

Ogólnopolska e-Konferencja Naukowa

Doświadczenie pandemii COVID-19 w Polsce

16-17 września 2020 r.

Czynniki ryzyka dla zdrowia psychicznego podczas pandemii COVID-19 w populacji Polaków

mgr Karolina Mudło-Gągolska, mgr Pavel Larionov, Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego



Zgodnie z WHO najbardziej znaczącymi skutkami psychologicznymi pandemii COVID-19 są podwyższony poziom stresu i lęku (WHO, 2020). WHO podkreśla, że w najbliższym czasie może być obserwowalny wzrost poziomu samotności, depresji, nadużywania alkoholu i narkotyków oraz samookaleceń lub zachowań samobójczych (WHO, 2020). Izolacja społeczna i kwarantanna powodują pozytywne skutki dla sytuacji epidemiologicznej, jednak negatywne dla zdrowia psychicznego (Brooks, Webster, Smith, et al 2020). Sytuację pogarsza stygmatyzacja społeczna związana z COVID-19 (UNICEF, 2020).

Obecnie nie ma dowodów na to, że druga fala pandemii COVID-19 nie nastąpi jesienią 2020 roku. W sytuacjach niepewności i niestabilności, gdy potrzeby w zakresie bezpieczeństwa są znacznie mniej zaspokojone, identyfikacja czynników ryzyka złego samopoczucia podczas epidemii oraz ustalenie najbardziej narażonych grup społecznych na problemy natury psychicznej są ważnymi obszarami badań w celu opracowania wiarygodnych programów pomocy psychologicznej podczas pandemii COVID-19.

Cel badania

Celem badania jest ocena symptomów PTSD związanych z wybuchem COVID-19, ustalenie poziomu stresu, objawów lękowych i depresyjnych oraz identyfikacja czynników ryzyka złego samopoczucia psychicznego w populacji Polaków. Stanowi ono replikację badania przeprowadzonego w Chinach (Wang i in., 2020).

Material i metody

Uczestnicy i procedura

W badaniu wzięło udział 926 osób spośród których 78,51% stanowiły kobiety. Średni wiek osób badanych to 35,15 lat ($SD = 12,53$).

Badanie zostało przeprowadzone w ciągu 14 dni od 25 marca 2020 do 7 kwietnia 2020 za pomocą platformy Formularze Google.

Narzędzia

Skala Wpływu Zdarzeń (ang. *Impact Event Scale-Revised, IES-R*) opracowana w j. polskim przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik (2009) służy do określenia symptomów PTSD. Skala zawiera trzy podskale: (1) intruzję, która wyraża powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą; (2) pobudzenie, cechujące się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnością w koncentracji uwagi, a także (3) unikanie, objawiające się wysiłkami pozbycia się myśli, emocji lub rozmów związanych z traumą. Osoba badana opisuje swoje reakcje na negatywne wydarzenie życiowe, w przypadku prezentowanego badania jest to pandemia COVID-19.

Na Skalę Depresji, Lęku i Stresu (ang. *Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21*) składają się trzy czynniki: depresji, lęku i stresu. Podskala stresu obejmuje poczucie napięcia, drażliwości oraz podenergowania. Z kolei podskala depresji odnosi się do poczucia utraty własnej wartości, motywacji i zainteresowania. Natomiast podskala lęku stanowi ogólne autonomiczne pobudzenie oraz niepokój.

Analiza statystyczna

Zastosowano regresje liniowe do obliczenia jednowymiarowych związków między danymi socjodemograficznymi, objawami fizycznymi i zaufaniem wobec służby zdrowia, historią kontaktów z obiektami zakażonymi, wiedzą i obawami badanego, podjętymi środkami ostrożności i zapotrzebowaniem na dodatkowe informacje dotyczące COVID-19 a wynikiem IES-S, a także podskalami DASS-21. Zastosowano testy dwustronne z poziomem istotności $p < 0,05$. Analizę statystyczną przeprowadzono w programie Statistica 13.3.

Wyniki

Statystyki opisowe. Spośród respondentów największy procent (44,06%) stanowiły osoby wykazujące silny poziom poczucia dyskomfortu. Normalny jego poziom obserwował się u 36,61% badanej próby, u 13,17% – łagodny oraz umiarkowany u 6,16% badanych. Średnia suma wyników w podskalach depresji, lęku i stresu wyniosła 35,89 ($SD=33,74$). Spośród badanych 52,38% wykazało normalne nasilenie objawów depresyjnych, 15,98% – umiarkowane oraz 10,37% łagodne. Bardzo silny poziom objawów depresyjnych dotyczył 14,25% badanych, z kolei silny – 7,02%. W podskali lęku w DASS-21 normalny jego poziom wykazało 56,05% badanych, bardzo silny – 20,62%, 12,20% – umiarkowany, 6,26% – silny, 4,86% – łagodny. Spośród badanych 56,48% wykazało normalne nasilenie stresu, umiarkowane – 12,85%, silne – 11,66%, bardzo silne – 9,61%, łagodne – 9,40%.

Charakterystyka socjodemograficzna. Płeć męska była istotnie związana z niższymi wynikami w skali IES-R oraz podskali stresu i depresji skali DASS-21. Wiek w granicach 18–20 lat wiązał się z niższym wynikiem w skali IES-R. Posiadanie dziecka oraz gospodarstwo domowe składające się z co najmniej dwóch osób były związane z wyższym wynikiem w skali IES-R. Stan wolny wiązał się istotnie z niższym wynikiem w skali IES-R, natomiast wyższym – objawów lękowych i depresyjnych w skali DASS-21. Stan związku nieformalnego także był związany z wyższym wynikiem objawów lękowych i depresyjnych. Natomiast status związku małżeńskiego był związany z wyższym wynikiem w podskali depresji w DASS-21.

Symptomy COVID-19. Wystąpienie dreszczy, bólu głowy, mięśni, kaszlu, trudności w oddychaniu, zawrotów głowy, kataru oraz bólu gardła były związane z wyższym wynikiem IES-R.

Zdrowie. Odbycie wizyty lekarskiej w przychodni oraz przebywanie na kwarantannie okazały się związane z wyższym wynikiem IES-R. Oceny zdrowia jako słabe lub bardzo słabe oraz przeciętne także były związane z wyższym wynikiem tej skali. Choroby przewlekłe były związane z wyższym wynikiem skali IES-R.

Kontakt z osobami i materiałami zakażonymi. Kontakt z osobą z podejrzeniem COVID-19 lub zainfekowanymi obiektami był związany z niższym wynikiem depresji.

Wiedza na temat COVID-19. U osób, które twierdziły, że kontakt z zakażonymi przedmiotami nie stanowi potencjalnej drogi transmisji COVID-19 notowało się niższy wynik IES-R oraz podskali lęku DASS-21 w porównaniu z grupą, która wskazała, że nie wie czy kontakt ten to jedna z dróg transmisji wirusa. Podobny wynik odnotowano w odniesieniu do pytania o to, czy powietrze jest drogą transmisji. Wiedza na temat wzrostu liczby zakażonych i liczby zgonów była związana z wyższym wynikiem skali IES-R. Natomiast wiedza dotycząca liczby osób, które wyzdrowiały nie była związana ani z wynikiem IES-R, ani podskalami DASS-21. U osób czerpiących informacje z telewizji odnotowano wyższy wynik IES-R.

Obawy dotyczące COVID-19. Odnotowano istotny związek pomiędzy ograniczonym zaufaniem do lekarza w kontekście diagnozowania i leczenia COVID-19 a wynikiem skali IES-R. Osoby przekonane, że zachorowanie na COVID-19 jest bardzo prawdopodobne osiągały wyższe wyniki. Postrzeganie tego jako niezbyt prawdopodobne było istotnie związane z niższymi wynikami. Przekonanie o wysokim prawdopodobieństwie przeżycia w przypadku zakażenia COVID-19 było związane z niższym wynikiem IES-R, z kolei przekonanie, że jest to niezbyt prawdopodobne wiązało się z wyższym wynikiem w porównaniu do grupy referencyjnej. Silne obawy o zachorowanie przez bliskie osoby wiązały się z wyższym wynikiem skali IES-R. Silne obawy o zachorowanie przez dziecko poniżej 16. roku życia było związane z wyższym wynikiem IES-R w porównaniu z grupą, która wskazała, że nie ma dzieci poniżej 16. roku życia. Mniejsze obawy lub ich brak były związane z istotnie niższym wynikiem IES-R.

Środki ostrożności. Zarówno częste – zawsze i zazwyczaj, jak i sporadyczne unikanie dzielenia się naczyniami oraz noszenie maski sprzyjały wyższemu wynikowi IES-R. W przypadku noszenia maski zawsze lub sporadycznie odnotowano niższy wynik lęku. Częste – zawsze i zazwyczaj, mycie rąk po kichaniu, kaszlu, pocieraniu nosa także było związane z wyższym wynikiem IES-R. Mycie rąk po dotknięciu zanieczyszczonych przedmiotów zarówno zawsze, jak i zazwyczaj, czasami i sporadycznie sprzyjało niższemu wynikowi podskali depresji skali DASS-21 w porównaniu do grupy referencyjnej – grupy, która nigdy tego nie robiła. Przebywanie w domu od 0 do 9 godzin ze względu na COVID-19 było związane z niższym wynikiem IES-R oraz godziny w granicach 10–19 były związane z niższym wynikiem podskali lęku DASS-21.

Zapotrzebowanie na dodatkowe informacje na temat COVID-19. Zapotrzebowanie na dodatkowe informacje dotyczące COVID-19 było związane z wyższym wynikiem IES-R.

Dyskusja i wnioski

- Respondenci z Polski charakteryzowali się znacznie większym średnim nasileniem depresji, lęku i stresu oraz nieco wyższym wynikiem symptomów PTSD związanych z wybuchem COVID-19 w porównaniu z Chińczykami (Wang, 2020). Prawdopodobnie te wyniki można wyjaśnić wcześniejszym doświadczeniem Chińczyków podczas epidemii SARS-CoV z 2003 roku.
- Prawie co drugi respondent z Polski charakteryzował się silnymi symptomami PTSD spowodowanymi pandemią COVID-19. Prawie 20% respondentów z Polski charakteryzowało się silnym lub bardzo silnym poziomem stresu, objawów lękowych lub depresyjnych. Co siódmy respondent deklarował bardzo silny poziom objawów depresyjnych.
- Kobiety, rodziny z gospodarstwem domowym składającym się z co najmniej dwóch osób, osoby mające status rodzica, osoby bezrobotne oraz osoby ze słabym zdrowiem i chorobami przewlekłymi podczas pandemii doświadczyły więcej problemów psychoemocjonalnych.
- Wystąpienie niektórych symptomów fizycznych bezpośrednio związanych z chorobą COVID-19 oraz przebywanie na kwarantannie wiązało się z większym nasileniem symptomów PTSD. Zapotrzebowanie na dodatkowe informacje na temat COVID-19, zastosowanie środków zapobiegawczych oraz większe obawy były istotnie związane z większym nasileniem symptomów PTSD.
- W celu rozstrzygnięcia pytania dotyczącego pomocy psychologicznej ważne jest prowadzenie badań, które pozwolą na odkrycie dynamicznego znaczenia objawów psychicznych, co umożliwi wyróżnienie treści problemowych zagadnień życia psychicznego podczas pandemii COVID-19 w różnorodnych grupach społecznych, zwłaszcza w wyróżnionych w niniejszym badaniu grupach ryzyka.

Piśmiennictwo

1. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020;395(10227):912-920. doi:10.1016/S0140-6736(20)30460-8

2. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. [Measurement of post-traumatic stress disorder – Polish version of Impact Event Scale-Revised]. *Psychiatria*. 2009;6(1):15-25.

3. UNICEF. Social stigma associated with the coronavirus disease (COVID-19). <https://www.unicef.org/documents/social-stigma-associated-coronavirus-disease-covid-19>. Published February 24, 2020. Accessed May 18, 2020.

4. Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(5):1729. doi:10.3390/ijerph17051729

5. WHO. Mental health and COVID-19. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/technical-guidance/mental-health-and-covid-19>. Published 2020. Accessed May 18, 2020.