

Występowanie zaburzeń lękowych wśród Polaków w dobie pandemii COVID–19

The occurrence of anxiety disorders among Poles during the COVID–19 pandemic

Mateusz Babicki, Agnieszka Mastalerz-Migas

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej

Summary

Aim. The aim of the study was to assess anxiety among Poles between the 35th and the 42nd day after the introduction of the state of epidemiological threat, and to compare the obtained results with global reports and the pre-pandemic state.

Materials and methods. The study was conducted on 2,457 respondents from Poland. The research methods comprised an original survey questionnaire, distributed via the Internet from 17 to 24 April 2020, assessing the sociodemographic state, and standardized psychometric tools: the Beck Depression Inventory, Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD–7) and Manchester Short Assessment of Quality of Life.

Results. The results of 71% of the respondents indicated the presence of anxiety symptoms with various degrees of severity. In 45% of the respondents, the total score was ≥ 10 points, indicating signs of Generalized Anxiety Disorder. Female respondents scored significantly higher than men. Place of residence, marital status and the type of performed work had no statistically significant impact on the level of anxiety.

Conclusions. The COVID–19 pandemic significantly affected the mental condition of Poles, resulting in increased anxiety, fear and concerns regarding the future. 71% of the respondents showed different degrees of anxiety severity, and 44% of them scored at least 10 points in the GAD-7 scale, which indicates the presence of signs of Generalized Anxiety. There is a great need to provide Poles with mental support during the COVID–19 pandemic.

Słowa kluczowe: pandemia COVID–19, zaburzenia lękowe, zdrowie psychiczne

Key words: COVID–19 pandemic, anxiety disorders, mental health

Wstęp

W ostatnich kilku miesiącach życie ludzi na całym świecie uległo diametralnym zmianom. W ciągu kilku dni zostali zmuszeni do dostosowania codziennych zachowań i przyzwyczajzeń do nowych warunków. Przyczyną tego zjawiska jest stan pandemii, wprowadzony przez WHO w związku z rozprzestrzenianiem się nowego patogenu powodującego chorobę COVID-19. Wirus zaliczany do grupy koronawirusów po raz pierwszy został zidentyfikowany w grudniu 2019 r. w chińskiej prowincji Wuhan. Przebieg choroby może być różnorodny, od bezobjawowego aż po zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS) w przebiegu wirusowego zapalenia płuc [1, 2]. Naukowcy na całym świecie starają się odnaleźć skuteczną metodę leczniczą oraz profilaktyczną chroniącą nas przed SARS-COV-2, jednakże wszystkie są na razie na etapie prób klinicznych.

Wprowadzone w krótkim czasie restrykcje, izolacja wielu ludzi, ograniczenie swobód obywatelskich, a także bezpośrednie zetknięcie się z „wrogiem”, przeciwko któremu nie ma skutecznej obrony, mogą doprowadzić do znacznych zmian w psychice człowieka, m.in. pojawienia się objawów lękowych, lęku napadowego, lęku uogólnionego oraz depresji. Analizując doświadczenia z epidemii MERS w latach 2012–2013, jednoznacznie potwierdzono znaczny wpływ tego typu zdarzeń na kondycję i zdrowie psychiczne zarówno pracowników ochrony zdrowia, jak i populacji ogólnej. Na podstawie uzyskanych wyników [3, 4] można spekulować, iż obecna pandemia również wpłynie znacząco na naszą kondycję psychiczną.

W wielu krajach na świecie prowadzone są badania mające na celu ocenę wpływu COVID-19 na zdrowie psychiczne populacji. Dane zebrane wśród populacji chińskiej oraz irańskiej [5–7] utwierdzają w przekonaniu, iż pandemia w istotny sposób ingeruje w naszą psychikę, a co za tym idzie – codzienne funkcjonowanie oraz jakość życia.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena poziomu lęku w społeczeństwie polskim w dobie pandemii COVID-19 oraz porównanie uzyskanych wyników z badaniami sprzed okresu pandemii i przedstawienie ich na tle pozostałych krajów.

Material i metody

Metodologia

Badanie zostało przeprowadzone w oparciu o autorski kwestionariusz, rozpowszechniony drogą internetową za pośrednictwem portalu społecznościowego w dniach 17.04–24.04.2020 r. – rozpoczęło je w 35. dniu od daty wprowadzenia stanu zagrożenia epidemicznego w Polsce czyli 37. dniu od ogłoszenia stanu pandemii, gdy liczba osób zakażonych wynosiła w Polsce według oficjalnych danych 8379 osób oraz stwierdzono 332 zgony z powodu zakażenia SARS-COV-2. Dzienny przyrost liczby zakażonych oscylował między 263 a 460, a dzienna liczba zgonów wynosiła między

18 a 40. W dniu zakończenia przyjmowania ankiet liczba osób zarażonych wynosiła 10 892 oraz zanotowano 494 zgony [8].

Kwestionariusz obejmował trzy części. Pierwszą z nich były pytania sojodemograficzne o płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, charakter pracy, historię chorób psychicznych oraz zażywane leki, a także pytania oceniające poziom obaw o zachorowanie na COVID-19.

Kolejne części zawierały wystandaryzowane narzędzia psychometryczne:

- a) Kwestionariusz Lęku Uogólnionego (GAD-7) – jest to 7-itemowa skala, oparta na czterostopniowej skali Likerta, służąca do oceny poziomu lęku, a także oceny ryzyka występowania zespołu lęku uogólnionego (GAD). Pytania zawarte w ankiecie umożliwiają respondentom ocenę poczucia lęku, napięcia, zdenerwowania, możliwości kontrolowania tych uczuć, łatwości ich pojawiania się oraz problemów z odprężaniem się. W każdym pytaniu można uzyskać od 0 do 3 punktów w zależności od częstości występowania danego zjawiska (0 – wcale; 1 – kilka dni; 2 – częściej niż przez połowę dni; 3 – niemal codziennie) w ciągu ostatnich 14 dni. Wynik 5, 10, 15 punktów wskazuje na występowanie odpowiednio: lęku łagodnego, umiarkowanego oraz ciężkiego. Uzyskanie co najmniej 10 punktów wskazuje na duże prawdopodobieństwo występowania zespołu lęku uogólnionego [9].
- b) Skala Depresji Becka – jest to narzędzie składające się z 21 pytań w których respondent dokonuje oceny intensywności objawów w skali od 0 do 3 punktów, najtrafniej opisujących jego samopoczucie w ciągu ostatnich 14 dni. W celu interpretacji wyników przyjmuje się następujące punkty odcięcia: 0–11 punktów – brak depresji; 12–26 – łagodna depresja; 27–49 – umiarkowana depresja; 50–63 – ciężka depresja. Narzędzie to jest często wykorzystywane w badaniu przesiewowym, zwłaszcza przez lekarzy pierwszego kontaktu, w celu wstępnej diagnozy depresji [10, 11].
- c) Manchesterska Skala Oceny Jakości Życia (MANSA) – jest 16-itemową skalą służącą do subiektywnej oceny jakości życia wraz z poszczególnymi jego aspektami. W większości pytań opiera się na siedmiostopniowej skali Likerta (oprócz pytań odnoszących się do potwierdzenia bądź negacji danego zjawiska). Maksymalna liczba punktów, którą można uzyskać w badaniu, wynosi 93. Narzędzie to zostało stworzone w oparciu o Lancashire Quality of Life Profile (LQLP) i stanowi jego skondensowaną alternatywę, zachowując parametry psychometryczne [12, 13]. Kwestionariusz przeznaczony jest do badań populacyjnych bez dokładnego sprecyzowania oceny jakości życia w poszczególnych schorzeniach. Polska wersja narzędzia została stworzona w 2000 roku przez naukowców z Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Rekrutację uczestników badania przeprowadzono za pośrednictwem kwestionariusza rozpowszechnionego na portalu www.facebook.pl. Udział w badaniu był w pełni dobrowolny, anonimowy, skierowany do wszystkich mieszkańców Polski z dostępem do internetu, posiadających konto na wspomnianym portalu społecznościowym. Respondenci mieli możliwość przerwać wypełnianie ankiety w dowolnym momencie. Przed rozpoczęciem procedury osoby ankietowane wyrażały zgodę na udział w badaniu.

W artykule przedstawiono wyniki analizy odpowiedzi z Kwestionariusza Lęku Uogólnionego. Interpretacja danych z pozostałych kwestionariuszy wykracza poza

tematykę poruszaną w niniejszym artykule i będzie przedstawiona w osobnym opracowaniu.

Materiał

W badaniu wzięło udział 2457 respondentów mieszkających na terenie Polski. Średni wiek osób w grupie badanej to 32 lata (min. 16, maks. 83; SD 10,67). Większość badanych stanowiły kobiety (82%). Dokładny opis grupy badanej przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

Płeć				
Kobieta 82%		Mężczyzna 18%		
Miejsce zamieszkania				
Wieś 19%	Miasto do 50 tys. 15%	Miasto 50–250 tys. 18%	Miasto powyżej 250 tys. 48%	
Stan cywilny				
Panna/kawaler 36%	Związek partnerski 23%	Zamężna/zonaty 35%	Rozwodnik 5%	Wdowiec/wdowa 1%

Wśród badanych 26% ankietowanych to czynni pracownicy ochrony zdrowia, z których najliczniejszą grupę stanowili lekarze (52%) oraz personel pielęgniarski (26%). Pozostali respondenci to uczniowie, studenci, pracownicy innych grup zawodowych, a także emeryci i renciści. 604 osoby, tj. 25% ankietowanych, zadeklarowały, iż zostały pozbawione możliwości zarobkowych z powodu panującej pandemii COVID-19.

21% ankietowanych w przeszłości korzystało z usług psychiatry/psychologa, 18% jest obecnie leczonych lekami psychiatrycznymi. Najczęstszymi wymienianymi schorzeniami są: zaburzenia depresyjne – 287 osób (12%), zaburzenia lękowe – 139 (6%), zaburzenia snu – 26 (1%), uzależnienia – 11 (0,5%), choroby z kręgu schizofrenii – 4 (0,2%).

Indywidualne doświadczenia osób badanych z COVID-19 zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Indywidualne doświadczenie z COVID-19

	Tak	Nie
Wysunięcie podejrzenia COVID-19	3%	97%
Kwarantanna narzucona przez stację sanitarno-epidemiologiczną	3%	97%
Izolacja domowa/eZLA	18%	82%
Diagnoza COVID-19 u respondenta	0,2%	99,8%
Diagnoza COVID-19 u najbliższego członka rodziny/przyjaciela	5%	95%

Metody statystyczne

Do opracowania wyników posłużono się programem Statistica 13.3 firmy Statsoft. Analizowane zmienne miały charakter dychotomiczny, przedziałowy oraz porządkowy. W przypadku zmiennych dychotomicznych wykorzystano test chi-kwadrat. Do określania zależności pomiędzy zmiennymi wykorzystano także analizę korespondencji. W analizie wyników przedziałowych posłużono się podstawowymi statystykami opisowymi. Istotność statystyczną określano za pomocą testu U Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallis. Przy każdym teście przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0,05$.

Wyniki

77% badanych, w bezpośrednim pytaniu odnośnie obawy o zachorowanie, przyznaje, iż obawia się zachorowania na COVID-19, przy czym 26,5% podaje większy poziom lęku niż w przypadku innych chorób, np. serca. W trakcie badania poproszono respondentów o ocenę stopnia lęku/niepokoju (posługując się dziesięciopunktową skalą VAS) w sytuacjach dotyczących zachorowania oraz kwarantanny w ich najbliższym otoczeniu. Wyniki przedstawiono w tabeli 3 oraz na rycinie 1.

Tabela 3. Poczucie lęku/niepokoju z powodu COVID-19

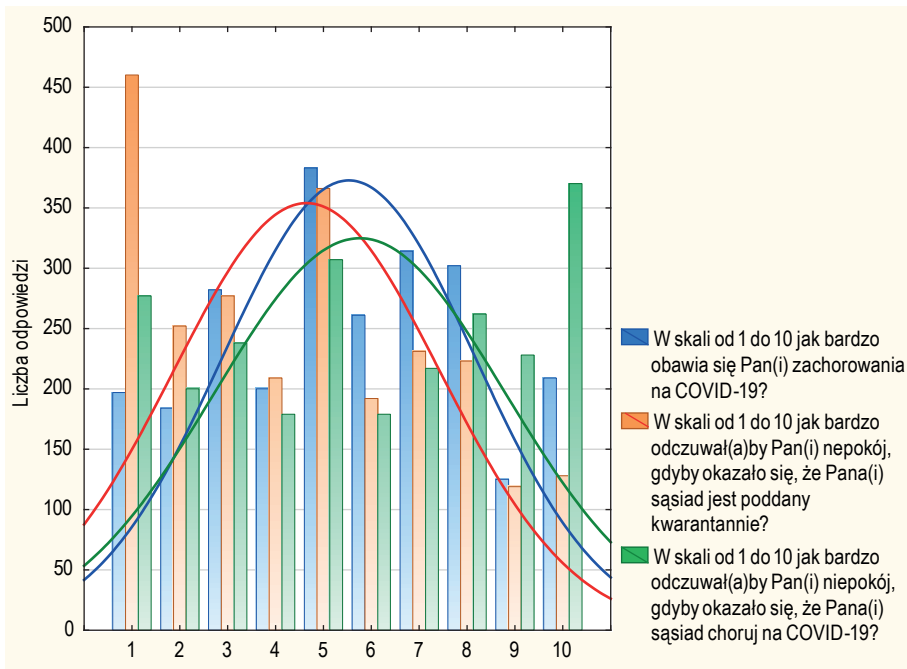
	Średni wynik (skala od 1 do 10)	SD
Obawa przed zachorowaniem na COVID-19	5,50	2,63
Poczucie niepokoju z powodu kwarantanny sąsiada	4,62	2,76
Poczucie niepokoju z powodu stwierdzenia COVID-19 u sąsiada	5,73	3,01

Najczęstszą odpowiedzią na pytanie o obawy w przypadku kwarantanny sąsiada był wynik „1”, podczas gdy pytanie o potwierdzenie COVID-19 u sąsiada skłaniało najczęściej do odpowiedzi na poziomie 10 punktów, co świadczy o wielkim potencjale stresogennym SARS CoV-2.

W analizie wyników Kwestionariusza Lęku Uogólnionego (GAD-7) średnia uzyskiwana ilość punktów wyniosła 9,11 (min. 0; maks. 21, SD 6,17). U 71% ankietowanych sumaryczny wynik wskazał na obecność objawów lękowych w różnym jego stopniu nasilenia. 44% respondentów otrzymało wynik co najmniej 10 punktów, który jest podstawą do wysunięcia podejrzenia zespołu lęku uogólnionego. Dokładne wyniki zostały przedstawione w tabeli 4 oraz 5.

Tabela 4. Rozkład interpretacji Kwestionariusza GAD-7

	Procent [%]
Brak lęku	29
Lęk łagodny	27
Lęk umiarkowany	21
Lęk ciężki	23
≥ 10 punktów (Lęk uogólniony)	44



Rycina. 1. Ocena poziomu lęku przed COVID-19

Tabela 5. Rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza GAD-7

	Wcale	Kilka dni	Częściej niż przez połowę dni	Niemal codziennie
Uczucie podenerwowania, niepokoju lub napięcia	14%	39%	20%	27%
Niezdolność powstrzymania lub zapanowania nad zamartwianiem się	30%	33%	20%	17%
Zbyt duże zamartwianie się różnymi kwestiami	28%	31%	22%	19%
Trudności w odprężeniu się	27%	30%	22%	21%
Niepokój utrudniający siedzenie w jednym miejscu	42%	29%	16%	13%
Łatwe wpadanie w gniew lub irytację	25%	32%	22%	21%
Obawa, że może zdarzyć się coś strasznego	33%	32%	19%	16%

W okresie ostatnich 14 dni przed przeprowadzeniem ankiety 86% respondentów odczuwało podenerwowanie, niepokój i napięcie, a jeden na czterech ankietowanych niemal codziennie doznawał takiego stanu. Dodatkowo znaczący odsetek (21%) badanych miał trudności w codziennym odprężaniu się.

Analiza czynników wpływających na poczucie lęku

W trakcie analizy określono ścisłą korelację między poczuciem lęku a płcią. Kobiety uzyskały znacząco wyższe wartości punktowe w kwestionariuszu GAD-7 w porównaniu z mężczyznami (74% vs 50%). Podobna zależność została stwierdzona w odniesieniu do ograniczonych możliwości zarobkowych. Niepewność ekonomiczna znacząco wpłynęła na odczuwany poziom lęku. Osoby, których możliwości zarobkowe zostały znacząco ograniczone, uzyskiwały średnio 1,31 punktu więcej niż osoby pracujące. Warto podkreślić, że w tej grupie respondentów 1 na 3 wykazuje cechy lęku ciężkiego. Dokładny opis przedstawia tabela 6.

W odniesieniu do wieku respondentów określono poziom korelacji $r = -0,048$, $p = 0,00$.

Indywidualne doświadczenie z COVID-19 znamienne wpłynęło na sumaryczną liczbę punktów uzyskiwanych w kwestionariuszu GAD-7. Izolacja domowa/zwolnienie lekarskie w istotny statystycznie sposób wpłynęło na średnie wyniki uzyskiwane w kwestionariuszu GAD-7. Dokładny rozkład odpowiedzi przedstawiono w tabeli 7.

U 44% respondentów uzyskano całkowity wynik skali GAD-7 ≥ 10 punktów, co jest podstawą do podejrzenia występowania zespołu lęku uogólnionego. Jednak dla całkowitej diagnozy niezbędne jest zestawienie otrzymanych wyników kwestionariusza z badaniem klinicznym pacjenta.

Dyskusja

Dotychczasowe badania przeprowadzone wśród populacji dotkniętej pandemią jednoznacznie wskazują na znaczny jej wpływ na kondycję psychiczną społeczeństwa. Głównym celem pracy była ocena poczucia lęku i obawy społeczeństwa polskiego w dobie pandemii COVID-19 oraz poszukiwania głównych czynników sprawczych tych emocji. Wyniki kwestionariusza jednoznacznie wskazują na różnego rodzaju nasilenie objawów lękowych u blisko trzech na cztery osoby biorące dobrowolny udział w ankiecie, przy czym aż 23% badanych uzyskało wynik wskazujący na ciężką postać zaburzeń lękowych. 44% ankietowanych wykazało cechy zespołu lęku uogólnionego. Tak wysoki odsetek wyników pozytywnych może być spowodowany obecnymi restrykcjami, ograniczeniami społecznymi, a także poczuciem bezradności i bezsilności ludzi w walce z koronawirusem. W znacznym stopniu ograniczono możliwość bezpośrednich kontaktów międzyludzkich, które według specjalistów są niezbędne do zachowania balansu psychicznego człowieka [14, 15].

Według doniesień epidemiologicznych sprzed pandemii cechy zespołu lęku uogólnionego wśród Polaków występują u ok. 1% populacji, znamienne częściej u kobiet niż u mężczyzn [16]. W trakcie całego życia napady lęku uogólnionego mogą występować u 5–9% populacji [17]. Stan pandemii jest szczególnym okresem, który doprowadził do znacznego wzrostu odsetka ludzi wykazujących cechy zespołu lęku uogólnionego.

Światowe doniesienia badające natężenie lęku w populacjach dotkniętych pandemią COVID-19, podobnie jak w Polsce, wykazały znaczący wzrost w porównaniu ze stanem sprzed 2019 r. Wśród chińskich studentów 25% respondentów

Tabela 6. Jednoczesna analiza czynników wpływu na poczucie lęku/niepokoju

Zmienna	Liczba badanych (%)	Brak lęku (%)	Poziom lęku (%)			p	Średnia	SD
			Łagodny	Umiarkowany	Ciężki			
Płeć			p < 0,000					
Kobieta	2027 (82)	535 (26)	549 (27)	436 (22)	507 (25)		9,49	6,18
Mężczyzna	430 (18)	174 (40)	111 (26)	82 (19)	63 (15)		7,30	5,81
Miejsce zamieszkania			p = 0,8141					
Wieś	463 (19)	133 (29)	116 (25)	97 (21)	117 (25)		9,25	6,19
Miasto do 50 tys. mieszkańców	376 (15)	108 (29)	113 (30)	71 (19)	84 (22)		9,03	6,16
Miasto 50–250 tys. mieszkańców	443 (18)	138 (31)	100 (23)	98 (22)	107 (24)		8,99	6,26
Miasto > 250 tys. mieszkańców	1175 (48)	330 (28)	331 (28)	252 (21)	262 (23)		9,13	6,15
Stan cywilny			p = 0,22					
Panna/kawaler	894 (36)	250 (28)	232 (26)	197 (22)	215 (24)		9,31	6,15
Związek partnerski	563 (23)	155 (28)	146 (26)	129 (23)	133 (24)		9,27	6,17
Zamężna/żonaty	863 (35)	255 (30)	254 (29)	164 (19)	190 (22)		8,84	6,14

Rozwiedziony/a	107 (5)	35 (33)	25 (23)	21 (20)	26 (24)	9,20	6,55
Wdowiec/wdowa	29 (1)	14 (48)	3 (10)	7 (24)	5 (17)	7,41	6,39
Pracownik ochrony zdrowia	p = 0,7797						
Tak	639 (26)	173 (27)	201 (31)	125 (20)	140 (22)	9,00	5,98
Nie	1818 (74)	53 (30)	459 (25)	393 (22)	430 (23)	9,14	6,24
Pozbawienie możliwości zarobkowych	p = 0,000006						
Tak	604 (25)	143 (24)	156 (26)	127 (21)	178 (29)	10,10	6,28
Nie	1853 (75)	566 (31)	504 (27)	391 (21)	392 (21)	8,79	6,10

Tabela 7. Wpływ indywidualnego doświadczenia z COVID-19 na wyniki GAD-7

Zmienna	Całkowita ilość	Brak lęku	Poziom lęku			P	Średnia	SD
			Lekki	Umiarkowany	Ciężki			
Podjężenie COVID-19 u respondenta	p = 0,4377							
Tak	78 (3)	19 (24)	21 (27)	18 (23)	20 (26)		9,63	6,12
Nie	2379 (97)	690 (29)	639 (27)	500 (21)	550 (23)		9,09	6,18

		p > 0,05							7,60	3,64
		5	1	3	1	0				
Potwierdzenie COVID-19 u respondenta										
Tak		2373 (97)	681 (29)	641 (27)	501 (21)	550 (23)	9,11	6,16		
Nie		60 (2)	22 (36)	12 (20)	10 (17)	16 (27)	9,13	7,02		
Tak, byłem		24 (1)	6 (25)	7 (29)	7 (29)	4 (17)	8,67	5,47		
Objęcie izolacją domową/zwolnieniem lekarskim										
Nie		2021 (86)	599 (30)	554 (27)	418 (21)	450 (22)	8,97	6,16		
Tak, byłem		141 (6)	29 (20)	39 (28)	31 (22)	41 (30)	10,49	6,12		
Tak, jestem		187 (8)	48 (26)	36 (20)	48 (26)	53 (28)	9,80	6,10		
Potwierdzenie COVID-19 u członka rodziny/ bliskiego przyjaciela										
		p = 0,061								
Tak		119 (5)	27 (23)	35 (29)	27 (23)	30 (25)	10,08	5,96		
Nie		2338 (95)	682 (29)	625 (27)	491 (21)	540 (23)	9,06	6,18		
Objęcie przymusową kwarantanną										
		p = 0,957								
Nie		2373 (97)	681 (29)	641 (27)	501 (21)	550 (23)	9,11	6,16		
Tak, byłem		60 (2)	22 (36)	12 (20)	10 (17)	16 (27)	9,13	7,02		
Tak, jestem		24 (1)	6 (25)	7 (29)	7 (29)	4 (17)	8,67	5,47		
Objęcie izolacją domową/zwolnieniem lekarskim										
		p = 0,0038								
Nie		2021 (86)	599 (30)	554 (27)	418 (21)	450 (22)	8,97	6,16		
Tak, byłem		141 (6)	29 (20)	39 (28)	31 (22)	41 (30)	10,49	6,12		
Tak, jestem		187 (8)	48 (26)	36 (20)	48 (26)	53 (28)	9,80	6,10		

w analizie kwestionariusza GAD-7 uzyskało wynik wskazujący na objawy lękowe o różnym stopniu nasilenia [18]. Badanie przeprowadzone na 1210 respondentach zamieszkujących Chiny wskazuje na występowanie objawów lękowych u 36% badanych [19]. Irańczycy w 51% wykazują cechy lękowe w czasie pandemii COVID-19 [7].

Należy jednak mieć na uwadze, że uzyskane wyniki mogą być zawyżone w odniesieniu do ogólnej oceny populacyjnej w związku ze znaczą przewagą kobiet we wszystkich przytoczonych badaniach, ponieważ kobiety znacząco częściej niż mężczyźni wykazują tendencje do występowania zaburzeń lękowych [7, 16, 18, 19].

Ograniczeniem badania jest sposób zbierania danych w postaci ankiety rozpozyszechnionej drogą internetową, jednak ta metoda badawcza zyskuje coraz większe uznanie z uwagi na możliwość szybkiego zebrania danych w krótkim czasie oraz zupełną anonimowość badanych. Współczesne doniesienia światowe sugerują, że ludzie czują się bardziej komfortowo wypełniając ankiety za pośrednictwem internetu [20]. Badanie przeprowadzone przez australijskich naukowców udowodniło, że więcej młodych respondentów potwierdziło doznawanie psychologicznego cierpienia (*distress*) w badaniu internetowym niż podczas zastosowania metody CATI (*computer-assisted telephone interviewing*) [21, 22]. Należy również zauważyć, że podczas pandemii, z uwagi na izolację społeczną, jest to właściwie jedyna, łatwo dostępna metoda badawcza.

Z uwagi na formę i charakter zbieranych danych autorzy pracy nie mają możliwości zaoferowania respondentom wsparcia psychologicznego. Udział w badaniu może przyczynić się do pogłębienia przemyśleń na temat własnej kondycji psychicznej oraz zwiększenia samoświadomości ludzi w ocenie konieczności zasięgnięcia porady specjalistycznej.

Analizując wyniki badania, udowodniono wpływ pandemii COVID-19 na kondycję psychiczną – pod postacią lęku – społeczeństwa polskiego. Do głównych stresorów zaliczyć można niepewność ekonomiczną oraz znaczne ograniczenie codziennego funkcjonowania społecznego. Niestabilność sytuacji oraz obawy co do jej wpływu na przyszłość, doprowadza do narastającej niepewności, frustracji oraz lęku o jakość życia po pandemii. Należy mieć na uwadze, że okres pandemii jest szczególnym czasem dla wszystkich i wspólne działania władzy, ochrony zdrowia i służb porządkowych powinny doprowadzić do złagodzenia poczucia niepewności i obawy wśród Polaków. Wsparcie społeczne jest niezbędnym aspektem w powolnej drodze powrotu do normalności. W przypadkach szczególnie nasilonych, nieprzemijających objawów wskazana jest konsultacja psychiatryczna.

Wnioski

1. Pandemia COVID-19 w znaczący sposób wpłynęła na kondycję psychiczną Polaków, powodując wzrost poczucia lęku, strach oraz obawę o przyszłość.
2. 71% ankietowanych w różnym stopniu wykazało lęk o różnym stopniu natężenia, przy czym 44% respondentów uzyskało wynik w skali GAD-7 wskazujący na występowanie cech zespołu lęku uogólnionego.
3. Kobiety znamienne częściej wykazują tendencje do zaburzeń lękowych w dobie pandemii COVID-19 aniżeli mężczyźni.
4. Istnieje potrzeba wsparcia psychicznego Polaków w dobie pandemii COVID-19.

Piśmiennictwo

1. Huang C, Wang Y, Li X i wsp. *Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China*. *Lancet* 2020; 395: 497–506.
2. World Health Organization. *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020*. Available Online: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/whodirector-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020> (Accessed on March 12 2020).
3. Lee AM, Wong, JG, McAlonan, GM, Cheung V, Cheung C, Sham PC, Chu CM, Wong PC, Tsang KW, Chua SE. *Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak*. *Can. J. Psychiatry* 2007; 52: 233–240. Doi: 10.1177/070674370705200405.
4. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. *Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients*. *Compr. Psychiatry* 2018; 87: 123–127. Doi: 10.1016/j.comppsy.2018.10.003.
5. Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. *A Nationwide Survey of Psychological Distress Among Chinese People in the COVID-19 Epidemic: Implications and Policy Recommendations*. 2020. [gpsych.bmj.com](https://www.gpsych.bmj.com).
6. Zandifar A, Badrfam R. *Iranian mental health during the COVID-19 epidemic*. *Asian J. Psychiatr.* 2020; 51.
7. Moghanibashi-Mansourieh A. *Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak*. *Asian Journal of Psychiatry* 2020; 51: 102076. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102076>.
8. <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/poland/>
9. Spitzer RL i wsp. *A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. The GAD-7*. *Arch. Intern. Med.* 2006; 166: 1092.
10. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. *Archives of General Psychiatry* 1961, 4: 53–63.
11. Beck AT, Beck RW. *Screening Depressed Patients in Family Practice*. *Postgraduate Medicine* 1972. 52(6): 81–85. Doi:10.1080/00325481.1972.11713319.
12. Oliver JPI, Huxley PJ, Priebe S, Kaiser W. *Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 1997; 32: 76–83.
13. Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. *Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)*. *Int. J. Soc. Psychiatry* 1999; 45: 7–12.
14. Xiao C. *A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-Related psychological and mental problems: structured letter therapy*. *Psychiatry Investig.* 2020, 17(2): 175–176.
15. Kmietowicz Z. *Rules on isolation rooms for suspected COVID-19 cases in GP surgeries to be relaxed*. *BMJ.* 2020; 368 p. m707 Clinical research ed.
16. Kiejna A, Piotrowski P, Adamowski T i wsp. *Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska*. *Psychiatr. Pol.* 2015; 49: 15–27.
17. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry : behavioral sciences/ clinical psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
18. Cao W, Fang Z, Hou G. *The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China*. *Psychiat. Res.* 2020; 287:112934.

19. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS. *Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in china*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020; 17(5): 1729.
20. Heerwegh D. *Mode differences between face-to-face and web surveys: an experimental investigation of data quality and social desirability effects*. Int. J. Public Opin. Res. 2009; 21(1): 111–121.
21. Burns J, Christensen H, Luscombe G, Mendoza J, Bresnan A, Blanchard M i wsp. *Game on: Exploring the impact of technologies on young men's mental health and wellbeing. Findings from the First Young and Well National Survey*. Melbourne: Young and Well Cooperative Research Centre; 2013.
22. Milton AC, Ellis LA, Davenport TA, Burns JM, Hickie IB. *Comparison of Self-Reported Telephone Interviewing and Web-Based Survey Responses: Findings From the Second Australian Young and Well National Survey*. JMIR Ment. Health 2017; 4(3): e37.
23. Bai YX, Gegan T, Hai H, Liu ZH, Wang WR, Wang ZG. *Correlation between psychological changes of the community crowd and the social support in grave public health event*. Inner Mongolia Med. J. 2005; 37(4): 295–297.

Adres: Mateusz Babicki
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
51-141 Wrocław, ul. Syrokomli 1
e-mail: ma.babicki@gmail.com

Otrzymano: 1.06.2020

Zrecenzowano: 10.06.2020

Otrzymano po poprawie: 6.08.2020

Przyjęto do druku: 7.08.2020