

Stany psychiatryczne w praktyce zespołów Państwowego Ratownictwa Medycznego we wschodniej Polsce w dobie pandemii SARS-CoV-2

Psychiatric conditions in the practice of National Emergency Medical Services teams in Eastern Poland during the SARS-CoV-2 pandemic

Łukasz Dudziński¹, Mariusz Panczyk², Marcin Glinka³

¹Akademia Bialska im. Jana Pawła II, Biała Podlaska, Polska

²Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Polska

³Komenda Główna Państwowej Straży Pożarnej, Warszawa

Summary

Aim. To assess the impact of the covid-19 epidemic in the research area (Łuków county) on the number of visits by National Emergency Medical Services teams to patients with mental disorders.

Method. The study included a retrospective analysis of EMS departures from the Łuków county (northern part of the Lublin province) in the two-year period from March 2019 to the end of February 2021 (one year before the epidemic – period I, and the year of the epidemic in Poland – period II). The material consisted of Departure Request Cards and Medical Rescue Cards of EMS.

Results. In the 2-year period there were 862 events that met the criteria for inclusion in the analysis (442 in period I and 420 in period II). In both periods, men were analyzed more often (68.7% Pre-Pan; 71.1% Pan). Interventions were more frequent in cities (60.3% Pre-Pan; 60.7% Pan). The share of alcohol and psychoactive substances as a cause of EMS interventions in psychiatric conditions was higher during the pandemic.

Conclusions. The COVID-19 pandemic did not significantly affect the number of EMS interventions related to mental disorders in the area covered by the analysis, the average duration of EMS interventions to psychiatric conditions slightly increased during the epidemic period. In both analyzed periods, men were significantly more likely to be EMS patients. The age of the patients included in the analysis did not change significantly before and during the pandemic

Słowa kluczowe: pandemia COVID-19, Państwowe Ratownictwo Medyczne, stany psychiatryczne

Key words: COVID-19 pandemic, State Medical Emergency, psychiatric conditions

Wstęp

Pandemia SARS-CoV-2, której pierwszy przypadek potwierdzono w Polsce w marcu 2020 roku, spowodowała wiele zmian w codziennym życiu całego społeczeństwa oraz w funkcjonowaniu instytucji publicznych. Związane z pandemią zmiany dotyczące zakładów pracy, placówek opieki zdrowotnej, a także ograniczenia dotyczące życia prywatnego, ingerencja w gospodarkę, kulturę, sport i życie publiczne wpłynęły negatywnie na nastroje wielu osób [1].

COVID-19 szybko się rozprzestrzenił i wywołał globalne zaniepokojenie. Strach przed infekcją, troska o siebie i swoje rodziny, ryzyko utraty pracy, niższe dochody firm często idące w parze z zaciągniętymi kredytami to przyczyny występowania stresu o charakterze ciągłym przez wiele miesięcy. Są to wystarczające powody do występowania różnorodnych zaburzeń psychicznych lub pogłębienia się już występujących. Taka sytuacja obciąża psychicznie również środowisko medyczne przez intensywność pracy, ryzyko przeniesienia infekcji na swoje rodziny, konieczność stosowania niewygodnych, lecz koniecznych, środków ochrony indywidualnej (ŚOI).

Według danych prezentowanych przez World Health Organization (WHO) 80% osób zakażonych SARS-CoV-2 przechodzi infekcję łagodnie, 15% ma objawy umiarkowane, a około 5% zakażonych przechodzi chorobę ciężko. Grupa, u której rozwinęło się ciężkie zapalenie płuc, wymaga przyjęcia do szpitala, głównie do oddziału intensywnej terapii (OIT). Wielu pacjentów z cięższym przebiegiem choroby zmarło, pozostali po wyzdrowieniu mają liczne powikłania (zaburzenia rytmu serca, zaburzenia neurologiczne, znaczne zmniejszenie wydolności i tolerancji na wysiłek) [2]. Wszechobecne doniesienia medialne na temat dziennej liczby zachorowań i liczby zgonów powodowały pogorszenie stanu zdrowia psychicznego i pogłębienie występujących w społeczeństwie chorób o charakterze psychicznym. Zakłady opieki zdrowotnej skupione na leczeniu pacjentów zakażonych COVID-19 często zmieniały profil swojej działalności, stając się ośrodkami „jednoimiennymi” leczącymi tylko pacjentów z infekcją SARS-CoV-2. To zaś przełożyło się na narastanie problemów z opieką medyczną nad pacjentami z innymi chorobami, również psychicznymi.

Cel

Ocena wpływu epidemii COVID-19 w Polsce na liczbę wyjazdów zespołów Państwowego Ratownictwa Medycznego do pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Autorzy zdefiniowali następujące hipotezy badawcze:

1. Liczba wyjazdów ZRM do stanów psychiatrycznych zwiększyła się w okresie pandemii w stosunku do okresu poprzedzającego pandemię.
2. Czas realizacji zlecenia wyjazdu zwiększył się w okresie trwania pandemii w stosunku do okresu poprzedzającego pandemię.
3. Struktura rozpoznań medycznych ICD-10 różni się w analizowanych okresach.

Material i metody

Badanie obejmowało 2-letnią retrospektywną analizę wyjazdów ZRM powiatu łukowskiego w okresie od marca 2019 do marca 2021 roku. Artykuł opracowany został w maju 2021 roku, bezpośrednio po uzyskaniu pełnych danych za I kwartał 2021 roku.

Autorzy zdecydowali się na analizę danych od marca zamiast od stycznia, ponieważ na początek marca 2020 roku datowany jest pierwszy przypadek zachorowania na COVID-19 w Polsce. Dzięki temu porównano 12 miesięcy działalności PRM w powiecie łukowskim poprzedzających epidemię oraz 12 miesięcy okresu trwania epidemii w Polsce. Dane pochodzą z dokumentacji sporządzonej po interwencji ZRM, tj. kart zlecenia wyjazdu (KZW) oraz kart medycznych czynności ratunkowych (KMCR). Bazę danych przygotowano w Microsoft Excel za pomocą pakietu MS Office 2016 dla Windows 10.

Stacja Ratownictwa Medycznego (SRM) w Łukowie podlega pod Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (SPZOZ) w Łukowie. W dniu 3 lutego 2020 roku uzyskano zgodę dyrektora SP ZOZ w Łukowie na dostęp do dokumentacji medycznej. Dane dotyczące poszkodowanych, składów osobowych ZRM i służb współpracujących nie były dostępne na potrzeby analizy, opisywane przypadki są więc w pełni anonimowe.

Analiza statystyczna

Do scharakteryzowania zmiennych wykorzystano statystyki opisowe. Dla zmiennych interwałowych obliczono średnią (M) i odchylenie standardowe (SD). Dla zmiennych kategoriowych obliczono liczbę (n) i częstość (%). W zależności od rodzaju zmiennej do sprawdzenia hipotez zerowych o braku różnic między porównywanymi grupami (przed COVID-19 vs. COVID-19) zastosowano test chi-kwadrat Pearsona lub test chi-kwadrat najwyższej wiarygodności (zmiennie kategoriowe) oraz test t -Studenta (zmiennie interwałowe).

Jako statystycznie istotne dla wszystkich testowanych hipotez zerowych uznano dwustronną wartość $P < 0,05$. Wszystkie obliczenia statystyczne przeprowadzono z użyciem oprogramowania STATISTICA w wersji 13.3 (TIBCO Software, Palo Alto, Kalifornia, USA).

Charakterystyka obszaru badań

Analizie poddano funkcjonowanie jednostek PRM wzywanych do zaburzeń psychicznych przed epidemią oraz w pierwszym roku trwania epidemii. Na potrzeby analizy zastosowano sformułowania:

- okres I – wszystkie wyjazdy ZRM spełniające kryteria włączenia w roku poprzedzającym epidemię;
- okres II – wszystkie wyjazdy ZRM spełniające kryteria włączenia w pierwszym roku trwania epidemii w Polsce.

Obserwacje ogniskowały się wokół wezwań mających znamiona stanów (zaburzeń) psychicznych i współpracy Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) z innymi służbami, głównie z policją. Populacja zamieszkująca rejon działania SRM Łuków to 106 tys. mieszkańców powiatu. Powierzchnia rejonu wynosi 1394 km². W SRM Łuków funkcjonują 4 ZRM, wszystkie pełnią dyżur całą dobę. Najważniejszym ośrodkiem i skupiskiem ludności jest miasto Łuków z populacją wynoszącą nieco ponad 29 tys. mieszkańców [3]. W Łukowie krzyżują się główne szlaki transportu ludzi i towarów, jak również skupiają się różne urzędy i instytucje poziomu miejskiego, gminnego i powiatowego, dlatego stacjonują tam 2 ZRM. Dwa pozostałe ZRM stacjonują w oddalonych o ponad 25 km od Łukowa największych skupiskach ludności: w Stoczku Łukowskim (ok. 2,5 tys. mieszkańców) i Adamowie (> 5 tys. mieszkańców) [4].

Ewidencja interwencji

Autorzy zwracają uwagę, że interwencje ZRM realizowane w swoim rejonie nie dotyczyły tylko pacjentów zamieszkujących na stałe powiat łukowski. Obejmowały one też osoby mieszkające w innym powiecie, województwie, a także obcokrajowców, do których wezwano ZRM. Miejsce zamieszkania pacjenta nie było przedmiotem analizy. Analizowano wszystkie zdarzenia zewidencjonowane w dokumentacji SRM Łuków, w tym zdarzenia z mieszkańcami spoza powiatu i zlecenia wyjazdu SRM Łuków poza swój rejon.

Kryteria włączenia do analizy

Zdarzenia, które dotyczyły stanów psychiatrycznych, wyselekcjonowano na podstawie:

- (1) przyczyny wezwania (informacji uzyskanej od wzywającego ZRM sugerującej zaburzenia psychiczne). Zwracano uwagę na użyte w wezwaniu określenia potencjalnie właściwe dla zaburzeń psychicznych:
 - „agresywny – leczony psychiatrycznie”,
 - „pobudzony – nie bierze leków”,
 - „myśli samobójcze (S)”,
 - „próba samobójcza”,
 - „depresja”,
 - „nadużycie leków”,
 - „silna reakcja na stres”,
 - „dziwne zachowanie, utrudniony kontakt”;
- (2) kodu ICD-10 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób) wpisanego przez lidera ZRM – lekarza systemu (zespół S), ratownika medycznego, pielęgniarkę/pielęgniara systemu ratownictwa (zespół P). Zwracano uwagę na kody chorób z grupy „F – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania”, np.:
 - F09 nieokreślone zaburzenia psychiczne organiczne lub objawowe,

- F20 schizofrenia,
- F32 epizod depresyjny,

oraz kody choroby z grup „X” i „R” sugerujące zaburzenia psychiczne, np.:

- X70 Zamierzone samouszkodzenie przez powieszenie, zadzierzgnięcie i zadławienie,
- X76 Zamierzone samouszkodzenie przez dym, ogień i płomień,
- X80 Zamierzone samouszkodzenie przez skok z wysokości,
- R96 zgon nagły, przyczyna nieznana – gdy podejrzewano próbę S i nie wpisano rozpoznania ICD-10 z grupy „F” lub „X”, natomiast w obszarze KZW „opis zdarzenia” lub „wywiad medyczny” wspomniano o zamiarach samobójczych [5, 6];

- (3) przekazania pacjenta do placówki medycznej o specjalizacji psychiatrycznej. W rejonie objętych analizą jest oddział psychiatryczny (jeden z oddziałów SP ZOZ Łuków). Inne placówki leczenia zaburzeń psychicznych, do których czas dojazdu ZRM z pacjentem jest najkrótszy, znajdują się w sąsiednich powiatach:
- Radzyń Podlaski – 26 km,
 - Siedlce – 32 km.

W analizie wystąpiły zdarzenia, w których ZRM nie mógł przekazać pacjenta do najbliższych, wymienionych wyżej placówek z powodu braku referencji do leczenia w określonych sytuacjach:

- niepełnoletni pacjent z zaburzeniami psychicznymi,
- pacjent z zaburzeniami psychicznymi z dodatnim wynikiem SARS-CoV-2.

Kryteria wyłączenia z analizy

Wezwania, których przyczyna klasyfikowana była wstępnie jako zaburzenie psychiczne pacjenta, zostały odrzucone po weryfikacji ZRM w miejscu zdarzenia:

- wezwanie do zaburzeń psychicznych – brak pacjenta w miejscu wezwania (ZRM nie może potwierdzić objawów),
- wezwanie do pacjenta w stanie upojenia alkoholowego w domu lub miejscu publicznym niemanifestującego zaburzeń psychicznych (np.: „leży – upojenie alkoholowe”, „po alkoholu leży przy wejściu do sklepu”),
- wezwanie do pacjenta z zespołem zaburzeń abstynencyjnych (ZZA) po ciągu alkoholowym oraz zespołem uzależnienia alkoholowego (ZUA), gdy zespoły te wywołały objawy somatyczne (np. kołatanie serca, bóle w klatce piersiowej, drżenia mięśniowe, wymioty, bóle brzucha),
- wezwania o treści: „pił denaturat, złe samopoczucie” z rozpoznaniem T51, „chyba nie żyje” z rozpoznaniem F10, „bez kontaktu, po alkoholu”, „nieprzytomny, wyczuwalna woń alkoholu”,

- pacjent leczony psychiatrycznie, ale konkretne wezwanie ZRM nastąpiło z przyczyn somatycznych lub urazu niemającego związku z zaburzeniami psychicznymi (np.: „atak kolki nerkowej – pacjent leczony z powodu depresji”, „leczony z powodu schizofrenii, uraz kończyny górnej”),
- zaburzenia zachowania, pobudzenie, nielogiczny kontakt z pacjentem w wyniku hipoglikemii z rozpoznaniem z grupy „E” lub chorób naczyń mózgowych z rozpoznaniem grupy „I” (np. przemijające niedokrwienia naczyń krwionośnych mózgu),
- pacjent oddalił się z miejsca wezwania przed przyjazdem ZRM, wezwanie fałszywe z treścią informującą o zaburzeniach psychicznych,
- przekierowanie ZRM w trakcie dojazdu do zaburzeń psychicznych do innego pilniejszego wezwania o wyższym priorytecie.

Wyniki

Stosując kryteria włączenia i wyłączenia, w analizie uwzględniono 862 wyjazdy ZRM: 442 – okres I, 420 – okres II. SRM Łuków w 2-letnim okresie analizy zrealizowało 14 972 zlecenia wyjazdu ZRM, odpowiednio 7531 – okres I i 7441 – okres II. Wybrane 862 zdarzenia stanowiły 5,75% wszystkich interwencji ZRM, odpowiednio 442 (5,86%) – okres I i 420 (5,64%) – okres II.

W tabeli 1 zaprezentowano ogólną charakterystykę wyjazdów związanych z wezwaniem do stanów psychiatrycznych. W okresie pandemii istotnie częściej były podejmowane interwencje wraz z policją w porównaniu z okresem sprzed pandemii (OR = 1,48; 95% CI: 1,11; 1,96). Dla pozostałych zmiennych nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic.

Tabela 1. Charakterystyka ogólna wyjazdów ZRM do stanów psychiatrycznych

Zmienna		Pre-Pan (N = 431)		Pan (N = 415)		χ^2	p*
		N	%	N	%		
Zespół							
	P1	158	36,7	166	40,0	1,203	0,752
	P2	85	19,7	73	17,6		
	S1	90	20,9	84	20,2		
	S2	98	22,7	92	22,2		
Pora dnia							
	7.00–18.59	253	58,7	255	61,5	0,664	0,415
	19.00–6.59	178	41,3	160	38,6		
Płeć							

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

	Kobiety	135	31,3	120	28,9	0,582	0,446
	Mężczyźni	296	68,7	295	71,1		
Miejsce zdarzenia							
	Wieś	260	60,3	252	60,7	0,014	0,906
	Miasto	171	39,7	163	39,3		
Postępowanie							
	IPP	300	69,6	281	67,7	0,353	0,553
	SOR	131	30,4	134	32,3		
Farmakologia							
	Nie	389	90,3	365	88,0	1,157	0,282
	Tak	42	9,7	50	12,1		
Policja							
	Nie	297	68,9	249	60,0	7,333	0,007
	Tak	134	31,1	166	40,0		
Alkohol							
	Nie	316	73,3	285	68,7	2,216	0,137
	Tak	115	26,7	130	31,3		
Środki psychoaktywne							
	Nie	395	91,7	370	89,2	1,515	0,218
	Tak	36	8,4	45	10,8		

* Test chi-kwadrat, IPP – izba przyjęć psychiatryczna, SOR – szpitalny oddział ratunkowy

W tabeli 2 przedstawiono średni wiek pacjentów poddanych interwencji w okresie przed pandemią i w trakcie pandemii. Wiek pacjentów nie różnił się istotnie statystycznie w okresach I i II.

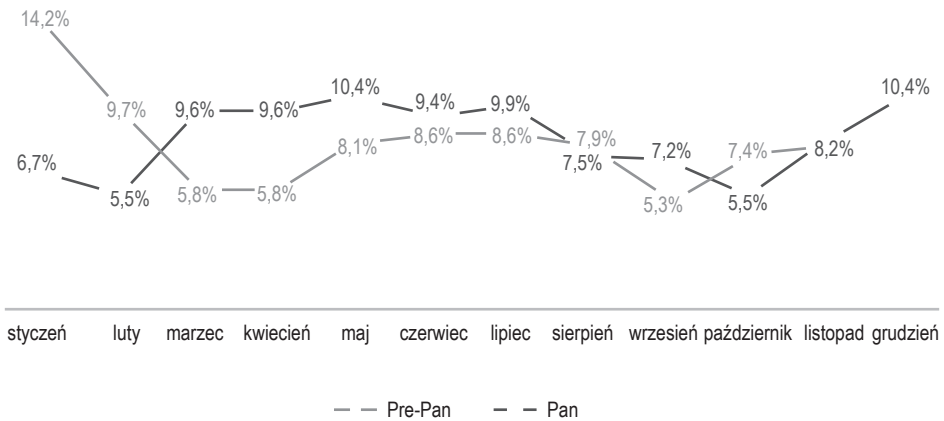
Tabela 2. Wiek pacjentów z wyjazdów włączonych do analizy

	Pre-Pan (N = 431)		Pan (N = 415)		t _{df=844}	P*
	M	SD	M	SD		
Wiek	43,84	17,22	43,95	16,91	-0,093	0,926

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, * test t-Studenta

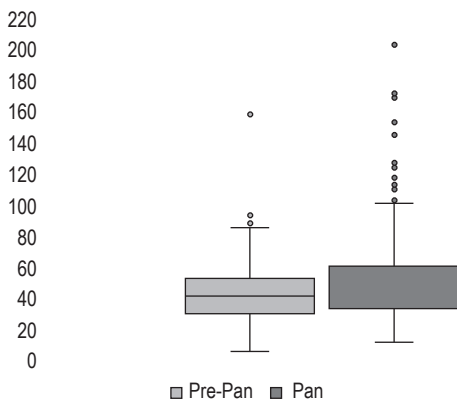
Zamieszczony na rysunku 1 wykres prezentuje procentowy udział interwencji w okresie przed pandemią (Pre-Pan) i w trakcie pandemii (Pan) przypadający na kolejne miesiące roku ($\chi^2 = 28,094$; $P = 0,003$).

Dane przedstawione na rysunku 2 obrazują średni czas interwencji ZRM wzywanych do zdarzeń spełniających kryteria włączenia do badania. Na czas interwencji ZRM



Rysunek 1. Udział interwencji ZRM w poszczególnych miesiącach do stanów psychiatrycznych w I i II okresie analizy

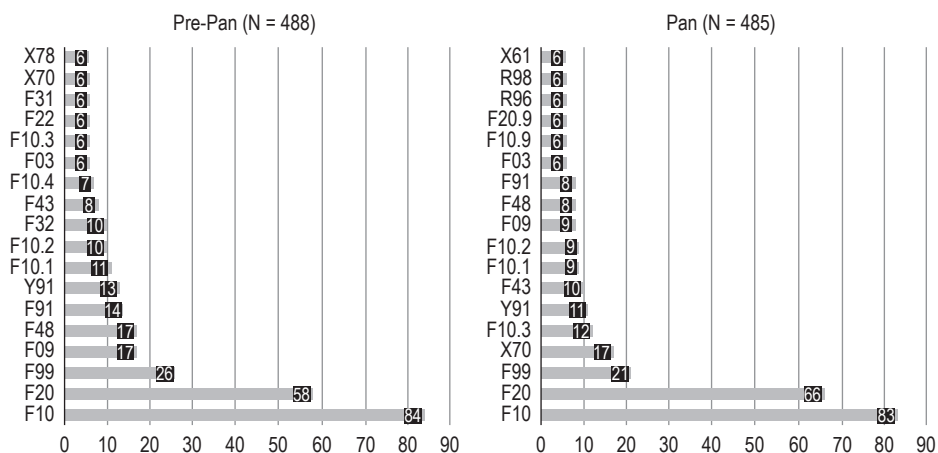
składa się dojazd od otrzymania zgłoszenia oraz czas właściwej interwencji (wywiad, procedury medyczne, decyzja o postępowaniu, czas ewentualnego transportu do placówki medycznej, czas przekazania pacjenta). W obu okresach większość interwencji mieści się w średnim czasie realizacji 40–60 minut.



Rysunek 2. Średni czas realizacji interwencji w okresie przed pandemią i w trakcie pandemii (M: 42,6 vs. 50,2; $t = -4,797$; $P < 0,001$)

Dane zamieszczone na rysunku 3 oraz w tabeli 3 prezentują najczęściej stosowane rozpoznania medyczne ICD-10 podczas wyjazdów ZRM w okresie I i II, natomiast tabela 4 odnosi się do struktury częstości rozpoznań w badanych grupach. Liczba klasyfikowanych rozpoznań zarówno w okresie I, jak i II jest wyższa niż łączna liczba interwencji ZRM w obu okresach. Liczby N podane na wykresach (rys. 3) nie równają się liczbie zdarzeń, ponieważ niektóre zdarzenia miały wpisane dwa kody ICD-10. Najczęściej stosowane kody ICD-10 w zdarzeniach objętych analizą to:

- F10 – Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu,
- F20 – Schizofrenia paranoidalna,
- F99 – Zaburzenia psychiczne, inaczej nieokreślone.



Rysunek 3. Kategorie rozpoznania według klasyfikacji ICD-10 w okresie przed pandemią i w trakcie pandemii (dane dla N > 5)

Tabela 3. Analiza struktury częstości rozpoznania ICD-10 w badanych grupach

ICD-10	Pre-Pan (N = 489)		Pan (N = 485)		$\chi^2_{df=27}$	P-value*
	N	%	N	%		
F10	84	17,18	83	17,11	41,626	0,036
F20	58	11,86	66	13,61		
F99	26	5,32	21	4,33		
F09	17	3,48	8	1,65		
F48	17	3,48	8	1,65		
F91	14	2,86	8	1,65		
Y91	13	2,66	11	2,27		
F10.1	11	2,25	9	1,86		
F10.2	10	2,04	9	1,86		
F32	10	2,04	3	0,62		
F43	8	1,64	10	2,06		
F10.4	7	1,43	2	0,41		
F03	6	1,23	6	1,24		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

F10.3	6	1,23	12	2,47	41,626	0,036
F22	6	1,23	2	0,41		
F31	6	1,23	4	0,82		
X70	6	1,23	17	3,51		
X78	6	1,23	2	0,41		
F10.8	5	1,02	4	0,82		
F10.9	5	1,02	6	1,24		
F69	5	1,02	2	0,41		
Z03.2	5	1,02	2	0,41		
R96	3	0,61	6	1,24		
R98	3	0,61	6	1,24		
F20.9	2	0,41	6	1,24		
X61	2	0,41	6	1,24		
F06.3	1	0,20	5	1,03		
Inne	147	30,06	161	33,20		

Przedstawione w tabeli 3 dane prezentują całkowitą liczebność $N = 489$ i $N = 485$, która różni się od liczby przypadków, ponieważ niektórzy pacjenci mieli przydzielone dwa kody ICD-10 w KMCR. Do grupy „Inne” zostały przydzielone kody ICD-10 występujące rzadziej niż 5 razy w obu porównywanych kohortach. Najczęściej występują rozpoznania z grupy „F” stanowiące 80,5% wszystkich rozpoznań w okresie Pre-Pan oraz 77,9% w okresie Pan. W tej grupie rozpoznane zostały choroby psychiczne, stany depresyjne, zaburzenia związane z użyciem alkoholu. Rozpoznania z grupy „R” stanowiły 3,8% Pre-Pan i 5,7% Pan, a związane były głównie ze zgonem pacjenta przed przybyciem ZRM, z zaburzeniami somatycznymi i dolegliwościami bólowymi wpisywanymi w pozycji drugiej jako kod uzupełniający. Rozpoznania z grupy „X” to 4% Pre-Pan oraz 4,51% Pan. Rozpoznania z innych grup stanowiły < 12% w okresie Pre-Pan i Pan.

Liczba zrealizowanych interwencji ZRM spełniających kryteria włączenia do analizy nie jest tożsama z liczbą pacjentów (tab. 1, zmienna „Płeć”). Do części pacjentów ZRM były wzywane kilkakrotnie w okresie objętym analizą – 11 ponownych wezwań do tych samych pacjentów wystąpiło w okresie Pre-Pan, natomiast 5 w okresie Pan. Z 16 ponownych wezwań 13 dotyczyło mężczyzn, w tym 10 dotyczyło pacjentów z rozpoznaniem F20 (schizofrenia paranoidalna), 4 – pacjentów z rozpoznaniem F10 (zaburzenia psychiczne spowodowane użyciem alkoholu), 1 – pacjenta z rozpoznaniem F12 (zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem kanabinoli).

Omówienie wyników

Konsekwencje dla zdrowia psychicznego przedłużającego się stanu pandemii wydają się oczywiste. Izolacja, ograniczenia, wprowadzone i utrzymywane restrykcje, brak konkretnej daty zakończenia obciążeń mogą doprowadzić do znacznych zmian w psychice – od lęków, obniżenia nastroju do depresji i zaostrzenia się wcześniej rozpoznanych chorób psychicznych. Cofając się o prawie 10 lat do epidemii MERS (Middle East Respiratory Syndrome) w latach 2012–2014, choroby wywołanej również koronawirusem, potwierdzono, że rozwój choroby miał wpływ na kondycję zdrowia psychicznego wielu osób na dotkniętych nią terenach. Należy zaznaczyć, że rozwój epidemii MERS nie był tak dynamiczny jak SARS-CoV-2, i choć objął wiele krajów, to nie spowodował tak wielu zakażeń i zgonów [7].

Dynamika wzrostu interwencji ZRM wzywanych do pacjentów psychiatrycznych nie jest tożsama z falami pandemii występującymi w Polsce. Szczyt pierwszej fali zachorowań przypada na wrzesień 2020 roku, natomiast szczyt drugiej fali pandemii przypada na listopad 2020 roku. W okresie od marca 2020 do marca 2021 roku odnotowano w Polsce 1 683 524 przypadki zakażenia SARS-CoV-2 [8]. W analizie własnej na miesiące związane z tzw. kolejnymi falami epidemii przypada nie więcej niż po 10% zdarzeń objętych analizą. Liczba odnotowanych przypadków zaburzeń psychicznych nie zwiększyła się również według analizy z 2020 roku. Nadolny i wsp. [9] na podstawie rozpoznań ICD-10 stwierdzili, że liczba takich przypadków nie wzrosła w porównaniu z latami 2018 i 2019. W badaniu własnym nie występują istotne różnice w strukturze częstości rozpoznań medycznych ICD-10 w 3 najczęściej stosowanych grupach – „F”, „R” i „X”.

Negatywny wpływ pandemii na kondycję psychiczną społeczeństwa polskiego zauważył w 2021 roku Babicki i Mastalerz-Migas [10]. Na podstawie autorskiej ankiety wykazali, że wielu Polaków doświadcza stanów lękowych. W tej grupie statystycznie częściej pojawiają się kobiety. Podobne obserwacje poczynili Izdebski i Mazur [11] w pracy opublikowanej w 2021 roku. Pogorszenie stanu zdrowia psychicznego dotyczyło tam częściej kobiet, a głównym czynnikiem obciążającym była wizja realnego pogorszenia swojej sytuacji zawodowej. W analizie własnej objawy psychiczne w praktyce PRM zarówno podczas pandemii, jak i przed nią częściej manifestowali mężczyźni, natomiast zawód i sytuacja ekonomiczna pacjentów nie były przedmiotem badania.

Podczas epidemii zwiększyła się liczba pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w młodszym wieku. Wynikać to może z tego, że młodsze osoby gorzej znoszą izolację, gdy nie mogą być aktywne pod względem sportowym, towarzyskim. Osoby starsze prawdopodobnie łatwiej adaptują się do obostrzeń, a subiektywne odczuwanie zagrożenia przez starszych jest mniejsze. Pełnoletność jest ważnym czynnikiem przy przyjęciu do szpitala, wymaga wyrażenia zgody na hospitalizację. Manowska i Gałecki [12] omawiają ten ważny aspekt leczenia szpitalnego, gdy przyjęcie małoletniego do szpitala psychiatrycznego wiąże się w praktyce z licznymi wątpliwościami. W analizie własnej wystąpiło 40 interwencji do pacjenta poniżej 18. roku życia, w 7 przypadkach wymagające transportu do odległego ośrodka leczenia nieletnich.

Podczas pandemii proces przyjęcia do szpitala pacjenta z chorobą inną niż COVID-19 często był utrudniony. Dotyczyło to nie tylko zaburzeń psychicznych, ale i przypadków innych chorób. W wielu miejscach oddziały szpitalne o różnych specjalizacjach zostały przeorganizowane na oddziały dla pacjentów z COVID-19. Łuc i wsp. [13] wymieniają liczne konsekwencje pandemii dla osób starszych z otępieniem, z chorobą Alzheimera, często będących pensjonariuszami placówek opieki długoterminowej. Autorzy zwracają uwagę, że osoby z otępieniem zwiększają ryzyko transmisji wirusa, głównie z powodu niedostosowania się do wymogów sanitarno-epidemiologicznych, więc wymagają szczególnej opieki. W placówkach opieki terapia powinna być dostosowana do pacjenta, z uwzględnieniem jego stanu psychicznego oraz istniejących chorób przewlekłych (np. przewlekłej niewydolności serca, chorób metabolicznych) [14].

Stres i ogólny niepokój związany z COVID-19 udzielający się pracownikom służby zdrowia opisują Pearman i wsp. [15]. Według ich ustaleń z 2020 roku personel medyczny był narażony na zwiększone ryzyko wystąpienia szeregu negatywnych skutków w zakresie dobrostanu psychicznego. Negatywny wpływ pandemii na zdrowie psychiczne wśród personelu medycznego obserwowano na całym świecie [16, 17]. W raporcie z 2020 roku dotyczącym województwa wielkopolskiego stwierdzono, że powszechnym doświadczeniem wśród badanych było większe niż zazwyczaj odczuwanie dolegliwości psychosomatycznych będących konsekwencją stresu. Badanie dotyczyło pracowników instytucji pomocy społecznej [20]. Analiza własna nie obejmowała przypadków zaburzeń psychicznych związanych z COVID-19 u osób wykonujących zawód medyczny lub pracujących w jednostkach ochrony zdrowia. Każdy pacjent zakwalifikowany do analizy (interwencja ZRM) był anonimowy (co oznacza brak danych na temat wykształcenia i wykonywanego zawodu).

Heitzman [19] w opracowaniu z 2020 roku wskazuje na grupę osób nieradzących sobie z traumą pandemii COVID-19 i ujawniających później nasilone objawy. Są to osoby bez wsparcia społecznego, dotknięte innymi zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi, wcześniejszymi traumami, bez dostępu do wiarygodnej informacji. Poszczególne grupy osób ujawniają inne potrzeby psychiczne, inne objawy psychicznego dyskomfortu, psychicznego zmęczenia i obciążenia. Autor wymienia tutaj grupę osób powyżej 60. roku życia oraz pensjonariuszy domów opieki jako szczególnie zagrożone. Potwierdza to inne opracowanie z 2020 roku [20], w którym badacze odnoszą się do sytuacji kryzysowych dotyczących zdrowia publicznego, gdy zagrożone jest bezpieczeństwo i dobre samopoczucie zarówno jednostek, jak i całej populacji dotkniętych pandemią COVID-19. Jako przykład grupy szczególnie na nie narażonej wymienia się osoby w podeszłym wieku. W badaniu własnym interwencje u osób powyżej 60. roku życia wystąpiły 78 razy w okresie przed pandemią i 85 razy w okresie pandemii. Przy czym nie wykazano istotnych różnic w porównywanych dwóch okresach: przed pandemią i w trakcie pandemii, w odniesieniu zarówno do kryterium wieku pacjentów, jak i do innych kryteriów (liczba wezwań, przyczyny wezwań).

Na podstawie analizy przyczyn wezwania w okresie II stwierdzono, że osoby chore psychiatrycznie ze względu na zmiany spowodowane zaburzeniem stają się mniej czujne na inne zagrożenia, związane np. ze skutkami epidemii SARS-CoV-2. W wielu

przypadkach dyspozytor medyczny (DM) miał więc problem z zebraniem wywiadu epidemiologicznego. W efekcie w uwagach umieszczał ostrzeżenie dla ZRM: „wywiad covid trudny do zebrania”, „wywiad covid ???”. Podobne spostrzeżenia odnotowano też w innej pracy, pochodzącej z 2020 roku [21]. Osoby podatne na zaburzenia psychiczne są szczególnie narażone na skutki pandemii, trudniej jest im się do nich przystosować, gdyż nie mają pełnej świadomości zagrożenia.

Tappenden Vrach i Tomar [22] wykazali, że przytłaczające poczucie izolacji lub utraty relacji społecznych ma wpływ na pogorszenie funkcji poznawczych, nastroju i wrażliwości na zagrożenie, jakim może być pandemia. Alarmujące stwierdzenie można też znaleźć w raporcie WHO z 2020 roku [23] dotyczącym zdrowia psychicznego: „Stygmatyzacja związana z problemami zdrowia psychicznego może powodować niechęć do szukania pomocy zarówno w przypadku COVID-19, jak i zaburzeń zdrowia psychicznego”.

Interwencje ZRM w analizowanych okresach były częściowo związane z zaburzeniami psychiki prowadzącymi do bezpośredniego zagrożenia życia i utraty życia. W badaniu własnym stwierdzono wzrost tego typu zaburzeń w okresie trwania pandemii (okres II). Świadczą o tym przedstawione w tabeli 4 kody rozpoznań ICD-10 dotyczące prób samobójczych z rozpoznaniem np. X61 (zamierzone nadużycie leków), X70 (zamierzone samouszkodzenie przez powieszenie), X78 (samookaleczenie) i skuteczne samobójstwa. W tej drugiej grupie wpisywano rozpoznania R96, R98 (zgon nagły, nieoczekiwany przed przybyciem ZRM), a w dwóch przypadkach znaleziono w widocznym miejscu list pożegnalny, co mówi o determinacji osób, które odebrały sobie życie.

Wśród najczęściej wpisywanych rozpoznań ICD-10 podczas interwencji ZRM były F10 – związane z nadużyciem alkoholu (w obu porównywanych okresach) oraz F20 – schizofrenia, nasilenie objawów, często spowodowane brakiem dostępu do lekarza w trybie ambulatoryjnym, brakiem właściwej opieki ze strony rodziny bądź nieregularnym braniem przepisanych leków. Częstotliwość wymienionych rozpoznań medycznych nie różni się istotnie przed pandemią i podczas pandemii SARS-CoV-2, co pokazuje, że są to poważne zagrożenia dla zdrowia psychicznego mieszkańców tego regionu Polski, a obciążenia i stres związany z epidemią nie są przyczyną nasilenia się tych problemów.

Wnioski

Pandemia COVID-19 nie wpłynęła w znaczący sposób na liczbę interwencji ZRM związanych z zaburzeniami psychicznymi w rejonie objętym analizą, średni czas realizacji interwencji ZRM do stanów psychiatrycznych tylko nieznacznie zwiększył się w okresie epidemii. W obu badanych okresach mężczyźni istotnie częściej byli pacjentami ZRM. Parametr, jakim był wiek pacjentów objętych analizą, nie zmienił się istotnie przed pandemią i podczas pandemii. Największy udział w obu badanych okresach mają zdarzenia spowodowane nadużyciem alkoholu i zaostrzeniem objawów schizofrenii. Struktura rozpoznań medycznych także się nie różni – dominują rozpoznania z grupy „F” przed grupą „R” oraz „X”. Rozpoznania z innych grup wskazują

na aktualnie występujące dolegliwości i pojawiają się w kartach medycznych jako uzupełnienie choroby wyjściowej. Przy ponownym wezwaniu do tego samego pacjenta stosowano wyłącznie rozpoznania z grupy „F”.

Piśmiennictwo

1. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges*. Int. J. Antimicrob. Agents 2020; 55(3): 105924.
2. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19, 2020. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020> (dostęp: 15.10.2020).
3. GUS:03.2020. *Powierzchnia i demografia powiatu lukowskiego* (dostęp: 10.03.2020).
4. www.polskawliczbach.pl/lukow (dostęp: 10.03.2020).
5. *ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
6. Ustawa z dn. 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz.U. z 2006 r. Nr 191, poz. 1410. (wzór KZW) isap.sejm.gov5.pl.
7. 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.
8. COVID-19-related statistics [in Polish]. Statistics Poland website. <https://stat.gov.pl/covid/> (dostęp: 10.06.2020).
9. Nadolny K, Ładny JR, Zyśko D, Gałązkowski R, Gaśior M, Kraska W. *Interventions of emergency medical teams in Poland during the SARS-CoV-2 pandemic*. Kardiol. Pol. 2021; 79(1): 72–75.
10. Babicki M, Mastalerz-Migas A. *Występowanie zaburzeń lękowych wśród Polaków w dobie pandemii COVID-19*. Psychiatr. Pol. 2021; 55(3): 497–509.
11. Izdebski Z, Mazur J. *Changes in mental well-being of adult Poles in the early period of the Covid-19 pandemic with reference to their occupational activity and remote work*. Int. J. Occup. Med. Environ. Health 2021; 34(2): 251–262.
12. Manowska M, Gałęcki P. *Przyjęcie małoletniego do szpitala psychiatrycznego w myśl polskiego prawa. Część I*. Psychiatr. Pol. 2021; 55(3): 585–598.
13. Łuc M, Szcześniak D, Trypka E. *Pandemia SARS-CoV-2 a populacja osób z otępieniem. Rekomendacje pod patronatem Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*. Psychiatr. Pol. 2020; 54(3): 421–436.
14. COVID-19 Treatment Guidelines Panel. *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines*. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/> (dostęp: 10.06.2021).
15. Pearnan A, MacKenzie L, Smith E, Neupert SD. *Mental health challenges of United States healthcare professionals during COVID-19*. Front. Psychol. 2020; 11: 2065.
16. Klepacka M, Bakalarski P. *Trust of society towards selected medical professions – Doctors, nurses, paramedics*. Critic. Care Innov. 2018; 1(2): 1–10.
17. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. *Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak*. Psychiatr. Serv. 2004; 55(9): 1055–1057.

18. Frąckowiak-Sochańska M, Hermanowski M, Kasprzak T, Kotlarska-Michalska A, Necel R, Zaręba M. *Instytucje pomocy społecznej w czasie pandemii. Raport z badań. Część I*. Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; 2020. https://socjologia.amu.edu.pl/images/pliki/dokumenty/Do_pobrania/Raport_Pomoc_spo%C5%82eczna_w_czasie_pandemii.pdf (dostęp: 5.05.2023).
19. Heitzman J. *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*. Psychiatr. Pol. 2020; 54(2): 187–198.
20. Pfefferbaum B, North C. *Mental Health and the Covid-19 Pandemic*. N. Engl. J. Med. 2020; 383(6): 510–512.
21. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. *Mental health in the COVID-19 pandemic*. QJM 2020. 113(5): 311–312.
22. Tappenden Vrach I, Tomar R. *Mental health impacts of social isolation in older people during COVID pandemic*. Prog. Neurol. Psychiatry 2020; 24(4): 25–29.
23. World Health Organization HQ in Geneva, under the title *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*, 2020. WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1 (dostęp: 5.05.2023).

Adres: Łukasz Dudziński
Akademia Białska im. Jana Pawła II
21-500 Biała Podlaska, ul. Sidorska 95/97
e-mail: lukasz_dudzinski@o2.pl

Otrzymano: 28.08.2021

Zrecenzowano: 8.01.2022

Otrzymano po poprawie: 29.04.2022

Przyjęto do druku: 23.05.2022