

POZIOM OBJAWÓW LĘKU ORAZ DEPRESJI W TRAKCIE IZOLACJI ZWIĄZANEJ Z PANDEMIA „KORONAWIRUSA” – WIRUSA SARS-CoV-2 W OKREŚLONYCH GRUPACH SPOŁECZNYCH*

Natalia Budzyńska¹, Joanna Moryś²

THE LEVEL OF ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS
DURING ISOLATION RELATED TO THE „CORONAVIRUS” PANDEMIC
– SARS-CoV-2 VIRUS IN SPECIFIC SOCIAL GROUPS

Summary. The SARS-CoV-2 pandemic has significant consequences in many areas of life, undoubtedly also affecting mental health. The study was conducted in the period of the most restrictive limitations on social functioning, as a consequence of the SARS-CoV-2 pandemic. 423 people took part in the survey by electronic means. In order to check the level of anxiety and depression symptoms in the period of social isolation, the Hospital Scale of Anxiety and Depression – HADS was used. The conducted analyzes show the prevalence of anxiety symptoms during social isolation in the studied group. Age was an important variable related to the level of HADS scores, therefore the highest results were observed among pupils and students. Moreover, high scores on both the anxiety and depression scale were also observed among people with the lowest education, in the group of people whose work was suspended at that time, and among respondents who left home less often and among women.

Key words: anxiety, depression, social isolation, coronavirus, SARS-CoV-2

* Projekt uzyskał pozytywną opinię Niezależnej Komisji Bioetycznej do spraw Badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym, uchwała NKBBN/229/2020 z dnia 4.05.2020 roku.

¹ Zakład Psychologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny (Department of Clinical Psychology, Faculty of Health Sciences, Medical University of Gdansk), ORCID: 0000-0002-4528-6888.

² Zakład Psychologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Gdański Uniwersytet Medyczny (Department of Clinical Psychology, Faculty of Health Sciences, Medical University of Gdansk), ORCID: 0000-0001-9054-4383.

Adres do korespondencji: Natalia Budzyńska,
e-mail: natalia.budzynska@gumed.edu.pl

Wprowadzenie

W sytuacji niebezpieczeństwa strach doświadczany jest na różnych wymiarach. Wyróżnia się cztery aspekty strachu. Strach doświadczany jest na poziomie poznawczym, poprzez rozpoznanie sygnałów zbliżającego się zagrożenia zdrowia bądź życia. Na poziomie somatycznym, kiedy następuje aktywacja części współczulnej układu autonomicznego. Następnie na poziomie emocjonalnym, podczas pojawienia się emocji, którym mogą towarzyszyć reakcje somatyczne, oraz na poziomie behawioralnym, kiedy pojawiają się reakcje mimowolne, wynikające z warunkowania klasycznego „oraz reakcje sprawcze, wynikające ze świadomych, zamierzonych prób poradzenia sobie z bodźcami zagrażającymi” (Cierpiałkowska, 2005, s. 53). Niektóre reakcje na strach człowiek nabywa wraz z doświadczeniem, a inne są wrodzone. Strach może powodować działania skierowane na jak najszybsze usunięcie się z pola działania zagrożenia, czyli ucieczkę, wówczas mamy do czynienia ze strachem czynnym. Może również pojawić się strach bierny, paraliżujący aktywność ruchową, a więc blokujący działania ratunkowe w sytuacjach zagrożenia (Sadowski, 2005). Odczuwany lęk doświadczany jest na tych samych wymiarach co strach, jednakże z pominięciem aspektu poznawczego. W lęku brakuje bodźca, bezpośrednio zagrażającego bezpieczeństwu jednostki, bądź lęk ten wywołany działaniem bodźca jest nieproporcjonalny do jego realnego zagrożenia (Cierpiałkowska, 2005). Lęk ma również ogromne znaczenie adaptacyjne, ponieważ często dotyczy on sytuacji mogących stanowić potencjalne zagrożenie i kieruje działaniami zmierzającymi do uniknięcia niebezpieczeństwa, np. poprzez planowanie działań zapobiegawczych (Sadowski, 2005). Objawy lęku oraz ich nasilenie są bardzo zróżnicowane, zalicza się do nich: nasilony lęk, doświadczanie niepokoju przez większą część dnia, poczucie bezradności lub osaczenia, męczliwość, osłabienie koncentracji, trudności w logicznym myśleniu, drażliwość, zaburzenia snu czy napięcie mięśniowe (Cierpiałkowska, 2005). W zaburzeniach lękowych powszechne są także ból w klatce piersiowej, uczucie kołatania serca, zawroty głowy, uczucie duszności, uczucie zdenerwowania, obawy dotyczące zdrowia, strach przed śmiercią, przewidywanie złych wydarzeń. Zaburzenia lękowe mogą, lecz nie muszą być związane z doświadczaniem przewlekłej sytuacji stresowej (ICD-10, 2000). Zagrożeniem, które aktualnie pojawiło się w naszym bezpośrednim otoczeniu, jest epidemia wirusa SARS-CoV-2 oraz konsekwencje, jakie ona za sobą niesie. Koronawirusy znane są już od lat 60. ubiegłego wieku, kiedy to rozpoznano pierwsze dwa koronawirusy wywołujące choroby układu oddechowego u ludzi. Od tamtego czasu liczba zachorowań wzrastała, co również wywoływało zainteresowanie badaczy. Niestety poziom wiedzy na temat koronawirusów nie był zadowalający (Zajac, Zajac, 2018). Dziś znanych jest już siedem koronawirusów, które mogą być zagrożeniem dla ludzi (Synowiec i in., 2021). W 2002 roku rozpoczęła się pierwsza epidemia wywołana przez koronawirusa, a dokładniej przez wirusa SARS-CoV (Zajac, Zajac, 2018). Wówczas w Pekinie szkoły, szpitale, a także granice państwa zamknięto na dwa miesiące, mało znany i niezrozumiały wirus stał się w tym czasie źródłem paniki (Qian i in., 2005). W maju 2004 roku

zakończyła się epidemia wirusa SARS-CoV (Synowiec i in., 2021). Dziesięć lat później w 2012 roku groźne zachorowania wywołał koronawirus MERS-CoV, jednak nie spowodował on wówczas ogólnoświatowej paniki, jak miało to miejsce w 2002 roku (Zajac, Zajac, 2018). Niespełna osiem lat później z końcem 2019 roku wykryto pierwsze przypadki pojawienia się kolejnego patogenu z rodziny koronawirusów – SARS-CoV-2. Tym samym poznano trzeci rodzaj koronawirusa wywołujący u ludzi ciężki ostry zespół oddechowy (Synowiec i in., 2021). Wirus SARS-CoV-2 w bardzo szybkim tempie rozprzestrzenił się po całym świecie, na niespotykaną dotąd skalę. Stanowiło to zagrożenie nie tylko dla zdrowia fizycznego, ale także systemu ochrony zdrowia czy gospodarki na całym świecie, w konsekwencji znacząco wpływając na codzienne funkcjonowanie ludzi oraz na poczucie dobrostanu psychicznego. Kiedy wirus SARS-CoV-2 zaczął się rozprzestrzeniać, wdrożone zostały działania mające na celu ochronę ludności oraz personelu medycznego przed zakażeniem. Wobec dynamicznie rozprzestrzeniającego się wirusa jednym z głównych zadań było spłaszczenie krzywej zachorowań, aby przede wszystkim utrzymać stabilność działania systemu ochrony zdrowia oraz nie dopuścić do jego przeciążenia. Jedną z metod wykorzystywaną w celu spowolnienia wzrostu zachorowań jest izolacja społeczna. Niestety jest to metoda, która jednocześnie ciągnie za sobą bardzo poważne konsekwencje dla samopoczucia oraz zdrowia psychicznego (Bansal i in., 2020).

Wprowadzenie izolacji społecznej dla wielu osób oznaczało konieczność całkowitej zmiany stylu życia oraz sposobu funkcjonowania, często z dnia na dzień. Zmiany w codziennym życiu pojawiły się niespodziewanie. Wiele pracodawców zostało zmuszonych do wstrzymania prac, przez co wiele osób nagle straciło pracę. Przedsiębiorcy stanęli w obliczu walki o przetrwanie i utrzymanie swoich działalności gospodarczych. Jednak pomimo okoliczności, wiele grup zawodowych musiało pracować bez zmian. Pracownicy systemu ochrony zdrowia, służb ratowniczych i mundurowych, pracownicy sklepów spożywczych, kierowcy, kurierzy, dostawcy czy pracownicy wielu firm, które nie mogły przejść na zdalny tryb pracy, musieli się mierzyć ze stresem związanym z przejazdami, wykonywaniem swojej pracy oraz nadal intensywnymi kontaktami społecznymi, a także strachem o zdrowie swoje i swoich bliskich (WHO, 2020). Kiedy wprowadzono tzw. lockdown większość ludzi zostało „zamkniętych” w domach. Nagłe i drastyczne zmiany w codziennym funkcjonowaniu, takie jak izolacja społeczna, ograniczona liczba kontaktów społecznych, doświadczanie przewlekłej sytuacji stresowej, niosą za sobą ogromne konsekwencje w szczególności dla samopoczucia i zdrowia psychicznego (IASC, 2020; Xiao i in., 2020).

Metoda

Osoby badane i przebieg badań

W przeprowadzonym badaniu sprawdzono poziom objawów lęku oraz objawów depresji w obliczu izolacji społecznej związanej z pandemią „koronawirusa”,

jakiej doświadczono podczas największych restrykcji wprowadzonych przez polski rząd, w okresie od marca do maja 2020 roku. Badanie przeprowadzono drogą elektroniczną w grupie 423 osób, w dniach 6–26 maja 2020 roku. Grupę badanych zebrano metodą kuli śnieżnej. Link do kwestionariusza przekazywano za pośrednictwem mediów społecznościowych oraz drogą e-mailową z prośbą o wypełnienie formularza, a także przekazanie informacji o badaniu innym osobom.

Badanie było anonimowe, udział w nim wzięły osoby w wieku od 15. do 75. roku życia, przy czym średnia wieku to 28 lat. W zdecydowanej większości kwestionariusze wypełniały kobiety. Stanowią one 82% ($n = 346$) grupy badanych, mężczyźni jest znacząco mniej 18% ($n = 77$). 39,2% osób badanych to mieszkańcy dużych miast powyżej 200 tys. mieszkańców, 23,6% to mieszkańcy wsi, pozostali badani to mieszkańcy miast i miasteczek poniżej 200 tys. mieszkańców. 59,6% osób w grupie badanych uzyskało wykształcenie wyższe (magisterskie, inżynierskie lub licencjat). 27,20% osób, które wypełniły kwestionariusze, deklaruje obecność zdiagnozowanych wcześniej zaburzeń nastroju, 18,4% zaburzeń lękowych, a 7,6% deklaruje obecność zdiagnozowanych innych zaburzeń lub chorób psychicznych. W grupie badanych znalazły się cztery osoby, które zostały poddane testom na obecność wirusa SARS-CoV-2, a jedna osoba uzyskała dodatni wynik na obecność wirusa SARS-CoV-2. Wśród osób badanych 31,2% działa w wolontariacie.

Zastosowane metody

W badaniu wykorzystano następujące metody badawcze:

- kwestionariusz demograficzny określający wykształcenie, miejsce zamieszkania, rodzaj wykonywanej pracy oraz zawierający pytania dotyczące zdiagnozowanych zaburzeń i chorób psychicznych;
- Skalę Nasilenia Depresji i Lęku (HADS-M) autorstwa A.S. Zigmond, R.P. Snaith w wersji polskiej opracowanej przez zespół M. Majkowicz, K. de Walden-Gałuszko, G. Chojnacka-Szawłowska. Jest to metoda przesiewowa służąca do identyfikacji objawów lęku i depresji, składająca się z 7 pozycji badających objawy depresji oraz 7 odnoszących się do lęku. Dla obu skal wynik między 0 a 7 pkt to brak zaburzeń, między 8 a 10 pkt to stany graniczne, w przypadku wyników pomiędzy 11 a 21 pkt stwierdza się zaburzenia. W badaniach walidacyjnych pierwotnej wersji skali HADS Zigmond i Snaith stwierdzają, że współczynnik korelacji rang Spearmana pomiędzy pozycjami testu a ogólnym wynikiem danej skali był istotny statystycznie na poziomie co najmniej $p < ,01$ i wahał się w zakresie od +,76 do +,41 (de Walden-Gałuszko, Majkowicz, 2000).

Opis metod analizy statystycznej

Obliczeń dokonano głównie za pomocą analizy różnic dla grup niezależnych, analizy wariancji jak również korelacji (głównie z wykorzystaniem miar niepara-

metrycznych). Za podstawowe przyjęto poziomy istotności ,01 oraz ,05. W związku z dużą dysproporcją liczebności między grupami zdecydowano się na użycie miar nieparametrycznych.

Dla wyników testu HADS przeprowadzono analizy rzetelności oraz normalności α -Cronbacha oraz test K-S.

W celu weryfikacji roli wieku i płci badanych dla skali HADS przeprowadzono analizy korelacyjne (*rho*-Spearmana) oraz porównawcze dla prób niezależnych (*U* Manna-Whitneya). W celu weryfikacji roli czynników, takich jak m.in. wykształcenie, miejsce zamieszkania dla wyników testu HADS, przeprowadzono analizy wariancji jednoczynnikowej z testami *post-hoc*. Ze względu na duże dysproporcje w liczebnościach grup, jak również istotne różnice w wynikach HADS od rozkładu normalnego, zastosowano test nieparametryczny Krukala-Wallisa z poprawką Bonferroniego dla porównań międzygrupowych.

Wyniki

Wyniki uzyskane w badanej grupie ($n = 423$) w skali HADS

W ramach niniejszego badania Szpitalną Skalą Lęku i Depresji (HADS) w całej grupie badanych uzyskano wyniki od 0 do 21 na skali lęku oraz od 0 do 19 na skali depresji. W badanej grupie średnia wartość wyników na skali lęku wyniosła 7,9 ($SD = 3,87$), jednak blisko 50% badanych uzyskało wynik w granicach 0–7, na skali depresji 6,11 ($SD = 3,93$), a ponad 65% w normie. W skali lęku dominują osoby z wynikiem 7 ($n = 46$), w skali depresji 5 ($n = 56$). Warto jednak mieć na względzie zauważalne zróżnicowanie wyników wśród badanych oraz wyraźnie bardziej nasilone wyniki objawów lęku w porównaniu z wynikami objawów depresji.

Przeprowadzone analizy rzetelności oraz normalności rozkładów dla wyników testu HADS (α -Cronbacha oraz test K-S) wskazały na wiarygodność wyników (dla lęku $\alpha = ,79$, depresji $\alpha = ,81$), jednak na istotne ich zróżnicowanie względem rozkładu normalnego (K-S dla lęku $= ,88$; $p < ,01$, dla depresji K-S $= ,13$; $p < ,01$). W dalszych etapach analiz zdecydowano się zatem na użycie miar nieparametrycznych (także ze względu na spore dysproporcje w liczebnościach w analizach porównawczych większości grup).

Zależność pomiędzy czynnikami demograficznymi a objawami lęku i depresji

Wiek i płeć badanych. W badanej grupie dominują kobiety ($n = 346$; blisko 82%), mężczyzn jest znacząco mniej ($n = 77$; trochę ponad 18%). Badani to osoby zróżnicowane wiekowo, od 15 ($n = 6$; 1,4%) do 75 lat ($n = 1$; ,2%). Dominują osoby młode, w wieku 18 lat ($n = 34$; 8%), średnia wieku to jednak blisko 29 lat ($M = 28,88$; $SD = 11,44$). Około 50% wszystkich badanych jest w wieku od 20 do 35 lat. W celu weryfikacji roli wieku i płci badanych dla wyników HADS przeprowadzono analizy

korelacyjne (*rho*-Spearmana) oraz porównawcze dla prób niezależnych (*U* Manna-Whitneya).

Tabela 1. Porównanie średnich wyników kobiet i mężczyzn w zakresie skal Lęku i Depresji HADS

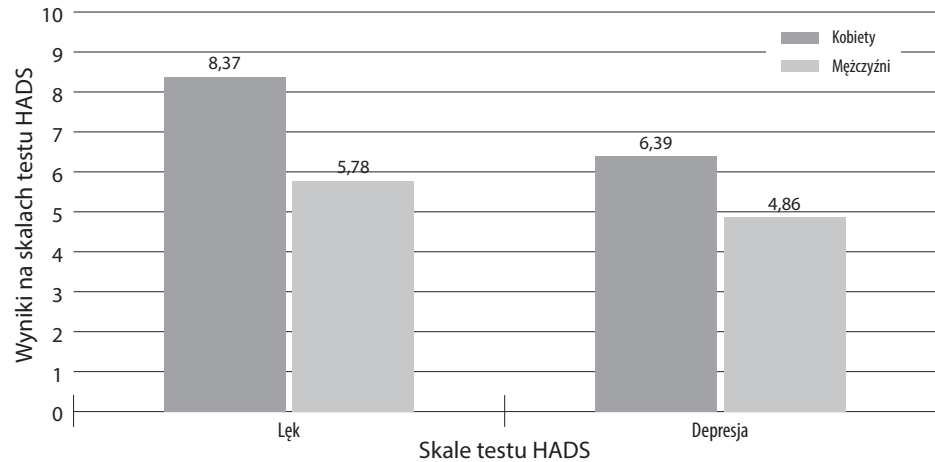
	Kobiety		Mężczyźni		<i>U</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Lęk	8,37	3,78	5,78	3,58	7949*
Depresja	6,39	3,96	4,86	3,62	10277*

* *p* < ,01.
M – średnia arytmetyczna; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wartość testu Manna-Whitneya.
 Źródło: badania własne.

Tabela 2. Współczynniki korelacji w zakresie skal Lęku i Depresji HADS z wiekiem badanych

	Wiek badanych
Lęk	–,28*
Depresja	–,21*

* *p* < ,01.
 Źródło: badania własne.



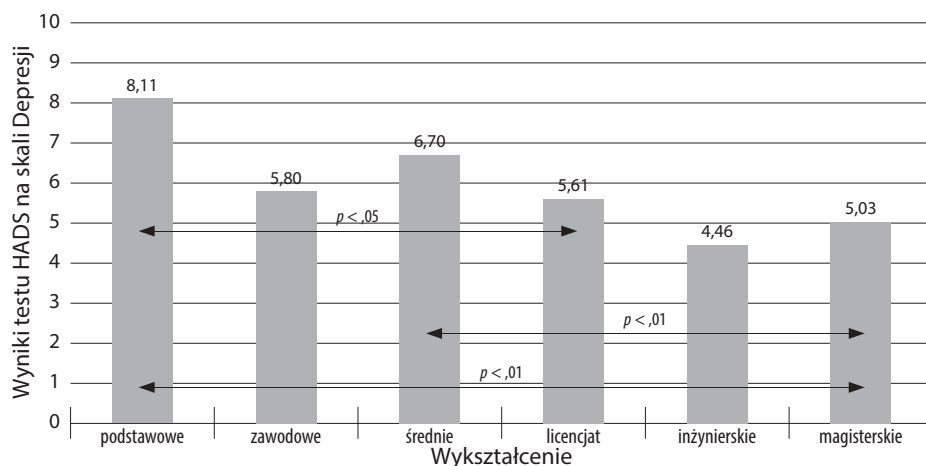
Wykres 1. Rozkład istotnych różnic w wynikach kobiet i mężczyzn w zakresie wyników skal HADS

p – poziom istotności.
 Źródło: badania własne.

Jak pokazują powyższe dane, płeć istotnie statystycznie różnicuje badaną grupę osób pod względem zarówno poziomu lęku ($U = 7949$; $p < ,01$), jak i poziomu depresji ($U = 10277$; $p < ,01$). Kobiety deklarowały istotnie więcej obaw związanych z codziennością w pandemii niż mężczyźni, a także wykazały znacząco wyższe wyniki w skali objawów depresyjnych. Wiek okazał się również istotną zmienną związaną z poziomem wyników HADS. Uzyskano dwie statystycznie istotne, ujemne korelacje. Osoby młodsze wydają się znacznie bardziej, niż starsze i najstarsze, obawiać pandemii oraz wykazują większe nasilenie objawów depresji. Istnieją zatem podstawy, by przyjąć hipotezę o istotnej roli wieku i płci badanych dla funkcjonowania w czasie izolacji.

Wykształcenie badanych i rodzaj wykonywanej pracy. W grupie badanych dominują osoby ($n = 153$; ponad 36%) z wykształceniem wyższym magisterskim oraz średnim ($n = 147$; blisko 35%), a także studenci i uczniowie ($n = 157$; ponad 37%) oraz osoby wykonujące prace biurowe ($n = 105$; blisko 25%). Najmniej badanych to emeryci ($n = 3$; ,7%). Nie pracuje ani się nie uczy 10 osób (2,4%).

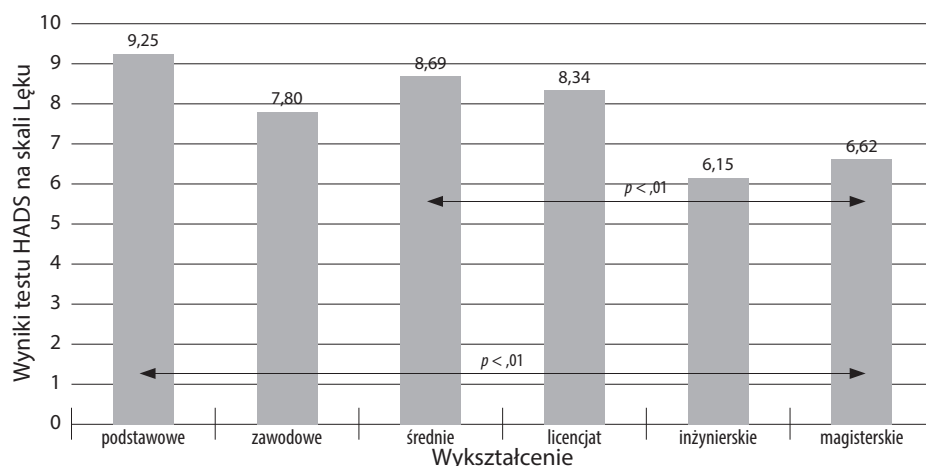
W celu weryfikacji roli wykształcenia oraz rodzaju wykonywanej pracy dla wyników HADS przeprowadzono analizy wariancji jednoczynnikowej z testami *post-hoc*. Ze względu na dysproporcje w liczebnościach grup osób z różnym poziomem wykształcenia, jak również istotne różnice w wynikach HADS od rozkładu normalnego, zastosowano test nieparametryczny Kruskala-Wallisa z poprawką Bonferroniego dla porównań międzygrupowych.



Wykres 2. Średnie wyniki w kontekście wykształcenia badanych w zakresie skali Depresji HADS z zaznaczeniem istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami

p – poziom istotności.

Źródło: badania własne.



Wykres 3. Średnie wyniki w kontekście wykształcenia badanych w zakresie skali Lęku HADS z zaznaczeniem istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami

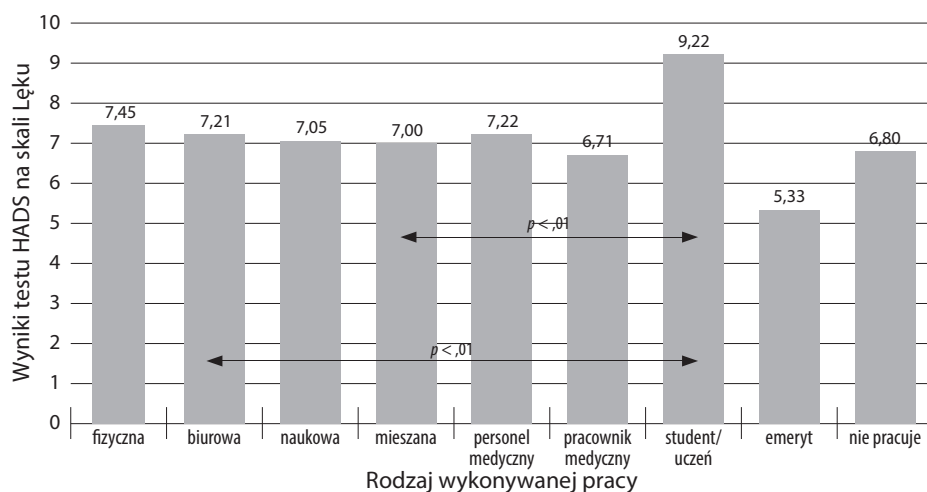
p – poziom istotności.

Źródło: badania własne.

W wyniku przeprowadzonych analiz uzyskano istotną wartość testu Kruskala-Wallisa w zakresie wyników obydwu skal HADS, tj. lęku (33,571; $p < ,01$) i depresji (30,937; $p < ,01$). Świadczy to o istotnej statystycznie, różnicującej roli ze strony wykształcenia dla nasilenia objawów lęku i depresji w badanej grupie osób.

Porównania szczegółowe (*post-hoc*) pomiędzy grupami osób z różnym wykształceniem wskazały, iż szczególnie znacząca różnica w zakresie deklarowanego lęku występuje pomiędzy osobami ($p < ,01$) z wykształceniem magisterskim ($M = 6,62$) a średnim ($M = 8,69$) oraz ($p < ,01$) magisterskim i podstawowym ($M = 9,25$). Oznacza to, że istotnie największe nasilenie lęku w czasie pandemii deklarują osoby z najniższym poziomem wykształcenia, głównie w porównaniu z osobami z wykształceniem magisterskim.

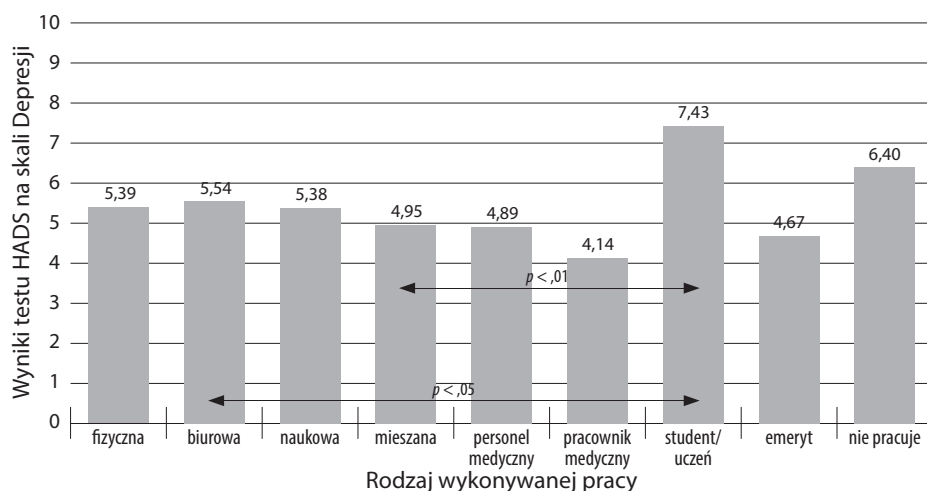
W zakresie skali depresji szczegółowe porównania międzygrupowe dały identyczny rezultat jak ten dotyczący skali lęku. Ponownie osoby z wykształceniem magisterskim deklarują istotnie mniejsze nasilenie objawów depresyjnych, jednak uzyskano również istotną różnicę ($p < ,05$) w zakresie porównania osób z licencjatami ($M = 5,61$) oraz, ponownie, wykształceniem podstawowym ($M = 8,11$). Osoby z niższym wykształceniem zadeklarowały więcej objawów depresyjnych w trakcie pandemii. W podobnych analizach dotyczących roli rodzaju wykonywanej pracy dla wyników HADS uzyskano również istotne wartości testu Kruskala-Wallisa dla skal lęku (31,120; $p < ,01$) oraz depresji (26,665; $p < ,01$), co świadczy o istotnej, różnicującej roli faktu wykonywania określonej pracy dla nasilenia objawów lęku i depresji. Wykresy poniższe prezentują średnie wyniki określonych grup zawodowych z efektem porównań międzygrupowych techniką Bonferroniego.



Wykres 4. Średnie wyniki w kontekście rodzaju wykonywanej pracy przez badanych w zakresie skali Lęku HADS z zaznaczeniem istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami

p – poziom istotności.

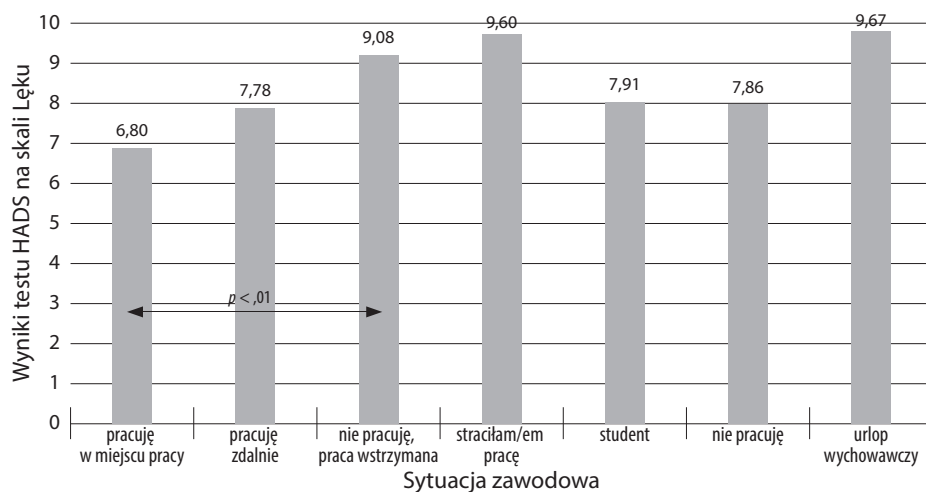
Źródło: badania własne.



Wykres 5. Średnie wyniki w kontekście rodzaju wykonywanej pracy przez badanych w zakresie skali Depresji HADS z zaznaczeniem istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami

p – poziom istotności.

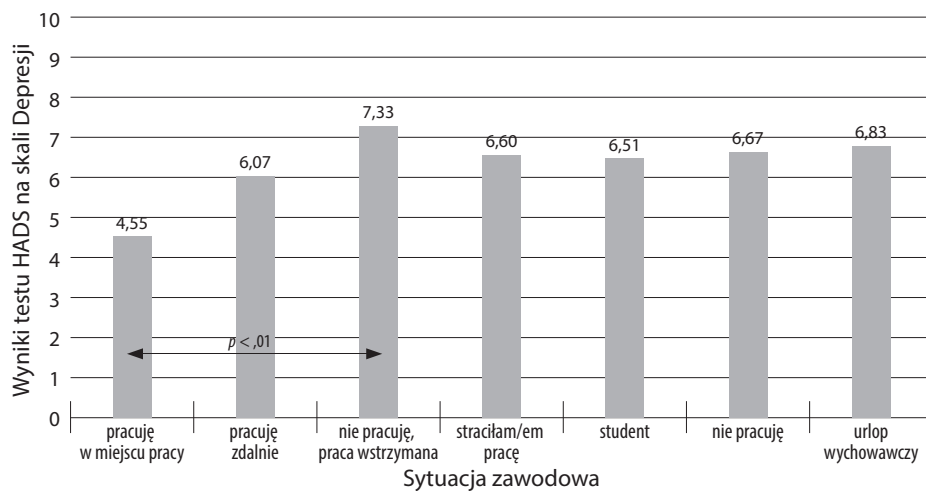
Źródło: badania własne.



Wykres 6. Średnie wyniki w kontekście sposobu pracy przez badanych w zakresie skali Lęku HADS z zaznaczeniem istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami

p – poziom istotności.

Źródło: badania własne.



Wykres 7. Średnie wyniki w kontekście sposobu pracy przez badanych w zakresie skali Depresji HADS z zaznaczeniem istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami

p – poziom istotności.

Źródło: badania własne.

Uzyskane dane wskazują, iż w zakresie nasilenia objawów lęku w czasie pandemii istotnie statystycznie różnią się właściwie tylko studenci i uczniowie ($M = 9,22$) od grupy wykonującej różne rodzaje prac (tzw. grupa mieszana, $M = 7$; $p < ,01$) oraz pracowników biurowych ($M = 7,21$; $p < ,01$). Identyczne wyniki uzyskano w porównaniach rezultatów dla skali depresji, tj. studenci i uczniowie ($M = 7,43$) ponownie deklarują największe nasilenie objawów szczególnie w porównaniu z grupą tzw. pracowników mieszanych ($M = 4,95$; $p < ,01$) oraz biurowych ($M = 5,54$; $p < ,05$).

Forma pracy w pandemii

W okresie kiedy przeprowadzono badanie, a więc podczas największych restrykcji wynikających z epidemii wirusa SARS-CoV-2, większość osób badanych pracowała zdalnie ($n = 191$; 45%). Blisko 18% ($n = 74$) wykonywało swoje obowiązki w miejscu pracy, natomiast nie pracowało zaledwie 21 osób (5%). W grupie badanych spora część ($n = 57$; prawie 14%) to osoby uczące się (głównie studenci). Analizy porównawcze z zastosowaniem nieparametrycznego testu Kruskala-Wallisa z porównaniami międzygrupowymi metodą Bonferroniego wskazały na istotną rolę formy wykonywania (lub nie) pracy dla wyników HADS skali lęku (14,517; $p < ,01$) i depresji (19,284; $p < ,01$). W zakresie nasilenia objawów lęku wykazano istotne statystycznie różnice w grupie osób ($p < ,01$) pracujących w miejscu pracy i tej, której pracę wstrzymano (nasilony lęk). W zakresie wyników na skali depresji osoby pracujące w miejscu pracy uzyskały wynik niższy ($p < ,01$) od osób, które nie mogły wykonywać swojej pracy bądź ich miejsce pracy zostało okresowo zamknięte.

Sposób wykonywania pracy, a głównie jej wstrzymanie w czasie pandemii oraz izolacji społecznej wydaje się mieć największy wpływ dla nasilenia wyników na skali lęku i depresji.

Częstotliwość wychodzenia z domu

Mimo ograniczeń w przemieszczaniu się większość osób badanych wychodziła z domu dwa–trzy razy w tygodniu ($n = 122$; blisko 29%) lub nawet prawie codziennie ($n = 113$; 27%). Rzadziej niż raz w tygodniu wychodziło z domu ok. 9% ($n = 41$) badanych.

Przeprowadzono analizę współzmienności wyników skal HADS oraz częstotliwości wychodzenia z domu podczas obowiązywania najbardziej restrykcyjnych obostrzeń w czasie pandemii, z użyciem nieparametrycznego współczynnika korelacji ρ -Spearmana. Uzyskano statystycznie istotne, ujemne korelacje w obydwu skalach, tj. lęku ($\rho = -,169$; $p < ,01$) oraz depresji ($\rho = -,262$; $p < ,01$).

Oznacza to, iż osoby, które rzadziej wychodziły z domu, deklarują większe nasilenie objawów lęku oraz objawów depresyjnych w czasie izolacji związanej z pandemią wirusa SARS-CoV2.

Tabela 3. Współczynniki korelacji w zakresie skal Lęku i Depresji HADS z częstotliwością wychodzenia z domu w czasie pandemii pośród badanych

	Częstotliwość wychodzenia z domu
Lęk	-,17*
Depresja	-,26*

* $p < ,01$.

Źródło: badania własne.

Rola dysfunkcji w funkcjonowaniu psychicznym badanych (choroby przewlekłe, depresja, zaburzenia lękowe, choroby psychiczne) dla nasilenia objawów lęku oraz objawów depresji w czasie izolacji

Wśród respondentów z problemami zdrowotnymi zdiagnozowanymi przed rozpoczęciem pandemii ponad 35% ($n = 115$) badanych deklaroowało zdiagnozowane zaburzenia nastroju, blisko 31% ($n = 99$) różnego rodzaju przewlekłe choroby somatyczne, natomiast zaburzenia lękowe ponad 24% ($n = 78$). Najmniej było osób, które deklarowały diagnozę choroby psychicznej ($n = 32$; blisko 10%). W celu sprawdzenia, czy obecność zaburzeń psychicznych zdiagnozowanych jeszcze przed pandemią istotnie różnicuje poziom lęku i depresji w czasie izolacji społecznej, przeprowadzono analizę porównawczą dla grup niezależnych z użyciem nieparametrycznego testu U Manna-Whitneya.

Tabela 4. Porównanie średnich wyników osób ze zdiagnozowanymi i niezdiagnozowanymi problemami psychicznymi w zakresie skali Lęku HADS

	Zdiagnozowane		Niezdiagnozowane		U
	M	SD	M	SD	
Choroba przewlekła	9,22	3,87	7,49	3,78	11870,5*
Depresja	9,82	4,08	7,18	3,53	11064,5*
Zaburzenia lękowe	10,22	4,29	7,37	3,57	8259*
Choroba psychiczna	11,00	4,62	7,64	3,69	3580*

* $p < ,01$.

M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe; U – wartość testu Manna-Whitneya.

Źródło: badania własne.

Tabela 5. Porównanie średnich wyników osób ze zdiagnozowanymi i niezdiagnozowanymi problemami psychicznymi w zakresie skali Depresji HADS

	Zdiagnozowane		Niezdiagnozowane		<i>U</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Choroba przewlekła	7,52	4,20	5,68	3,76	11918*
Depresja	8,13	4,52	5,35	3,41	11339,5*
Zaburzenia lękowe	8,15	4,32	5,65	3,70	8883,5*
Choroba psychiczna	9,34	4,99	5,84	3,73	3686,5*

* $p < ,01$.

M – średnia arytmetyczna; *SD* – odchylenie standardowe; *U* – wartość testu Manna-Whitneya.
Źródło: badania własne.

Jak pokazują powyższe dane, istotne statystycznie różnice obserwowano w zakresie każdej z grupy zaburzeń dla wyników nasilenia objawów lęku i depresji mierzonych testem HADS. Osoby z przewlekłymi chorobami, depresją, zaburzeniami lękowymi oraz chorobami psychicznymi deklarują istotnie wyższy poziom zarówno objawów lęku, jak i objawów depresji także w czasie izolacji społecznej w porównaniu z osobami zdrowymi.

Dyskusja

Analizując powyższe wyniki, na skalach lęku i depresji, podczas najbardziej restrykcyjnych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, należy mieć na uwadze duże dysproporcje w liczebnościach pomiędzy grupami. W przeprowadzonym badaniu wyniki poza zakresem normy na skali lęku zaobserwowano u 50% osób badanych, natomiast na skali depresji u 35% osób badanych. Wskazuje to przewagę objawów lęku na początkowym etapie pandemii. Również badania przeprowadzone w Chinach wskazują na przewagę objawów lęku. Na początkowym etapie rozwoju pandemii SARS-CoV-2 ok. 35% osób badanych w Chinach doświadczało objawów lęku, natomiast objawów depresyjnych ok. 20% (Huang, Zhao 2020).

Jak pokazują przedstawione dane, płeć istotnie statystycznie różnicuje badaną grupę osób pod względem zarówno objawów lęku, jak i depresji. Kobiety okazały się deklarować istotnie więcej obaw związanych z codziennością w pandemii niż mężczyźni, a także wykazały znacząco więcej objawów depresyjnych. Jednakże, ze względu na duże dysproporcje pomiędzy badanymi grupami kobiet i mężczyzn, mimo zastosowania odpowiednich testów, do uzyskanych różnic

należy podchodzić z ostrożnością. Te wyniki są zgodne z innymi badaniami, które również pokazują, że kobiety częściej doświadczają depresji niż mężczyźni (Jasik i in., 2016). Również tureckie badania przeprowadzone w trakcie pandemii wskazują, że kobiety są bardziej narażone na depresję niż mężczyźni (Firat i in., 2021). Natomiast badania przeprowadzone w Chinach wskazują, że kobiety w trakcie pandemii częściej niż mężczyźni doświadczają objawów lęku (Huang, Zhao, 2020). Jak pokazują wyniki badania przeprowadzonego przez zespół polskich badaczy na początku maja 2020 roku, o porównywalnej liczebności badanych kobiet (49,7%) i mężczyzn (50,3%), wystąpienie wysokiego nasilenia zarówno objawów depresyjnych, jak i lęku uogólnionego jest podobne u kobiet i u mężczyzn (Cudo, Kubicka, Maison, 2020). Mając na uwadze powyższe, z dozą ostrożności, z uwagi na duże dysproporcje w liczebności grup badanych kobiet i mężczyzn, można stwierdzić, iż kobiety doświadczają wyższego nasilenia objawów lęku oraz objawów depresji w trakcie pandemii.

Istotną zmienną związaną z poziomem wyników testu HADS jest wiek osób badanych. Osoby młodsze znacznie bardziej niż starsze i najstarsze obawiają się pandemii oraz wykazują większe nasilenie objawów depresji. Również w badaniu przeprowadzonym w Arabii Saudyjskiej to osoby poniżej 30. roku życia są bardziej narażone na doświadczanie objawów lęku, depresji czy większego stresu (Alkhamees i in., 2020). Podobne wnioski wysunięto również na podstawie wyników badań wśród populacji chińskiej, gdzie osoby młode, poniżej 35. roku życia, uzyskiwały wyższe wyniki zarówno na skali objawów lęku, jak i depresji (Huang, Zhao, 2020).

Największe nasilenie lęku oraz objawów depresyjnych w czasie pandemii deklarują osoby z najniższym wykształceniem, głównie w porównaniu z osobami z wykształceniem magisterskim. Uzyskane dane wskazują, iż nasilenie objawów lęku oraz depresji w czasie pandemii jest istotnie statystycznie wyższe u uczniów i studentów niż u pozostałych osób badanych. Niski poziom wykształcenia jest także uważany za jeden z czynników związanych z depresją (Jasik i in., 2016) w czasie pandemii (Benke i in., 2020; Mazza i in., 2020).

Zarówno na skali depresji, jak i lęku wyższe wyniki uzyskały osoby, których praca została wstrzymana, niższe zaś osoby nadal pracujące w miejscu pracy. Należy również zwrócić uwagę na kobiety będące na urlopie wychowawczym, charakteryzowały się one najwyższymi wynikami na skali lęku. Jednak należy pamiętać o małej liczebności tej grupy. Sposób wykonywania pracy, a głównie jej wstrzymanie w czasie pandemii i izolacji społecznej wydaje się najbardziej znaczące dla nasilenia lęku i depresji. Oznacza to, iż osoby, które rzadziej wychodzą z domu, deklarują również wyższy poziom objawów lęku i objawów depresyjnych w czasie izolacji związanej z pandemią wirusa SARS-CoV-2. Osoby z przewlekłymi chorobami somatycznymi, depresją, zaburzeniami lękowymi i chorobami psychicznymi deklarują istotnie wyższy poziom nasilenia zarówno lęku, jak i depresji

także w czasie izolacji społecznej w porównaniu z osobami zdrowymi. Również w innych badaniach współwystępowanie depresji z chorobami somatycznymi jest częstsze niż u osób zdrowych (Dudek, Siwek, 2007; Jasik i in., 2016). Doświadczenie izolacji społecznej było szczególnie trudne dla osób młodych oraz dla tych, których dotychczasowy styl życia z dnia na dzień został całkowicie zmieniony. Niepewność sytuacji, często niezrozumienie tego, co dzieło się wokół. Zaburzenie stylu życia, a więc przyzwyczajęń, schematów, codziennych rutyn, tego, co znane i dające poczucie bezpieczeństwa. Niepewność zatrudnienia, zagrożenie bezpieczeństwa finansowego rodziny, utrata zatrudnienia z dnia na dzień przez osoby zatrudnione na zlecenie lub o dzieło. Wszystko to mogło potęgować nasilenie objawów lęku. Należy również pamiętać o dużej grupie osób ze zdiagnozowanymi wcześniej zaburzeniami nastroju, zaburzeniami lękowymi, chorobami psychicznymi oraz chorobami przewlekłymi. Holenderscy badacze (Pan i in., 2020) porównali poziom objawów m.in. lęku i depresji u tych samych osób zarówno przed, jak i w trakcie pandemii wirusa SARS-CoV-2. Z przeprowadzonych przez nich badań wynika, że poziom objawów lęku, depresji czy samotności był wyższy u osób z różnego rodzaju zaburzeniami psychicznymi niż u osób zdrowych. Nie ma jednak dowodów na to, że był to wzrost wynikający z pandemii oraz wprowadzonej izolacji społecznej. Wzrost wyników na skalach objawów lęku czy depresji w tej grupie badanych był minimalny. Natomiast to u osób bez zaburzeń psychicznych odnotowano wzrost objawów lęku czy depresji (Pan i in., 2020). Również u osób ze zdiagnozowaną schizofrenią lub innymi poważnymi zaburzeniami zdrowia psychicznego nie uzyskano istotnych statystycznie różnic w zakresie objawów przed oraz w trakcie pandemii (Caponnetto, Benenati, Maglia, 2021). Interesujące wyniki uzyskali hiszpańscy badacze, którzy dokonali analizy liczby przyjęć w psychiatrycznej izbie przyjęć na początkowym etapie pandemii, w jednym z madryckich szpitali. Dzienna liczba przyjmowanych pacjentów uległa znacznemu zmniejszeniu na początkowym etapie pandemii w porównaniu do tego samego okresu w latach poprzednich. Jednak wraz z czasem trwania pandemii liczba ta stopniowo powracała do poziomu sprzed pandemii. Należy wziąć jednak pod uwagę liczbę medialnych doniesień na temat zakażeń, możliwe obawy przed zakażeniem, co mogło mieć wpływ na mniejszą liczbę zgłoszeń pacjentów psychiatrycznych. Z drugiej strony stan pacjentów trafiających na psychiatryczną izbę przyjęć w tym czasie był cięższy (Rodriguez-Jimenez i in., 2021).

Potwierdzenie uzyskanych wyników wskazuje także analiza literatury. Grupy badanych, w których zaobserwowano wysokie wyniki objawów lęku i depresji, czyli głównie osoby młode, kobiety, osoby ze słabym wykształceniem, osoby z zaburzeniami zdrowia psychicznego, są opisywane jako te bardziej zagrożone doświadczeniem różnego rodzaju zaburzeń zdrowia psychicznego jako konsekwencji pandemii oraz wprowadzonych ograniczeń (Alkhamees i in., 2020; Benke i in., 2020; Pedrosa i in., 2020; Smith i in., 2020).

Literatura cytowana

- Alkhamees, A.A., Alrashed, S.A., Alzunaydi, A.A., Almohimeed, A.S., Aljohani, M.S. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152192.
- Bansal, P., Bingemann, T.A., Greenhawt, M., Mosnaim, G., Nanda, A., Oppenheimer, J., Sharma, H., Stukus, D., Shaker, M. (2020). Clinician Wellness During the COVID-19 Pandemic: Extraordinary Times and Unusual Challenges for the Allergist/Immunologist. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, doi: 10.1016/j.jaip.2020.04.001
- Benke, Ch., Autenrieth, L.K., Asselmann, E., Pane-Farre Ch.A. (2020). Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Research*, 293, 113462, doi: 10.1016/j.psychres.2020.113462
- Caponnetto, P., Benenati, A., Maglia, M.G. (2021). Psychopathological Impact and Resilient Scenarios in Inpatient with Schizophrenia Spectrum Disorders Related to Covid. Physical Distancing Policies: A Systematic Review. *Behavioral Sciences*, 11(4), 49, doi: 10.3390/bs11040049
- Cierpiąłkowska, L. (2005). *Psychologia kliniczna*. H. Sęk (red. nauk.). T. 1. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cudo, A., Kubicka, K., Maison, D. (2020). *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego*. 1–27.
- de Walden-Gałuszko, K., Majkowicz, M. (2000). *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Gdańsk: Akademia Medyczna.
- Dudek, D., Siwek, M. (2007). Współistnienie chorób somatycznych i depresji [Depression in medical illness]. *Psychiatria*, 4(1), 17–24.
- Firat, M., Okanlı, A., Kanbay, Y., Utkan, M., Demir Gökmen, B. (2021). The prevalence of pandemic anxiety, anxiety and depression during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 31(2), 198–205, doi: 10.5152/pcp.2021.21641
- Huang, Y., Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954, doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954
- IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. (2020). *Tymczasowy Materiał Informacyjny. Uwzględnienie zdrowia psychicznego i aspektów psychospołecznych epidemii COVID-19*. 1–15.
- ICD-10. (2000). Kraków–Warszawa.
- Jasik, K., Jaślikowska, U., Zbrojkiewicz, M., Ślusarska, B., Jasińska, M., Grzegorzczak, M., Nowicki, G.J. (2016). Czynniki związane z występowaniem depresji u osób dorosłych. Przegląd systematyczny literatury polskiej w latach 2009–2014.

- Journal of Education, Health and Sport*, 6(4), 297–318, <http://www.ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3472>
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, Ch., Roma, P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 3165, doi: 10.3390/ijerph17093165
- Pan, K., Kok, A., Eikelenboom, M., Horsfall, M., Jörg, F., Luteijn, R., Rhebergen, D., Oppen, P., Giltay, E., Penninx, B. (2020). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: A longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 121–129, doi: 10.1016/S2215-0366(20)30491-0
- Parkinson, B., Colman, A.M. (red.), (1999). *Emocje i motywacja*. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Pedrosa, A., Bitencourt, L., Fróes, A., Cazumbá, M., Campos, R., de Brito, S., Simões e Silva, A. (2020). Emotional, Behavioral, and Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychology*, 11, 566212, doi: 10.3389/fpsyg.2020.566212
- Qian, M., Ye, D., Zhong, J., Xu, K., Zhang, L., Huang, Z. (2005). Behavioural, cognitive and emotional responses to SARS: Differences between college students in Beijing and Suzhou. *Stress and Health*, 21(2), 87–98, doi: 10.1002/smi.1043
- Rodriguez-Jimenez, R., Rentero, D., Romero-Ferreiro, V., García-Fernandez, L. (2021). Impact of outbreak COVID-19 pandemic on psychiatry emergencies in Spain. *Psychiatry Research*, 295, 113581, doi: 10.1016/j.psychres.2020.113581
- Sadowski, B. (2005). *Biologiczne mechanizmy zachowania się ludzi i zwierząt*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Smith, L., Jacob, L., Yakkundi, A., McDermott, D., Armstrong, N., Barnett, Y., López-Sánchez, G., Martin, S., Butler, L., Tully, M. (2020). Correlates of symptoms of anxiety and depression and mental wellbeing associated with COVID-19: A cross-sectional study of UK-based respondents. *Psychiatry Research*, 291, 113138, doi: 10.1016/j.psychres.2020.113138
- Synowiec, A., Szczepanski, A., Barreto-Duran, E., Lie, L.K., Pyrc, K. (2021). Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2): A systemic infection. *Clinical Microbiology Reviews*, 34, e00133-20, doi: 10.1128/CMR.00133-20
- Szatan, M. (2012). Strach a lęk w ujęciu nauk humanistycznych. *Studia Gdańskie*, 31, 325–342.
- World Health Organisation. (2020). *Zdrowie psychiczne i funkcjonowanie psychospołeczne podczas pandemii COVID-19*. WHO, 1–7.
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., Yang, N. (2020). Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in 2020 in China. *Medical Science Monitor*, 26, 1–8, doi: 10.12659/MSM.923921

Zajac, K., Zajac, A. (2018). *Koronawirusy – realne zagrożenie?* W: M. Dąsal (red.), *Acta Uroboroi – w kręgu epidemii* (s. 114–122). Wrocław: Studenckie Koło Naukowe Uroboros.

Streszczenie. Pandemia wirusa SARS-CoV-2 ciągnie za sobą istotne konsekwencje w wielu dziedzinach życia, wpływając bezsprzecznie także na zdrowie psychiczne. Badanie przeprowadzono w okresie najbardziej restrykcyjnych ograniczeń w funkcjonowaniu społecznym, jakie wprowadzono w konsekwencji pojawienia się w Polsce wirusa SARS-CoV-2. Udział w badaniu drogą elektroniczną wzięły 423 osoby. W celu sprawdzenia poziomu objawów lęku oraz depresji w okresie izolacji społecznej wykorzystano Szpitalną Skalę Lęku i Depresji – HADS. Przeprowadzone analizy pokazują przewagę objawów lęku na początkowym etapie izolacji społecznej w badanej grupie. Istotną zmienną związaną z poziomem wyników skali HADS był wiek, najwyższe wyniki zaobserwowano wśród uczniów i studentów. Ponadto wysokie wyniki zarówno na skali lęku, jak i depresji zaobserwowano także wśród osób z najniższym wykształceniem, w grupie osób, których praca w tym czasie została wstrzymana, wśród badanych, którzy rzadziej wychodzili z domu, oraz wśród kobiet.

Słowa kluczowe: lęk, depresja, izolacja społeczna, koronawirus, SARS-CoV-2

Data wpłynięcia: 3.05.2021

Data wpłynięcia po poprawkach: 4.11.2021

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 1.12.2021