

## **Subiektywne pogorszenie stanu psychicznego pracowników sektora opieki medycznej w czasie pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce**

### **Subjective mental deterioration of healthcare workers during the first wave of the COVID-19 pandemic in Poland**

Marlena Sokół-Szawłowska<sup>1</sup>, Paweł Mierzejewski<sup>2</sup>, Janusz Heitzman<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Instytut Psychiatrii i Neurologii, Psychiatryczna Poradnia Przykliniczna

<sup>2</sup> Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Psychofarmakologii

<sup>3</sup> Instytut Psychiatrii i Neurologii, Klinika Psychiatrii Sądowej

#### **Summary**

**Aim.** The presented study is aimed at determining the subjective psychological reaction to the outbreak of pandemic in healthcare workers and is part of a wider research project covering successive waves of increasing number of SARS-CoV-2 infections during the COVID-19 pandemic in Poland.

**Method.** 664 respondents completed the anonymous online questionnaire in the period from March 12, 2020 to May 3, 2020. This is the period of the first lockdown in Poland. Data were collected using the snowball method (employees passed the questionnaire over the Internet to subsequent groups of employees in subsequent healthcare units).

**Results.** The outbreak of pandemic had varying impact on the well-being of 96.7% of respondents. Subjectively perceived stress of varying intensity was reported by 97.3% of them, low mood was reported in 19.0%, and anxiety in 14.1% of the respondents. These results and other features of the psychological reaction (including sleep problems) to overload in healthcare workers may indicate mental deterioration in the first weeks of pandemic.

**Conclusions.** The results obtained in the study group may encourage further analyzes of healthcare workers' mental state and contribute to discussion on the COVID-19 pandemic.

**Słowa kluczowe:** pandemia COVID-19, pracownicy ochrony zdrowia, zdrowie psychiczne

**Key words:** COVID-19 pandemic, healthcare workers, mental health

## Wstęp

Pierwsze oficjalne przypadki infekcji nowym koronawirusem SARS-CoV-2 potwierdzono w grudniu 2019 roku w Wuhanie w Chinach [1]. Jedenastego lutego 2020 roku określono nową chorobę koronawirusową jako COVID-19. Miesiąc później, tj. 11 marca 2020 roku, gdy zakażenia występowały już w około 114 krajach, WHO ogłosiła pandemię [2]. W tym samym dniu premier polskiego rządu ogłosił wygaszenie większości obszarów gospodarki. Nadal miały działać sektory strategiczne dla bezpieczeństwa kraju. Zdecydowano natomiast o zamknięciu przedszkoli, szkół podstawowych, średnich i uczelni. Wprowadzono poważne ograniczenia w przemieszczaniu się na terenie kraju i poza nim. Najbardziej radykalna ogólnopolska zbiorowa kwarantanna obejmowała okres od 12 marca do 3 maja 2020 roku. Po tym terminie w Polsce poluzowano radykalne restrykcje, choć wiele ograniczeń pozostało. Na początku pandemii nagłe zmiany w postaci kwarantanny zbiorowej były ekstremalne. Sposoby codziennego funkcjonowania, jakie znamy, zostały zawieszane na czas nieokreślony. Zwykłe życie się skomplikowało.

Izolacja społeczna podczas przymusowej kwarantanny to nieznanne i nieprzyjemne doświadczenie, które wiąże się z oddzieleniem jednostki od innych ludzi [3, 4]. Jest to skrajnie trudna sytuacja z jednego dość nieoczywistego powodu – naturalnym procesem społecznym jest poszukiwanie wsparcia innych ludzi w sytuacji trudnej i dzięki temu zmniejszenie indywidualnego poczucia zagrożenia. [5–8]. Niestety pandemia COVID-19 pozbawiła ludzi bezpośredniego, wynikającego z osobistych kontaktów, wsparcia. Współcześnie aż takie ograniczenia nie były dotychczas stosowane w większości społeczeństw, dlatego czasem mogą być one odczuwane jako forma kary i potępienia. Do tego doszło zalecenie separowania się od dalszej rodziny, przyjaciół i innych ważnych sieci społecznych, a nawet zaniechanie wcześniejszego zaangażowania w działania społeczne z wyjątkiem tych związanych z walką z COVID-19 [9, 10]. Ze zbiorowej kwarantanny zostały wykluczone strategiczne dla społeczeństwa grupy zawodowe, zapewniające utrzymanie lub odzyskanie zdrowia, zapewniające żywność, energię i bezpieczeństwo publiczne (m.in. pracownicy sklepów, kierowcy komunikacji zbiorowej, urzędnicy państwowi zapobiegający rozprzestrzenieniu się epidemii i policja).

Jednak to grupa pracowników ochrony zdrowia: pielęgniarek, lekarzy, farmaceutów, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych, personelu pomocniczego i pozostałych (pomagających pacjentom zazwyczaj poprzez kontakt osobisty) ze względu na specyfikę pracy musiała wypełniać swoje obowiązki zawodowe polegające na liczniejszych i obligatoryjnych interakcjach społecznych. W czasie pierwszych miesięcy pandemii COVID-19 systemy opieki medycznej w większości krajów świata doznały skrajnych przeciążeń. Nagła i niespodziewana sytuacja epidemiczna wywołała niedobory środków do dezynfekcji, środków ochrony osobistej przed zakażeniem SARS-CoV-2 (maseczki, rękawice, kombinezony, gogle) oraz sprzętu i leków niezbędnych do leczenia chorych z COVID-19 i innymi chorobami (paraliż transportu światowego, zerwane łańcuchy dostaw). W wielu krajach brakowało miejsc w szpitalach dla pacjentów z COVID-19 wymagających tlenoterapii i respiratorów. Zwiększone zapotrzebowanie na pomoc

medyczną doprowadziło do niedoborów kadrowych. Wykazano, że pracownicy ochrony zdrowia statystycznie częściej niż populacja ogólna zarażają się koronawirusem, przez co stanowią zagrożenie dla swoich rodzin i innych osób pozostających w bliskim kontakcie [4, 11, 12]. Dlatego ich praca odbywała się w szczególnie trudnych okolicznościach psychologicznych. Specjalną grupą wśród zawodów medycznych były osoby pracujące z pacjentami chorymi na COVID-19 [4, 12]. W szpitalach leczących COVID-19 lekarze, pielęgniarki i pozostały personel statystycznie najczęściej byli narażeni na zakażenie SARS-CoV-2. Pracownicy z oddziałów z pierwszej linii walki z pandemią, ale również pozostałe grupy, które w tamtym czasie leczyły pacjentów z innymi chorobami, działali pod wpływem niespotykanego stresu, który nie dotyczył pojedynczych pracowników, ale całej grupy zawodowej. Wiosną 2020 roku globalny kryzys zdrowia nagle wymagał od tych pracowników zmiany codziennej praktyki w miejscu pracy. Chociaż to normalne, że pracowników ochrony zdrowia może napotkać stres lub uraz podczas świadczenia opieki nad pacjentem, to wirus SARS-CoV-2 wywołał nieznane dotychczas doświadczenia. Doświadczenia, do których nie można było się przygotować. Zakażenie i choroba COVID-19 wywoływały absencję w pracy (więcej pracy, a mniej osób do pracy). Opisane przeciążenia zawodowe trzeba było godzić z życiem osobistym – rodzinnym (opieką nad dziećmi lub starymi rodzicami) czy towarzyskim (konieczność ograniczenia kontaktów z przyjaciółmi, aby uniknąć potencjalnej transmisji SARS-CoV-2). Oprócz początkowego bardzo wyraźnego wsparcia społeczeństwa już we wczesnym etapie pandemii zdarzały się też przypadki odsuwania się, unikania czy napiętnowania osób pracujących w obszarze opieki medycznej. W połączeniu z ryzykiem śmierci po zakażeniu w miejscu pracy wszystkie wymienione zagrożenia mogły mieć nasilony wpływ na pogorszenie stanu psychicznego w tej grupie [13–15].

Wszystkie opisane powyżej zjawiska sprawiły, że w doniesieniach z początku pandemii COVID-19 wskazywano wyraźnie na konieczność ochrony zdrowia psychicznego pracowników medycznych [16]. Światowa Organizacja Zdrowia wezwała do podjęcia działań zapobiegających poważnemu wpływowi przeciążeń okresu pandemii na ich zdrowie fizyczne i psychiczne [17]. W większości zaleceń wzięto pod uwagę wcześniejsze epidemie wywołane wirusami. W czasie ich trwania widoczne było zwiększone ryzyko (w porównaniu z populacją ogólną) niekorzystnych skutków dla zdrowia fizycznego i psychicznego, a negatywne skutki w postaci zaburzeń psychicznych występowały nawet wiele lat po zakończeniu epidemii (zespół stresu pourazowego, depresja, zaburzenia lękowe i wypalenie zawodowe) [18–21].

Celem naszego badania było określenie reakcji psychologicznej grupy pracowników ochrony zdrowia (zawodów medycznych z listy Ministerstwa Zdrowia w Polsce, jak i pracowników merytorycznych spoza tej grupy, a zajmujących się terapią pacjentów, m.in. psychologów, terapeutów zajęciowych) w pierwszych miesiącach pandemii COVID-19 w Polsce (I fala – wiosna 2020 r.). Jest ono pierwszą częścią większego projektu obejmującego również II falę (jesień 2020 r.) i III falę (wiosna 2021 r.). Dzięki lepszemu zrozumieniu przeżyć, reakcji emocjonalnych, behawioralnych i poznawczych wśród pracowników ochrony zdrowia można będzie tworzyć oraz wprowadzać w życie systemowe programy profilaktyki zaburzeń psychicznych w czasie pandemii i po jej zakończeniu.

## Material

W ramach badania 664 pracowników ochrony zdrowia z różnych grup zawodowych sektora opieki medycznej uzupełniło ankietę w całym okresie pierwszego zamknięcia gospodarki w Polsce od 12 marca do 3 maja 2020 roku. Komisja Bioetyczna została poinformowana o badaniu. Anonimową ankietę internetową umieszczono na stronie Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a dodatkowo zbierano dane metodą kuli śnieżnej; link przekazywano kolejnym pracownikom przez WhatsApp, Facebooka, maile, wiadomości tekstowe.

## Metoda

Pytania demograficzne w ankiecie online obejmowały m.in.: płeć, wiek, miejsce zamieszkania i liczbę domowników, rodzaj zawodu i obecność chorób predysponujących do cięższego przebiegu COVID-19. Pytania oceniające subiektywny stan psychiczny oparto na standardowym wywiadzie psychiatrycznym. Opis objawów psychopatologicznych związanych z reakcją na sytuacje stresowe wynikał z teorii (głównie pierwsze doniesienia z Chin) i praktyki klinicznej. Pytania dotyczyły subiektywnego stopnia zmiany/pogorszenia samopoczucia w porównaniu z okresem przedpandemicznym, aktualnego nastroju, poziomu energii, lęku, anhedonii, problemów ze snem, apetytem, koncentracją uwagi i pamięcią, dysforii, myśli pesymistycznych i oczekiwań dotyczących przyszłości. Do oceny danych ilościowych zastosowano 5-stopniową skalę Likerta (natężenie zjawiska od braku występowania do poziomu maksymalnego). Wyniki przedstawiono w formie opisowej, podając liczebność danej podgrupy i odsetek respondentów w danej podgrupie. Statystykę opisową wykonano za pomocą pakietu Statistica 13.1.

## Wyniki

W tabeli 1 przedstawiono zestawienie cech demograficznych badanej populacji. Kobiety stanowiły większość respondentów (69,7%), najwięcej osób w grupie badanej mieszkało w miastach powyżej 300 tys. mieszkańców (50,5%), a najmniej na wsi. Ponad połowę badanych (57,2%) stanowiły osoby w wieku 30–49 lat. Badani w zdecydowanej większości mieszkali z rodziną (79,1%). Wśród respondentów 42,9% miało zdiagnozowaną jedną lub więcej chorób stanowiących potencjalne zagrożenie gorszym przebiegiem infekcji koronawirusem.

Tabela 1. Dane demograficzne

<b>Płeć</b>		
kobieta	463	(69,7%)
mężczyzna	201	(30,3%)
<b>Miejsce zamieszkania</b>		
miasto powyżej 300 tys.	335	(50,5%)
miasto 100–300 tys.	100	(15,1%)

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

miasto 20–100 tys.	127	(19,1%)
miasto 5–20 tys.	55	(8,2%)
wieś	47	(7,1%)
<b>Wiek</b>		
18–29	160	(24,1%)
30–39	210	(31,6%)
40–49	170	(25,6%)
50–59	81	(12,2%)
60–69	36	(5,4%)
powyżej 70	7	(1,1%)
<b>Domownicy</b>		
rodzina	525	(79,1%)
osoby spoza rodziny	50	(7,5%)
brak	89	(13,4%)
<b>Choroby somatyczne</b>		
0	386	(58,1%)
1	217	(32,7%)
> 1	61	(9,2%)

Osoby, które wzięły udział w badaniu, reprezentowały różne zawody medyczne. Największą grupę wśród precyzyjnie określonych w ankiecie zawodów stanowili psychologowie i psychoterapeuci (28,1%), następnie lekarze ze specjalizacją niezabiegową inną niż psychiatria (9,2%) oraz lekarze psychiatrzy (7,2%). Najmniej liczną grupą byli pracownicy najbardziej zaangażowani w transport chorych na COVID-19, tj. ratownicy medyczni (2,1%), w diagnostykę laboratoryjną (diagności – 1,9%) oraz obrazową (technicy RTG – 1,7%). Natomiast 29,7% badanych to pracownicy spoza listy, których codzienna praca wymaga bezpośredniego kontaktu z chorym i pomagania mu.

Tabela 2. Rozkład zawodów medycznych w badanej populacji

Psycholog/psychoterapeuta	186	(28,1%)
Lekarz, specjalizacja niezabiegowa (nie psychiatria)	61	(9,2%)
Lekarz psychiatra	48	(7,2%)
Pielęgniarka	42	(6,3%)
Farmaceuta	34	(5,1%)
Fizjoterapeuta	21	(3,2%)
Lekarz, specjalizacja zabiegowa	19	(2,9%)
Lekarz stomatolog	17	(2,6%)

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Ratownik medyczny	14	(2,1%)
Diagnosta laboratoryjny	13	(1,9%)
Technik RTG	12	(1,7%)
Inny, z bezpośrednim kontaktem/pomocą pacjentom (m.in. asystent osoby niepełnosprawnej, starszej, terapeuta zajęciowy)	197	

Subiektywny stan psychiczny nie uległ zmianie po wybuchu pandemii COVID-19 tylko u 3,3% respondentów. Jeśli zmiana nastąpiła, to miała zróżnicowane nasilenie. Najczęściej u badanych (45,6%) zmiana samopoczucia miała średnie nasilenie w porównaniu z okresem sprzed pandemii. Analogiczny wynik uzyskano w obszarze subiektywnego poziomu stresu po wybuchu pandemii. Stresu nie odczuwało około 2,7% badanych. Większość respondentów (53,6%) odczuwała stres o średnim nasileniu, natomiast 7,8% badanych pracowników wybrało określenie „największy stres w moim życiu”. Pesymistyczne myśli nie występowały u 13,1% badanych w pierwszych tygodniach pandemii, a największy odsetek uczestników badania (47,9%) opisywał ich średnie natężenie (tab. 3).

Tabela 3. Subiektywna zmiana ogólnego samopoczucia, poziomu odczuwanego stresu i pesymistycznych myśli w czasie pierwszej fali pandemii COVID-19 wśród badanych

Wyszczególnienie	0	1	2	3	4
Zmiana samopoczucia	22 (3,3%)	52 (7,8%)	303 (45,6%)	205 (30,9%)	82 (12,4%)
Subiektywny poziom stresu	18 (2,7%)	71 (10,7%)	356 (53,6%)	16 (25,2%)	52 (7,8%)
Myśli pesymistyczne	87 (13,1%)	129 (19,4%)	318 (47,9%)	105 (15,8%)	25 (3,8%)

0 – nie; 1 – minimalne natężenie; 2 – średnie natężenie; 3 – silne natężenie; 4 – natężenie największe w dotychczasowym życiu

Wśród badanych 20,5% w czasie pierwszej fali pandemii miało subiektywne problemy z zasypianiem, a 28,0% zgłaszało wybudzenia w nocy. Koszmary o pandemii relacjonowało 16,3% respondentów, natomiast wybudzanie nad ranem z brakiem możliwości zaśnięcia 32,3% z nich. Wyniki uzyskane dzięki kwestionariuszowi subiektywnego stanu psychicznego badanych wykazały, że u 14,1% raz lub więcej razy dziennie występowały ataki lęku. U 36% respondentów wystąpiła anhedonia, opisana jako utrata zdolności cieszenia się z rzeczy, które przed pandemią sprawiały przyjemność. Dysforia występowała u 38,0% badanych. Z kolei 64,9% pracowników ochrony zdrowia obawiało się pogorszenia swojej sytuacji zawodowej i/lub materialnej w związku z pandemią, a 39,5% dopuszczało zmianę swojego systemu wartości wywołaną pandemią COVID-19. Wyniki zawiera tabela 4.

Tabela 4. **Odpowiedzi oceniające subiektywne samopoczucie i przekonania respondentów w pierwszym okresie pandemii w Polsce**

Łatwe zasypianie w nocy	tak	528	(79,5%)
	nie	136	(20,5%)
Wybudzenia w nocy	nie	478	(72,0%)
	tak	186	(28,0%)
Koszmary na temat pandemii	nie	556	(83,7%)
	tak	108	(16,3%)
Wybudzenia przed budzikiem (bez możliwości ponownego zaśnięcia)	nie	450	(67,7%)
	tak	214	(32,3%)
Codzienny atak/codziennie ataki lęku	nie	570	(85,9%)
	tak	94	(14,1%)
Rzeczy, które cieszyły przed pandemią, nadal cieszą (brak anhedonii)	tak	425	(64,0%)
	nie	239	(36,0%)
Irracjonalne wybuchy złości w banalnych/codziennych sytuacjach (dysforia)	nie	412	(62,0%)
	tak	252	(38,0%)
Związane z pandemią obawy o sytuację zawodową/materialną	nie	233	(35,1%)
	tak	431	(64,9%)
Indywidualny system wartości może ulec zmianie pod wpływem pandemii	nie	402	(60,5%)
	tak	262	(39,5%)

W pierwszym okresie pandemii i zamknięcia gospodarki 19,0% badanych pracowników określiło swój nastrój jako obniżony, a zmniejszonego nastroju doświadczała ponad połowa (51,4%). W subiektywnym odczuciu badanych dobry i stabilny nastrój występował u 29,4% z nich. Prawie 1/3 osób w badanej grupie relacjonowała obniżony napęd, u największej grupy (36,6%) był on zmienny. Apetyt nie uległ zmianie podczas pandemii u większości badanych (53,5%), a zjawisko „zajadania stresu” wystąpiło u 15,4% badanych. Subiektywne poczucie pogorszenia koncentracji uwagi i pamięci w życiu codziennym dotyczyło 31,8% badanych. Wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. **Subiektywna ocena nastroju, napędu, apetytu i funkcji poznawczych**

<b>Nastrój</b>		
dobry i stabilny	199	(29,4%)
zmienny	339	(51,4%)
obniżony	125	(19,0%)
podwyższony	1	(0,2%)
<b>Napęd</b>		
dobry i stabilny	243	(36,6%)
zmienny	228	(34,3%)

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

obniżony	181	(27,3%)
podwyższony	12	(1,8%)
<b>Apetyt</b>		
nie zmienił się	355	(53,5%)
zmniejszył się	88	(13,2%)
zwiększył się, nie zajadam stresu	119	(17,9%)
zwiększył się i zajadam stres	102	(15,4%)
<b>Koncentracja uwagi i pamięć</b>		
nie zmieniły się	436	(65,6%)
pogorszyły się	211	(31,8%)
poprawiły się	17	(2,6%)

### Omówienie wyników

W pierwszych miesiącach pandemii COVID-19 w różnych regionach świata (większość w Chinach, tam gdzie rozpoczęła się pandemia) przeprowadzono ankiety internetowe z udziałem pracowników ochrony zdrowia. Dane zbierano przez wiele tygodni lub obejmowały one znacznie krótsze okresy (kilka dni). Kwestionariusze online były wypełniane przez małe lub duże grupy badanych. W większości z nich nie porównano stanu zdrowia psychicznego pracowników medycznych do okresu sprzed pandemii lub populacji ogólnej z tamtego okresu (co podkreślano w ograniczeniach prac). W części wykorzystano standardowe pytania z badania psychiatrycznego, a w większości wystandaryzowane skale pomocnicze określające poziom stresu, lęku czy depresji w subiektywnej ocenie respondentów, które nie obejmowały np. zaburzeń snu [22].

Na nieco inne trudności można się natknąć podczas analizy dostępnych badań z Polski sprzed okresu pandemii COVID-19. Otóż badane grupy pracowników ochrony zdrowia są w nich dalekie od homogeniczności (dominacja kobiet, liczne grupy przedstawicieli różnych zawodów traktowane wspólnie w analizach bądź wąskie niezbyt liczne specjalności) i stosowano w nich metodologię trudną do porównania. Z tych powodów należy ostrożnie traktować wyniki badań poświęconych stresorom, które najbardziej wpływają na kondycję psychiczną pracowników ochrony zdrowia w Polsce. Jako psychospołeczne przewlekłe czynniki wymieniano tam: ekstremalne i nieprzewidywalne reakcje ludzi, obciążenie emocjonalne, konieczność szybkiego reagowania, doświadczenie różnych form mobbingu, ponoszenie odpowiedzialności za własne działanie, codzienny kontakt z chorobą, wymóg stałej czujności, konieczność kontaktu zarówno z samym chorym, jak i jego rodziną (nawet zdalnego), świadomość braku wpływu na losy pacjentów oddziałów opieki paliatywnej, roszczeniowość i niezadowolenie pacjentów, zmianowość, pracę w nocy, brak warunków do leczenia (np. złe warunki lokalowe, brak odpowiedniego sprzętu), niedogodności związane

z relacjami z personelem szpitala. Natomiast wypalenie zawodowe (stan fizycznego, umysłowego i emocjonalnego wyczerpania, który ujawnia się pod postacią chronicznego zmęczenia z negatywną postawą wobec pracy, ludzi i życia, poczucie bezradności oraz beznadziejności położenia) statystycznie częściej występowało u pracowników ochrony zdrowia, którzy stawiają sobie wysokie cele, są ambitni, dobrze wykonują swoją pracę, a także pracują długo i pod presją czasu. W niewielkiej populacji lekarzy dowiedziono nawet, że przewlekły stres zawodowy może wyraźnie przekładać się na skrócenie lat życia w porównaniu z populacją ogólną (dotyczy kobiet, z wyjątkiem kobiet stomatologów) [23–26].

Natomiast w pierwszych tygodniach pandemii w Polsce we Wrocławiu przeprowadzono badanie online 2039 pracowników z obszaru ochrony zdrowia (z podziałem na grupę medyczną i niemedyczną) poświęcone m.in. reakcji psychologicznej na nowe okoliczności wywołane narastającą skalą zagrożenia infekcją SARS-CoV-2. Wykazano w nim, że medycyjni pracownicy ochrony zdrowia częściej prezentowali istotne objawy psychopatologiczne takie jak lęk, bezsenność i objawy somatyczne niż grupa niemedyczna (60,8% vs. 48,0%). Wpływ na taką dysproporcję miały sumaryczne przeciążenia z pierwszych tygodni pandemii. Badanie przeprowadzono online w grupie różnych pracowników, takich jak: lekarze (47,3%), pielęgniarki (16,5%), farmaceuci (7,3%), diagnostki laboratoryjni (5,9%), stomatolodzy (5,3%), ratownicy medyczni, (4,9%), psychologowie kliniczni lub psychoterapeuci (3,5%), fizjoterapeuci (3,3%), położne (2%), sekretarki lub rejestratorzy medyczne (1,4%), technicy medycyny pracy (1,4%), asystenci stomatologiczni (0,7%), opiekunowie (0,4%), stażyści medyczni (0,1%) i terapeuci zajęciowi (0,1%) [23]. Badacze z Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego zbadali natomiast reprezentatywną dla Polski grupę w kolejnych falach pandemii. Z tego badania wynika, że pierwsza fala pandemii COVID-19 była dla populacji ogólnej najtrudniejsza, bo w jej trakcie respondenci relacjonowali najwyższe odsetki objawów lękowych i depresyjnych [27].

W pierwszym okresie zamknięcia gospodarki Polski obowiązki zawodowe tej grupy pracowniczej musiały być spełniane w niecodziennych, trudnych lub ekstremalnie trudnych okolicznościach, które mogły wywoływać brak sił fizycznych i psychicznych. Te czynniki w połączeniu z niedostatkim wolnego czasu po pracy mogły utrudniać wypełnienie otrzymanej ankiety, nawet w formie online. Potwierdzeniem tej tezy w prezentowanym badaniu jest najmniejszy odsetek odpowiedzi udzielonych przez ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych, techników RTG, tj. pracowników prawdopodobnie najbardziej zaangażowanych w transport i diagnostykę osób zakażonych SARS-CoV-2.

Poniżej omówiono samopoczucie ankietowanych pracowników ochrony zdrowia z uwzględnieniem poszczególnych obszarów ich stanu psychicznego w pierwszym okresie pandemii i zamknięcia gospodarki w Polsce.

#### Subiektywna zmiana samopoczucia i poziom stresu w badanej populacji

W badanej populacji tylko 3,3% respondentów nie zaobserwowało u siebie zmiany samopoczucia. Najliczniejsza grupa przeżyła zmianę o średnim (45,6%) lub silnym

(30,9%) nasileniu. Poziom przeżywanego w pierwszym okresie pandemii stresu u ponad połowy badanych (53,6%) był również określany jako średni, a u ponad ¼ respondentów jako silny. „Najsilniejszy stres w dotychczasowym życiu” relacjonowało aż 7,8% badanych.

Uzyskane wyniki mogą świadczyć o tym, że wybuch pandemii był trudnym wydarzeniem, a u części osób przekroczył granice dotychczasowego życiowego doświadczenia. W literaturze przedmiotu brakuje badań, które określałyby stan wyjściowy (sprzed pandemii). Zmiana w życiu, jaką był wybuch pandemii COVID-19, podniosła poziomy subiektywnie odczuwanego stresu, a w ankietach online są one bardzo zróżnicowane. Opisują je następujące odsetki (ułożone rosnąco): 31,6% [23], 32,9% [24], 71,5% [25], 73,4% [26] badanych pracowników ochrony zdrowia z różnych poziomów kontaktu z potencjalnie zakażonymi SARS-CoV-2, gdyż wśród respondentów znajdują się pielęgniarki, lekarze podstawowej opieki medycznej, lekarze różnych specjalności pracujący w szpitalach i ambulatoryjnie oraz rozmaite inne grupy pracowników pomagających chorym.

#### Objawy, które mogą świadczyć o depresji

Należy podkreślić, że wyniki większości badań z wczesnego okresu pandemii z użyciem kwestionariuszy określały ogólnie skalę występowania bądź brak depresji u badanych. Zakres uzyskanych wyników procentowych jest jeszcze szerszy niż przy ocenie stresu, a tylko w części z nich ustalono prawdopodobne (na podstawie ankiety online, bez badania klinicznego) nasilenie epizodu. W pierwszym piku pandemii COVID-19 wykazano jednak wysokie wskaźniki występowania depresji u pracowników ochrony zdrowia, a było to rosnąco: 14,2% [23], 20,1% [27], 22,8% [28], 34,9% [24], 50,4% [25], 57% [26]. W dwóch badaniach uzyskano bardziej szczegółowe dane i określono ciężkość epizodu depresji. W pierwszym wystąpiła ona sumarycznie u 29,6% badanych (epizod łagodny u 21,0%, umiarkowany u 4,8%, ciężki u 3,8%) [29]. Kolejne badanie ujawniło, że 48,5% respondentów przeżywało epizod depresji (nasilenie łagodne – 34%, umiarkowane – 14,5%) [31].

W prezentowanym badaniu respondenci opisywali subiektywne odczucia w odpowiedzi na standardowe pytania z wywiadu oceniającego stan psychiczny. Dotyczyły one nastroju, poziomu energii, apetytu i koncentracji uwagi i pamięci, anhedonii i pesymistycznych myśli związanych z pandemią (pozostałe obszary, np. problemy ze snem, opisano oddzielnie). Obniżony nastrój relacjonowało 19,0% badanych pracowników medycznych w pierwszym okresie pandemii COVID-19 w Polsce. W porównaniu z wynikami innych cytowanych badań jest to raczej niski odsetek, ale i tak budzący duży niepokój, jeśli weźmie się pod uwagę obciążenia i systematycznie rosnące wymagania stojące przed pracownikami w kolejnych wielu miesiącach pandemii. Ta obawa dotyczy też większości pozostałych obszarów depresji opisanych poniżej za pomocą objawów psychopatologicznych. Duże obciążenie pracą w zawodach medycznych wpływa na poczucie narastającego zmęczenia i poziomu energii życiowej. W badanej populacji 27,3% osób już na początku pandemii określało swój napęd jako obniżony, a u 34,3% był on zmienny. Jednocześnie w tamtym

okresie tylko nieco ponad 1/3 badanych (36,6%) miała subiektywne poczucie, że ich napeć jest dobry i stabilny.

Wybuch pandemii zmienił apetyt u części badanych osób. Apetyt zwiększył się u 17,9% (i nie było to „objadanie w stresie”), jednak jedzenie z powodu napięcia emocjonalnego deklarowało 15,4% badanych. Taki stan może przyczyniać się do negatywnych skutków metabolicznych. W tym samym czasie apetyt zmniejszył się u 13,2% badanych, co być może wynikało z braku możliwości jedzenia w sytuacji dużego napięcia emocjonalnego.

Dysforia często towarzyszy stanom frustracji, a obok smutku może być objawem depresji. W pierwszym etapie pandemii pracownicy zatrudnieni w sektorze ochrony zdrowia często relacjonowali dysfориę (38,0% badanych), która może przekładać się na trudności interpersonalne w życiu zawodowym i osobistym. U 65,6% badanych w ich subiektywnym odczuciu koncentracja uwagi i pamięć po wybuchu pandemii nie zmieniły się, natomiast ich pogorszenie relacjonowało 31,8% badanych. Z kolei 36,0% badanych przyznawało, że dotychczasowe przyjemne rzeczy przestały ich cieszyć w czasie pandemii (anhedonia), natomiast występowanie myśli pesymistycznych o natężeniu średnim dotyczyło 47,9% badanych (silnym – 15,8%). Największe nasilenie pesymistycznych myśli w dotychczasowym życiu relacjonowało 3,8% badanych. Tylko u 13,1% badanych nie występowały myśli pesymistyczne w czasie pierwszej fali pandemii i restrykcyjnych obostrzeń społecznych w Polsce.

Wszystkie opisane powyżej subiektywnie odczuwane i opisywane zjawiska mogą – w zależności od swojego nasilenia – zaburzać codzienne funkcjonowanie pracowników ochrony zdrowia. Taki przedłużający się i nasilający stan u poszczególnych osób może wymagać specjalistycznej diagnozy i interwencji terapeutycznej. Pozostawienie pracowników systemu opieki medycznej z nasilonymi objawami, które mogą świadczyć o depresji (co – jak wynika z badania przeglądowego z wczesnego okresu pandemii COVID-19 – jest dość prawdopodobne wobec niechęci zawodów medycznych do leczenia w ramach instytucji opieki medycznej), jest rokowniczo niebezpieczne [22]. Ostre zaburzenia psychiczne wywołane zewnętrznymi okolicznościami, które pozostają nieleczone lub są leczone zbyt późno, z dużym prawdopodobieństwem mogą przechodzić w trudniejszą i wymagającą bardziej kompleksowego leczenia postać przewlekłą.

### Objawy lękowe

Niestety opisana powyżej zasada, potwierdzona praktyką kliniczną oraz wynikami badań, dotyczy kolejnego z badanych obszarów, czyli objawów lękowych. Dane z publikacji na temat reakcji personelu medycznego na wybuch pandemii i zmiany warunków życia oraz pracy wskazują na podniesienie poziomu napięcia psychofizycznego z wyraźnymi objawami lęku (czasem z somatyzacją). W poszczególnych badaniach subiektywnie określany lęk występował u 13,0% badanych [29], 18,1% (lekkie nasilenie – 10,5%, średnie – 5,7% i silne – 1,9%) [30], 25,2% [23], 44,6% [25] i u 44,7% [26] badanych w grupie pracowników ochrony zdrowia. W naszym badaniu na pytanie o występowanie jednego lub większej liczby ataków lęku w ciągu dnia pozytywnie odpowiedziało 14,1% badanych, czyli odsetek ten był zbliżony do

niższych w cytowanych powyżej badaniach porównawczych. W pierwszych tygodniach pandemii COVID-19 pracownicy medyczni znaleźli się w sytuacji bardzo lękorodnej. Wynikała ona z jak najbardziej realnych zagrożeń dla ich zdrowia lub nawet życia. Przykłady to kontakt z chorymi na COVID-19 w pracy, procedury zabezpieczające przed zakażeniem utrudniające nawet czynności fizjologiczne przez wiele godzin (na oddziałach covidowych), mieszkanie z bliskimi osobami, które również były w trudnej sytuacji życiowej. W tym miejscu warto podkreślić, że także choroby somatyczne, które występują u pracowników medycznych (zwłaszcza ze starszych grup wiekowych), mogą w istotny sposób wpływać na wystąpienie objawów lękowych.

### Subiektywne problemy ze snem

W silnym stresie psychospołecznym w mechanizmie dysregulacji rytmów okołodobowych pod wpływem osi stresu dochodzi do zaburzeń snu. W badaniach ankietowych z udziałem pracowników ochrony zdrowia w pierwszym etapie pandemii zaburzenia takie stwierdzono u 34,0% [25], 36,1% [26], 38,4% [29] oraz 64% respondentów (łagodne – 34,4%, umiarkowane – 22,4%, ciężkie – 6,2%) [32]. W badanej populacji problemy z zasypianiem relacjonowało 20,5% osób, sen był fragmentaryczny u prawie 28,0%, a 32,3% badanych wybudzało się przedwcześnie (bez możliwości zaśnięcia). Ta ostatnia cecha w praktyce klinicznej jest spotykana często w sytuacji stresu psychospołecznego u osób doświadczających poważnych trudności życiowych.

Koszmary na temat pandemii COVID-19 (jeden z objawów wymienianych w zespolu stresu pourazowego) występowały w pierwszych tygodniach pandemii aż u 16,3% badanych. Nagły i krótkotrwały stres to niejedyny powód zaburzeń snu, bywają one objawami zaburzeń depresyjnych, a podczas pandemii COVID-19 większość badaczy podkreśla silną korelację poziomu przeżywanego stresu, nasilenia objawów depresji i zaburzeń snu, tłumacząc te zjawiska ich wspólnym patomechanizmem, tj. nadmierną stymulacją osi stresu. Wiadomo przecież, że gdy jest ona długotrwale stymulowana negatywnymi bodźcami psychospołecznymi (jak w pandemii COVID-19) i łączy się z przeciążeniami fizycznymi, z dużym prawdopodobieństwem będzie dochodziło do jej dysregulacji, z niekiedy bardzo poważnymi skutkami dla zdrowia psychicznego i fizycznego [22].

### Zmiana systemu wartości, ocena sytuacji zawodowej i materialnej

W trakcie przeżywania sytuacji zagrażających zdrowiu, życiu lub dotychczasowej wolności wyboru (np. nagła informacja o zagrożeniu poważną chorobą lub poważna choroba własna lub członka rodziny, udział w wypadku, ograniczenie możliwości przemieszczania się z różnych powodów) u człowieka może dochodzić i niejednokrotnie dochodzi do zmiany systemu wartości. Respondentów zapytano, czy pandemia może wpłynąć na zmianę ich systemu wartości. Aż 39,5% z nich odpowiedziało twierdząco, co świadczy o sile zbiorowego zjawiska psychospołecznego, jakim był wybuch pandemii COVID-19. Obawy dotyczące pogorszenia sytuacji zawodowej i/lub materialnej w związku z pandemią wyrażało 64,9% badanych pracowników. Nie znaleziono w li-

teraturze przedmiotu badań skoncentrowanych na opisanych powyżej zagadnieniach w grupie zawodów medycznych, choć jeśli chodzi o tę drugą kwestię, to już pierwsze dni zagrożenia zakażeniem SARS-CoV-2 w Polsce pokazały, jak dużej zmiany w codziennej aktywności zawodowej będzie wymagał nadchodzący czas. U części osób mogło to prowadzić do uzasadnionych obaw.

Wyniki badań i oceny ekspertów wskazują, że pracownicy zatrudnieni w ochronie zdrowia z wysokim (nawet krótkotrwałym) poziomem stresu, lęku i objawów depresyjnych są narażeni na długotrwałe zaburzenia psychiczne i wypalenie zawodowe. Potencjalny i obserwowany wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne pracowników ochrony zdrowia (rozumiany lepiej dzięki wynikom badań) powinien mobilizować do systematycznego edukowania i informowania o możliwościach profesjonalnego wsparcia. Takie podejście wynika z zaleceń specjalistów z obszaru zdrowia psychicznego stworzonych na początku rozprzestrzeniania się zakażeń SARS-CoV-2 w świecie. W ciągu kolejnych miesięcy pandemii to podejście sprawdza się w podejmowanych inicjatywach wsparcia zawodów medycznych [25, 33–36].

### Wnioski

Wyniki uzyskane metodą ankiety online mogą świadczyć o wystąpieniu zmian w samopoczuciu badanej populacji pracowników ochrony zdrowia w czasie pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce. W badanej grupie odnotowano subiektywne wysokie poziomy stresu, obniżony/zmienny nastrój oraz napęd. Część badanych relacjonowała problemy dotyczące różnych aspektów snu oraz ataki lęku. Duża grupa badanych obawiała się o swoją przyszłość oraz wierzyła, że pandemia COVID-19 może nawet zmienić ich obecny system wartości. Niektórzy badani doświadczyli subiektywnych trudności, o natężeniu nawet najpoważniejszym w ich dotychczasowym życiu.

Uzyskane wyniki mogą przyczynić się do zwrócenia jeszcze większej uwagi specjalistów i zarządzających ochroną zdrowia na problematyczne aspekty zdrowia psychicznego pracowników sektora opieki zdrowotnej. Wgląd w emocjonalną i poznawczą reakcję na wybuch pandemii COVID-19 może stanowić wstęp do długoterminowych badań, które powinny pozwolić na opracowanie opartych na wiedzy oddziaływań profilaktycznych lub terapeutycznych w czasie pandemii i po pandemii.

### Ograniczenia pracy

Praca ma kilka ograniczeń. Restrykcyjna anonimowa forma zbierania danych online spowodowała brak możliwości weryfikacji, kto wypełnił ankietę (m.in. brak precyzyjnego określenia miejsca pracy czy doświadczenia zawodowego). Nie zastosowano wystandaryzowanych skal. Pozostałe ograniczenia pracy to rozkład i heterogeniczność grupy badanej (pod względem zawodów, przewaga kobiet). Przeprowadzona analiza ma charakter opisowy, a statystyczne opracowanie (odsetki) nie pozwala na pogłębioną ocenę związków między poruszonymi zjawiskami.

### Piśmiennictwo

1. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, Bruce H i wsp. *First case of 2019 novel coronavirus in the United States*. N. Engl. J. Med. 2020; 382(10): 929–936. doi:10.1056/NEJMoa2001191.
2. World Health Organization. *Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19)*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> (updated 31 July 2020 ) (dostęp: 30.03.2021).
3. Filgueiras A, Stults-Kolehmainen M. *The relationship between behavioural and psychosocial factors among Brazilians in quarantine due to COVID-19*, 14.04.2020.. [preprint]. doi:10.2139/ssrn.3566245. [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3566245](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3566245) (dostęp: 30.03.2021).
4. Rubin GJ, Wessely S. *The psychological effects of quarantining a city*. BMJ 2020; 368: m313. doi:10.1136/bmj.m313.
5. Hossain M, Sultana A, Purohit N. *Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence*. Epidemiol. Health 2020; 42: e2020038. doi: 10.4178/epih.e2020038.
6. Brooke J, Jackson D. *Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism*. J. Clin. Nurs. 2020; 29(13–14): 2044–2046. doi: 10.1111/jocn.15274.
7. Usher K, Bhullar N, Jackson D. *Life in the pandemic: Social isolation and mental health*. J. Clin. Nurs. 2020; 29(15–16): 2756–2757. doi: 10.1111/jocn.15290.
8. Hawryluck L, Gold WL, Robinson S, Pogorski S, Galea S, Styra R. *SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada*. Emerg. Infect. Dis. 2004; 10(7): 1206–1212. doi: 10.3201/eid1007.030703.
9. Valtorta N, Hanratty B. *Loneliness, isolation and the health of older adults: Do we need a new research agenda?* J. R. Soc. Med. 2012; 105(12): 518–522. doi: 10.1258/jrsm.2012.120128.
10. Tanskanen J, Anttila T. *A prospective study of social isolation, loneliness, and mortality in Finland*. Am. J. Public Health 2016; 106(11): 2042–2048. doi: 10.2105/AJPH.2016.303431.
11. Wilder-Smith RE, Freedman D. *Isolation, quarantine, social distancing and community containment: Pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak*. J. Travel Med. 2020; 27: taaa020. doi: 10.1093/jtm/taaa020.
12. World Health Organization. *Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19): Interim guidance*, 19 March 2020 (WHO/2019-nCoV/IHR\_Quarantine/2020.2). Geneva: World Health Organization, 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331497> (dostęp: 30.03.2021).
13. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. [*Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19*]. Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi. 2020; 38(3): 192–195. doi: 10.3760/cma.j.cn121094-20200219-00063.
14. Tsamakidis K, Rizos E, Manolis AJ, Chaidou S, Kypmpouropoulos S, Spartalis E i wsp. *COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals*. Exp. Ther. Med. 2020; 19(6): 3451–3453. doi: 10.3892/etm.2020.8646.
15. Liu Q, Luo D, Haase JE, Guo Q, Wang XQ, Liu S i wsp. *The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: A qualitative study*. Lancet Glob Health 2020; 8(6): e790–e798. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30204-7.
16. Heitzman J. *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*. Psychiatr. Pol. 2020; 54(2): 187–198. doi: 10.12740/PP/120373.

17. World Health Organization. *COVID 19 Public Health Emergency of International Concern (PHEIC) Global Research and Innovation Forum: Towards a Research Roadmap*. World Health Organization. R&D Blue Print, s. 1–7. [https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-\(pheic\)-global-research-and-innovation-forum](https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-public-health-emergency-of-international-concern-(pheic)-global-research-and-innovation-forum) (dostęp: 30.03.2021).
18. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. *The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China*. Med. Sci. Monit. 2020; 26: e923549. doi: 10.12659/MSM.923549.
19. Lancee WJ, Maunder RG, Goldbloom DS, Study CftIoS. *Prevalence of psychiatric disorders among Toronto hospital workers one to two years after the SARS outbreak*. Psychiatr. Serv. 2008; 59(1): 91–95. doi: 10.1176/ps.2008.59.1.91.
20. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S i wsp. *Long-term psychological and occupational effects of providing hospital healthcare during SARS outbreak*. Emerg. Infect. Dis. 2006; 12(12): 1924–1932. doi: 10.3201/eid1212.060584.
21. Park JS, Lee EH, Park NR, Choi YH. *Mental health of nurses working at a government-designated hospital during a MERS-CoV outbreak: A cross-sectional study*. Arch. Psychiatr. Nurs. 2018; 32(1): 2–6. doi: 10.1016/j.apnu.2017.09.006.
22. Muller AE, Hafstad EV, Himmels JPW, Smedslund G, Flottorp S, Stensland S i wsp. *The mental health impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers, and interventions to help them: A rapid systematic review*. Psychiatry Res. 2020; 293: 113441. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113441.
23. Maciaszek J, Ciulkowicz M, Misiak B, Szczesniak D, Luc D 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): 2527. doi:10.3390/jcm9082527
24. Najder A, Potocka A. *Psychospoleczne zagrożenia i ich związek ze zdrowiem oraz funkcjonowaniem zawodowym pracowników ochrony zdrowia*. Pielęg. Pol. 2015; (3): 313–320.
25. Komor K, Gorgoń-Komor A, Szafranek A, Lekston A. *Czy lekarze żyją krócej?* Lek. Wojsk. 2014; 92(3): 313–317.
26. Czabak-Garbacz R, Stasiuk W, Zakrocka IN, Cygan B, Furtak I. *Stres zawodowy w pracy lekarzy w szpitalu i w przychodni*. Zdr. Publ. 2012; 122(3): 298–301.
27. Gambin M, Sękowski M, Woźniak-Prus M, Pisula E, Hansen K i wsp. *Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19. Raport z badań podłużnych*. Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego; 2021.
28. Li G, Miao J, Wang H, Xu S, Sun W, Fan Y i wsp. *Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: A cross-sectional study*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2020; 91(8): 895–897. doi: 10.1136/jnnp-2020-323134.
29. Chatterjee SS, Bhattacharyya R, Bhattacharyya S, Gupta S, Das S, Banerjee BB. *Attitude, practice, behavior, and mental health impact of COVID-19 on doctors*. Indian J. Psychiatry 2020; 62(3): 257–265.
30. 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.
31. Zhang C, Yang L, Liu S, Ma S, Wang Y, Cai Z i wsp. *Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak*. Front. Psychiatry 2020; 11: 306. doi: 10.3389/fpsy.2020.00306.
32. Du J, Dong L, Wang T, Yuan C, Fu R, Zhang L i wsp. *Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan*. Gen. Hosp. Psychiatry 2020; 67: 144–145. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.03.011.

33. Sunjaya DK, Herawati DMD, Siregar AYM. *Depressive, anxiety, and burnout symptoms on health care personnel at a month after COVID-19 outbreak in Indonesia*. BMC Public Health 2021; 21(1): 227. doi: 10.1186/s12889-021-10299-6.
34. 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.
35. Chen Y, Zhou H, Zhou Y, Zhou F. *Prevalence of self-reported depression and anxiety among pediatric medical staff members during the COVID-19 outbreak in Guiyang, China*. Psychiatry Res. 2020; 288: 113005. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113005.
36. Chung JPY, Yeung WS. *Staff mental health self-assessment during the COVID-19 outbreak*. East Asian Arch. Psychiatry 2020; 30(1): 34. doi: 10.12809/eaap2014.
37. 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.
38. Albott CS, Wozniak JR, McGlinch BP, Wall MH, Gold BS, Vinogradov S. *Battle buddies: Rapid deployment of a psychological resilience intervention for health care workers during the COVID-19 pandemic*. Anesth. Analg. 2020; 131(1): 43–54. doi: 10.1213/ANE.0000000000004912.
39. Morganstein JC. *Coronavirus and mental health: Taking care of ourselves during infectious disease outbreaks*. American Psychiatric Association, Blog; 2020. [https://www.adamedicalsociety.org/resources/Documents/Coronavirus%20and%20Mental%20Health\\_%20Taking%20Care%20of%20Ourselves%20During%20Infectious%20Disease%20Outbreaks.pdf](https://www.adamedicalsociety.org/resources/Documents/Coronavirus%20and%20Mental%20Health_%20Taking%20Care%20of%20Ourselves%20During%20Infectious%20Disease%20Outbreaks.pdf) (dostęp: 20.03.2021).
40. Sokół-Szawłowska M. *Mental health impact of quarantine during the COVID-19 pandemic*. Psychiatria 2021; 18(1): 57–62. doi: 10.5603/PSYCH.a2020.0046
41. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L i wsp. *Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak*. Lancet Psychiatry 2020; 7(4): e15–e16. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30078-X.

Adres: Marlena Sokół-Szawłowska  
msokol@ipin.edu.pl

Otrzymano: 8.06.2021

Zrecenzowano: 7.07.2021

Otrzymano po poprawie: 22.07.2021

Przyjęto do druku: 21.11.2021

## **ANONIMOWA ANKIETA SAMOPOCZUCIA W CZASIE PANDEMII DLA RÓŻNYCH GRUP ZAWODOWYCH Z OBSZARU OCHRONY ZDROWIA**

1. **Płeć**
  - kobieta
  - mężczyzna
2. **Pani/Pana wiek:**
  - 18–29
  - 30–39
  - 40–49
  - 50–59
  - 60–69
  - powyżej 70
3. **Pani/Pana miejsce zamieszkania:**
  - miasto powyżej 300 tys.
  - miasto 100–300 tys.
  - miasto 20–100 tys.
  - miasto 5–20 tys.
  - wieś
4. **Czy w Pani/Pana gospodarstwie domowym są inne osoby?**
  - mieszkam z rodziną
  - mieszkam z osobami spoza rodziny
  - mieszkam samodzielnie
5. **Czy rozpoznano u Pani/Pana choroby przewlekłe (predysponujące do cięższego przebiegu COVID-19 w przypadku zakażenia SARS-CoV-2)?**
  - nie
  - tak, 1 chorobę
  - tak, więcej niż 1 chorobę
6. **Pani/Pana zawód wykonywany w obszarze opieki zdrowotnej to:**
  - lekarz psychiatra
  - pielęgniarka
  - lekarz, specjalizacja niezabiegowa inna niż psychiatria
  - farmaceuta
  - lekarz stomatolog
  - fizjoterapeuta
  - lekarz, specjalizacja zabiegowa
  - ratownik medyczny
  - diagnosta laboratoryjny
  - technik RTG
  - psycholog/psychoterapeuta
  - inny, z bezpośrednim kontaktem/pomocą pacjentom (m.in. asystent osoby niepełnosprawnej, starszej, terapeuta zajęciowy)

- 
7. **Czy Pani/Pana ogólne samopoczucie zmieniło się w dniach kwarantanny? Jeśli tak, to w jakim stopniu?**
    - nie
    - tak, minimalnie
    - tak, średnio
    - tak, silnie
    - tak, najbardziej w dotychczasowym życiu
  8. **Jak Pani/Pan ocenia poziom swojego stresu w dniach narodowej kwarantanny?**
    - nie stresuję się
    - minimalny
    - średni
    - silny
    - to największy stres w moim dotychczasowym życiu
  9. **Jak Pani/Pan ocenia swój nastrój w czasie pandemii?**
    - dobry i stabilny
    - zmienny
    - obniżony
    - podwyższony
  10. **Jak Pani/Pan ocenia swój poziom energii w czasie pandemii?**
    - dobry i stabilny
    - zmienny
    - obniżony
    - podwyższony
  11. **W czasie pandemii Pani/Pana apetyt:**
    - nie zmienił się
    - zmniejszył się
    - zwiększył się, ale nie zajadam stresu
    - zwiększył się i zajadam stres
  12. **W czasie pandemii Pani/Pana koncentracja uwagi i pamięć:**
    - nie zmieniły się
    - pogorszyły się
    - poprawiły się
  13. **Czy Pani/Pan łatwo zasypia w czasie pandemii?**
    - tak
    - nie
  14. **Czy Pani/Pan wybudza się w nocy w czasie pandemii?**
    - nie
    - tak
  15. **Czy Pani/Pan miewa koszmary o epidemii koronawirusa?**
    - nie
    - tak

16. **Czy Pani/Pan wybudza się przed budzikiem i nie może potem zasnąć w czasie pandemii?**
  - nie
  - tak
17. **Czy w czasie pandemii Pani/Pan odczuwa codzienne napady/ataki lęku (jeden lub więcej)?**
  - nie
  - tak
18. **Rzeczy (indywidualne i subiektywne), które dotychczas sprawiały Pani/Panu radość, nadal cieszą w czasie pandemii?**
  - tak
  - nie
19. **Czy w czasie pandemii Pani/Pan „wybuchą” niepotrzebnie w banalnych/ codziennych sytuacjach?**
  - nie
  - tak
20. **Natężenie Pani/Pana myśli pesymistycznych/rezygnacyjnych jest:**
  - nie mam takich myśli
  - minimalne
  - średnie
  - silne
  - największe w moim dotychczasowym życiu
21. **Czy martwi Panią/Pana potencjalne pogorszenie sytuacji zawodowej i/lub finansowej w związku z trwającą pandemią?**
  - nie
  - tak
22. **Czy pod wpływem pandemii Pani/Pana system wartości może się zmienić?**
  - nie
  - tak