandemii najczęściej wymieniano niepokój związany z utratą pracy, dezinformację społeczną i strach lub lęk przed zakażeniem własnym albo członka rodziny.

W światowym piśmiennictwie nie brakuje jednak prac, które całościowo traktują problem zdrowia psychicznego w obliczu kryzysu związanego z COVID–19. Warto wspomnieć, iż pandemia zmusiła wiele państw do wprowadzenia surowych przepisów w celu zahamowania rozprzestrzeniania się wirusa SARS–CoV–2 [26]. Rządy krajów najbardziej dotkniętych pandemią, takich jak Chiny, Włochy, Hiszpania i Ekwador, wydały dekret o długich okresach samoizolacji i/lub lockdownu, kiedy obywatele musieli pozostać w domu [27]. Taka sytuacja wywarła poważny wpływ na warunki życia mieszkańców i była szczególnie szkodliwa w krajach o mniejszych zasobach gospodarczych (np. w regionie Ameryki Południowej) [28]. Aspekty pandemii związane z niepewnością co do sposobu jej rozprzestrzeniania się, mutacji wirusa lub odporności pacjentów, którzy przeszli zakażenie, czy też brak szczepionki, doprowadziły do wzrostu poczucia strachu wśród ludności [29]. Podobne obawy widoczne były już podczas trwania poprzednich epidemii (SARS [30]) i MERS [31]).

Biorąc pod uwagę globalne zagrożenie i wpływ pandemii COVID–19 na zdrowie psychiczne, dobrobyt i rozwój ludzkości, Ahorsu i wsp. [32] opracowali skalę do pomiaru strachu przed SARS–CoV–2 na podstawie istniejącej literatury naukowej

(FCV–19S). Skala ta była wykorzystywana w wielu krajach m.in.: Iranie [33], Bangladeszu [34], Włoszech [35], Turcji [36], Rosji i Białorusi [37], Izraelu [38], Peru [39] oraz Paragwaju [40]. W większości tych krajów wykryto związek między COVID–19 a strachem [41] oraz depresją [32, 33]. Ponadto zaobserwowano, iż stan niepokoju dotyczącego COVID–19 jest bardziej związany ze strachem i stresem, a w mniejszym stopniu z depresją [38]. Niemniej jednak na świecie odnotowano przypadki samobójstw z powodu strachu przed COVID–19 [42].

Wysoki dzienny wskaźnik nowych przypadków i zgonów [12] połączony z ogromem informacji, które docierają do ludzi za pośrednictwem mediów, może wpływać na rozwój zaburzeń nastroju [13]. Chińscy badacze już we wczesnym stadium pandemii stwierdzili obniżenie samopoczucia, wzrost niepokoju i strachu oraz umiarkowane objawy depresji wśród azjatyckiej ludności [14]. Zależności między stresem i depresją są od dawna udokumentowane w literaturze naukowej [43]. Modele teoretyczne poparte dowodami naukowymi łączą stres społeczny i środowiskowy z wewnętrznymi procesami biologicznymi, które napędzają patogenezę depresji [44]. Badania długofalowe [45] sugerują również, iż silny stres prognozuje depresję. W wysoce stresujących sytuacjach istnieje ścisły związek między strachem a depresją [46], na przykład wśród osób cierpiących na zespół stresu pourazowego [47–50].

W obecnym kryzysie spowodowanym przez pandemię piśmiennictwo zaczyna ujawniać pewne różnice u osób badanych w zależności od płci i wieku [14]. Kobiety i osoby młode wykazują wyższy poziom depresji, stresu i strachu przed COVID–19 [51]. Jednak większość tych badań została przeprowadzona na próbach pracowników służby zdrowia [52], a znacznie mniej wiadomo o populacji generalnej. Dlatego ciężko odnosić ich wyniki do grupy respondentów biorących udział w badaniu przedstawionym w niniejszym artykule. Z kolei wśród młodych osób zaobserwowano, iż studenci pierwszych lat bardziej obawiają się COVID–19 niż studenci lat wyższych [37]. Ponadto, jak wynika z niektórych badań [43, 53], objawy strachu i depresji wśród młodszych studentów nasilają się wraz z przedłużającym się dystansem społecznym i odosobnieniem. Studenci są również grupą, której, podobnie jak pracowników korporacji, dotknął obowiązek pracy (nauki) zdalnej. W badaniach Human Resource Executive wykazano, że 88% pracowników zgłosiło doświadczenie umiarkowanego lub silnego stresu w ciągu ostatnich 4 do 6 tygodni. Spośród tych, którzy zgłosili stres, 62% odnotowało utratę produktywności o co najmniej 1 godzinę, a 32% straciło co najmniej 2 godziny dziennie z powodu stresu związanego z pandemią COVID–19 [54]. Te same badania dowodzą, że 7 na 10 pracowników wskazało w ankiecie przeprowadzonej przez dostawcę usług zdrowia psychicznego, firmę Ginger, że pandemia COVID–19 jest najbardziej stresującym okresem w ich całej karierze zawodowej [55].

W badaniach przeprowadzonych na terenie Polski również zauważa się wpływ działania długotrwałego stresu związanego z pandemią COVID–19 na ogólne samopoczucie i zdrowie psychiczne respondentów. Na uwagę zasługują badania przeprowadzone przez Macieszek i wsp. [56] oraz Szcześniak i wsp. [57]. W pierwszym z przytoczonych badań [56] stwierdzono, że objawy depresyjne i psychosomatyczne, w tym bezsenność występują częściej u personelu medycznego niż u pracowników innych zawodów. W badaniu własnym nie stwierdzono występowania ciężkich objawów

depresyjnych u pracowników korporacji. W pierwszym etapie badań samopoczucie respondentów ocenione zostało na poziomie umiarkowanym, a w etapie drugim już na poziomie złym. Na tej podstawie można podejrzewać, że COVID-19 i związane z nim restrykcje wpłynęły negatywnie na kondycję psychiczną badanych. W drugiej przytoczonej pracy [57] stwierdzono, że restrykcje sanitarne, tj. konieczność noszenia masek ochronnych, zwiększają komfort respondentów oraz ogólny dobrostan psychiczny. W badaniu własnym aspekt stosowania się do ogólnego schematu DDM (dystans–dezynfekcja–maseczka) nie był uwzględniany w ocenie samopoczucia badanych.

Na podstawie do tej pory przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż sytuacja epidemiologiczna związana z ekspansją wirusa SARS-CoV-2 jest nie tylko niebezpieczna dla zdrowia somatycznego, ale wpływa na człowieka całościowo, obejmując jego kondycję psychiczną. Ekspozycja na długotrwały stres może powodować nieoczekiwane, negatywne skutki zdrowotne i przyczynić się do zainicjowania zaburzeń psychicznych.

Warto również podkreślić, że prezentowane badanie posiada pewne ograniczenia. Przede wszystkim przeprowadzone zostało przez Internet, co jest powszechną praktyką, lecz obciążoną sporą niepewnością wobec uzyskanych wyników. W przyszłości należałoby badania powtórzyć przy użyciu tradycyjnej metody kwestionariuszowej. Dodatkowo w drugim etapie badań nie udało się pozyskać danych od 10 respondentów, którzy brali udział w pierwszym, nie było również możliwe ustalenie powodu braku uczestnictwa w powtórnym badaniu (prawdopodobnie był to urlop lub zwolnienie z pracy). W przyszłości planowane jest powtórzenie badań i próba dotarcia do wszystkich osób z pierwotnego składu grupy badanej. Wreszcie w badaniach własnych nie podjęto próby analizy materiału badawczego pod kątem statusu rodzinnego uczestników, podczas gdy takie cechy jak posiadanie potomstwa czy prowadzenie wieloosobowego gospodarstwa domowego mogły znacząco wpłynąć na poziom samopoczucia badanych. Aspekt ten rozpatrywany będzie w przyszłych badaniach autorów niniejszego artykułu. Ponadto należy również podkreślić, że pracownicy korporacyjni są grupą spotykającą się w swojej pracy z szeroką gamą stresorów związanych z wykonywaniem czynności zawodowych, dlatego warto w przyszłości szerzej zbadać poziom stresu związanego z poszczególnymi czynnościami pracowniczymi.

Wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników można sformułować następujące wnioski:

1. Do najczęstszych odczuć związanych z COVID-19 w badanej grupie należy strach przed zachorowaniem lub utratą zatrudnienia oraz niepokój związany ze społeczną dezinformacją.
2. Zaobserwowano poważny spadek samopoczucia wśród badanych pomiędzy okresami prowadzenia badań. W pierwszym etapie badań samopoczucie respondentów ocenione zostało na poziomie umiarkowanym, a w etapie drugim już na poziomie złym. Na tej podstawie można podejrzewać, że COVID-19 i związane z nim restrykcje wpłynęły negatywnie na kondycję psychiczną badanych.
3. W badanej grupie nie odnotowano żadnej osoby o ciężkich objawach depresji, aczkolwiek odnotowano pewną ciekawą zależność – symptomy depresji pogłębiają

się wraz z rozwojem sytuacji epidemicznej. U jednej trzeciej badanych stwierdzono umiarkowany poziom objawów depresyjnych, i były to częściej kobiety niż mężczyźni.

Piśmiennictwo:

1. Zou P, Sun L, Yang W, Zeng Y, Chen Q, Yang H i wsp. *Associations between negative life events and anxiety, depressive, and stress symptoms: a cross-sectional study among Chinese male senior college students*. *Psychiatry Res.* 2018. 270: 26–33. Doi: 10.1016/j.psychres.2018.09.019.
2. Dong L, Freedman VA, de Leon CFM. *The association of comorbid depression and anxiety symptoms with disability onset in older adults*. *Psychosom. Med.* 2020. 82: 158–164. Doi: 10.1097/PSY.0000000000000763.
3. Nuggerud-Galeas S, Oliván Blázquez B, Perez Yus MC, Valle-Salazar B, Aguilar-Latorre A, Magallón Botaya R. *Factors associated with depressive episode recurrences in primary care: a retrospective, descriptive study*. *Front. Psychol.* 2020. 11: 1230. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.01230.
4. Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC, Chan VL. *Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors*. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2009. 31(4): 318–326. Doi: 10.1016/j.genhosppsy.2009.03.001.
5. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. *Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients*. *Compr. Psychiatry.* 2018. 87: 123–127. Doi: 10.1016/j.comppsy.2018.10.003.
6. Morganstein JC, Ursano RJ. *Ecological disasters and mental health: causes, consequences, and interventions*. *Front. Psychol.* 2020. 11: 1. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.00001.
7. Cheung YT, Chau PH, Yip PSF. *A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong*. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2008. 23(12): 1231–1238. Doi: 10.1002/gps.2056.
8. Wu YC, Chen CS, Chan YJ. *The outbreak of COVID–19: an overview*. *J. Chin. Med. Assoc.* 2020. 83(3): 217–220. Doi: 10.1097/JCMA.0000000000000270.
9. Rothan HA, Byrareddy SN. *The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID–19) outbreak*. *J. Autoimmun.* 2020. 109: 102433. Doi: 10.1016/j.jaut.2020.102433.
10. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C i wsp. *The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVID–19): a review*. *Int. J. Surg.* 2020. 78: 185–193. Doi: 10.1016/j.ijssu.2020.04.018.
11. Fiorillo A, Gorwood P. *The consequences of the COVID–19 pandemic on mental health and implications for clinical practice*. *Eur. Psychiatry.* 2020. 63: e32. Doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.35.
12. Duan L, Zhu G. *Psychological interventions for people affected by the COVID–19 epidemic*. *Lancet Psychiatry.* 2020. 7(4): 300–302. Doi: 10.1016/S2215-0366(20)30073-0.
13. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S i wsp. *Mental health problems and social media exposure during COVID–19 outbreak*. *PLoS One.* 2020. 15: e0231924. Doi: 10.1371/journal.pone.0231924.
14. Huang Y, Zhao N. *Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID–19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey*. *Psychiatry Res.* 2020. 288: 112954. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954.

15. Antúnez Z, Vinet EV. *Escala de depresión, ansiedad y Estrés (DASS-21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos*. Ter. Psicol. 2012. 30(3): 49–55. Doi: 10.4067/S0718-48082012000300005.
16. Roh SC, Kim JS, Kim S, Kim Y, Lee SH. *Frontal alpha asymmetry moderated by suicidal ideation in patients with major depressive disorder: a comparison with healthy individuals*. Clin. Psychopharmacol. Neurosci. 2020. 18(1): 58–66. Doi: 10.9758/cpn.2020.18.1.58.
17. Siegrist J, Wege N. *Adverse psychosocial work environments and depression – a narrative review of selected theoretical models*. Front. Psychol. 2020. 66: 11. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.00066.
18. Zhuo LB, Yao W, Yan Z, Giron MS, Pei JJ, Wang HX. *Impact of effort reward imbalance at work on suicidal ideation in ten European countries: the role of depressive symptoms*. J. Affect. Disord. 2020. 260: 214–221. Doi: 10.1016/j.jad.2019.09.007.
19. Ministerstwo Zdrowia – *Coronavirus: information and recommendations*: <https://www.gov.pl/web/coronavirus> [on-line: 16.12.2020].
20. Wang W, Sakata K, Komiya A, Li Y. *What Makes Employees' Work So Stressful? Effects of Vertical Leadership and Horizontal Management on Employees' Stress*. Front. Psychol. 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00340>.
21. Giorgi G, Arcangeli G, Perminiene M, Lorini C, Ariza-Montes A, Fiz-Perez J i wsp. *Work-Related Stress in the Banking Sector: A Review of Incidence, Correlated Factors, and Major Consequences*. Front. Psychol. 2017. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02166>.
22. Lennon J. *Etiopathogenesis of Suicide: A Conceptual Analysis of Risk and Prevention Within a Comprehensive, Deterministic Model*. Front. Psychol. 2019. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02087>.
23. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. *The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature*. Psychotherapy and Psychosomatics. 2015. 84: 167–176.
24. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Archives of General Psychiatry. 1961. 4: 53–63.
25. Raporty koronawirus (SARS-CoV-2): <https://www.gov.pl/web/koronawirus> [dośćęp: 18.05.2021 r.].
26. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ i wsp. *Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review*. Infect. Dis. Poverty. 2020. 9: 1–12. Doi: 10.1186/s40249-020-00646-x.
27. Orellana CI, Orellana LM. *Predictores de síntomas emocionales durante la cuarentena domiciliar por pandemia de COVID-19 en El Salvador*. Actual. Psicol. 2020. 34(128): 103–120. Doi: 10.15517/ap.v34i128.41431.
28. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. *“Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies*. Braz. J. Psychiatry. 2020. 42(3): 232–235. Doi: 10.1590/1516-4446-2020-0008.
29. Rodriguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C i wsp. *COVID-19 in Latin America: the implications of the first confirmed case in Brazil*. Travel Med. Infect. Dis. 2020. 35: 101613. Doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101613.
30. Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. *Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience*. Epidemiol. Infect. 2008. 136(7): 997–1007. Doi: 10.1017/S0950268807009156.
31. Bukhari EE, Temsah MH, Aleyadhy AA, Alrabiaa AA, Alhboob AA, Jamal AA i wsp. (2016). *Middle east respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) outbreak perceptions of risk and stress evaluation in nurses*. J. Infect. Dev. Ctries. 2016. 10(8): 845–850. Doi: 10.3855/jidc.6925.

32. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. *The Fear of COVID–19 Scale: development and initial validation*. Int. J. Ment. Heal. Addict. 2020. 1–9. Doi: 10.1007/s11469-020-00270-8.
33. Alyami M, Henning M, Krägeloh CU, Alyami H. *Psychometric evaluation of the Arabic version of the Fear of COVID–19 Scale*. Int. J. Ment. Heal. Addict. 2020. 1–14. Doi: 10.1007/s11469-020-00316-x.
34. Sakib N, Bhuiyan AKMI, Hossain S, Al Mamun F, Hosen I, Abdullah AH i wsp. *Psychometric validation of the Bangla Fear of COVID–19 Scale: confirmatory factor analysis and rasch analysis*. Int. J. Ment. Heal. Addict. 2020. 1–12. Doi: 10.1007/s11469-020-00289-x.
35. Soraci P, Ferrari A, Abbiati FA, Del Fante E, De Pace R, Urso A i wsp. *Validation and psychometric evaluation of the Italian version of the Fear of COVID–19 Scale*. Int. J. Ment. Heal. Addict. 2020. 1–10. Doi: 10.1007/s11469-020-00277-1.
36. Satici B, Gocet-Tekin E, Deniz ME and Satici SA. *Adaptation of the Fear of COVID–19 Scale: its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey*. Int. J. Ment. Heal. Addict. 2020. 1–9. Doi: 10.1007/s11469-020-00294-0.
37. Reznik A, Gritsenko V, Konstantinov V, Khamenka N, Isralowitz R. *COVID–19 fear in Eastern Europe: validation of the Fear of COVID–19 Scale*. Int. J. Ment. Heal. Addict. 2020. 1–6. Doi: 10.1007/s11469-020-00283-3.
38. Tzur Bitan D, Grossman-Giron A, Bloch Y, Mayer Y, Shiffman N, Mendlovic S. *Fear of COVID–19 Scale: psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population*. Psychiatry Res. 2020. 289: 113100. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.113100.
39. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros MA. *Psychometric properties of a Spanish version of the Fear of COVID–19 Scale in general population of Lima, Peru*. Int. J. Ment. Heal. Addict. 2020. 1–14. Doi: 10.1007/s11469-020-00354-5.
40. Barrios I, Ríos-González C, O’Higgins M, González I, García O, Díaz NR i wsp. *Psychometric properties of the Spanish version of the Fear of COVID–19 Scale (FCV-19S)*. Int. J. Ment. Heal. Addict. 2020. 1–14. Doi: 10.21203/RS.3.RS-33345/V1.
41. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Saleminck E, Engelhard IM. *Fear of the coronavirus (COVID–19): predictors in an online study conducted in March 2020*. J. Anxiety Disord. 2020. 74: 102258. Doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102258.
42. Mamun MA, Griffiths MD. *First COVID–19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID–19 and xenophobia: possible suicide prevention strategies*. Asian J. Psychiatr. 2020. 51: 102073. Doi: 10.1016/j.ajp.2020.102073.
43. Slavich GM, Irwin MR. *From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression*. Psychol. Bull. 2014. 140: 774–815. Doi: 10.1037/a0035302.
44. Park C, Rosenblat JD, Brietzke E, Pan Z, Lee Y, Cao B i wsp. *Stress, epigenetics and depression: a systematic review*. Neurosci. Biobehav. Rev. 2019. 102: 139–152. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.04.010.
45. Agoston AM, Rudolph KD. *Transactional associations between youths’ responses to peer stress and depression: the moderating roles of sex and stress exposure*. J. Abnorm. Child Psychol. 2011. 39(2): 159–171. Doi: 10.1007/s10802-010-9458-2.
46. Díaz CA, Quintana GR, Vogel EH. *Síntomas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático en adolescentes siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile*. Ter. Psicol. 2012. 30: 37–43. Doi: 10.4067/S0718-48082012000100004.
47. Forbes D, Parslow R, Creamer M, O’Donnell M, Bryant R, McFarlane A i wsp. *A longitudinal analysis of posttraumatic stress disorder symptoms and their relationship with fear and anxious-*

- misery disorders: implications for DSM-V*. J. Affect. Disord. 2010. 127(1–3): 147–152. Doi: 10.1016/j.jad.2010.05.005.
48. Jansson-Fröjmark M, Lindblom K. *A bidirectional relationship between anxiety and depression, and insomnia? A prospective study in the general population*. J. Psychosom. Res. 2008. 64(4), 443–449. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.10.016.
49. Jacobson NC, Newman MG. *Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: a meta-analysis of longitudinal studies*. Psychol. Bull. 2017. 143: 1155–1200. Doi: 10.1037/bul0000111.
50. Hovenkamp-Hermelink JH, Jeronimus BF, Spinhoven P, Penninx BW, Schoevers RA, Riese H. *Differential associations of locus of control with anxiety, depression and life-events: a five-wave, nine-year study to test stability and change*. J. Affect. Disord. 2019. 253: 26–34. Doi: 10.1016/j.jad.2019.04.005.
51. Sandín B, Valiente RM, García-Escalera J, Chorot P. *Impacto psicológico de la pandemia de COVID–19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional*. Rev. de Psicopatol. y Psicol. Clin. 2020. 25: 1–22. Doi: 10.5944/rppc.27569.
52. 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.
53. Chen B, Sun J, Feng Y. *How have COVID–19 isolation policies affected young people’s mental health? – evidence from chinese college students*. Front. Psychol. 2020. 11: 1529. Doi: 10.3389/fpsyg.2020.01529.
54. HRE’s number of the day: Coronavirus stress: <https://hrexecutive.com/hres-number-of-the-day-coronavirus-stress/> [on-line: 02.04.2021].
55. Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C i wsp. *A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID–19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors*. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020. 17: 3165. Doi: 10.3390/ijerph17093165.
56. Maciaszek J, Ciułkiewicz M, Szcześniak D, Luc D, Wiczorek T, Fila-Witecka K i wsp. *Mental health of medical and non-medical professionals during the peak of the COVID–19 pandemic: a cross-sectional nationwide study*. J. Clin. Med. 2020. 9(8). Doi: 10.3390/jcm9082527.
57. Szcześniak D, Ciułkiewicz M, Maciaszek J, Misiak B, Luc D, Wiczorek T i wsp. *Psychopathological responses and face mask restrictions during the COVID–19 outbreak: results from a nationwide survey*. Brain Behav. Immun. 2020. 87: 161–162, Doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.027.

Adres: Mateusz Grajek
Zakład Zdrowia Publicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
41-902 Bytom, ul. Piekarska 18
e-mail: mgrajek@sum.edu.pl

Otrzymano: 17.12.2020
Zrecenzowano: 31.03.2021
Otrzymano po poprawie: 14.06.2021
Przyjęto do druku: 15.06.2021