



# Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19 - raport z pierwszej fali badania podłużnego



dr hab. Małgorzata Gambin<sup>a1</sup>, dr Marcin Sękowski<sup>b\*</sup>, dr Małgorzata Woźniak-Prus<sup>b\*</sup>, dr Andrzej Cudo<sup>c</sup>, dr Karolina Hansen<sup>a</sup>, mgr Joanna Gorgol<sup>a</sup>, dr hab. Mirosława Huflejt-Łukasik<sup>a</sup>, dr hab. Grażyna Kmita<sup>a</sup>, Karolina Kubicka<sup>a</sup>, mgr Agnieszka Ewa Łyś<sup>a</sup>, prof. dr hab. Dominika Maison<sup>a</sup>, dr Tomasz Oleksy<sup>a</sup>, dr Anna Wnuk<sup>d</sup>

\*Autorzy o takim samym wkładzie w opracowanie raportu.

a - Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

b - Instytut Psychologii, Akademia Pedagogiki Specjalnej im Marii Grzegorzewskiej

c - Wydział Nauk Społecznych, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

d - Instytut Studiów Społecznych im. Profesora Roberta Zajonca, Uniwersytet Warszawski

## PODSUMOWANIE

W dniach 4-8 maja 2020 roku zostało przeprowadzone badanie na panelu internetowym na ogólnopolskiej próbie losowo-kwotowej 1179 dorosłych osób mieszkających w Polsce (reprezentatywność pod względem wieku, płci oraz wielkości miejsca zamieszkania). W badaniu uzyskano następujące wyniki:

- W grupie ryzyka klinicznego nasilenia objawów depresyjnych w grupie wiekowej 18-34 lata było przed pandemią 16,2% badanych, a w czasie pandemii 36,6%.
- Osoby w grupie wiekowej 18-24 lata przejawiają najwyższy (istotnie wyższy niż pozostałe grupy wiekowe) poziom objawów depresji i lęku uogólnionego w czasie epidemii (w okresie dwóch tygodni przed datą badania), natomiast osoby w grupach wiekowych 55-64 lata i powyżej 64 lat charakteryzują się najniższym nasileniem objawów depresji i lęku uogólnionego.
- U osób młodych (18-24 lata) nasilenie objawów lękowych i depresyjnych nie wiąże się z poczuciem zagrożenia zdrowia i życia własnego oraz bliskich, lecz jest dodatnio

---

<sup>1</sup> autor korespondencyjny: Małgorzata Gambin: mgambin@psych.uw.edu.pl

skorelowane z ograniczeniami wolności, nudą, trudnymi relacjami w rodzinie, poczuciem osamotnienia, zmęczeniem zaistniałą sytuacją i brakiem prywatności.

- U osób w wieku powyżej 55 roku życia nasilenie objawów lęku i depresji wiąże się z większym poczuciem zagrożenia zdrowia i życia własnego oraz bliskich, a także między innymi z poczuciem samotności, zmęczeniem sytuacją, brakiem spotkań z innymi ludźmi, koniecznością zmiany stylu życia i ograniczeniami wolności.
- Osoby, które są stanu wolnego (single) oraz osoby, które są w związku nieformalnym charakteryzują się wyższym nasileniem objawów depresji i/lub lęku uogólnionego niż osoby w związku małżeńskim i osoby rozwiedzione. W przypadku osób w związku nieformalnym najwyższy poziom lęku uogólnionego występuje u osób, które nie mieszkają razem ze swoim partnerem/partnerką.
- Niska ocena sytuacji materialnej wiąże się z wyższym nasileniem objawów depresji i lęku uogólnionego. Dodatkowo, osoby z wykształceniem wyższym magisterskim charakteryzują się najniższymi poziomami objawów depresyjnych i objawów lękowych (które były istotnie niższe niż poziomy tych objawów u osób z wykształceniem średnim).
- Osoby, które były lub są w kwarantannie lub izolacji domowej, były/są zakażone lub są prawie pewne, że były/są zakażone koronawirusem oraz takie, które znają osobiście osoby, który były zakażone koronawirusem przejawiają wyższy poziom objawów depresji i lęku uogólnionego niż osoby, które nie miały takich doświadczeń.
- Osoby, które straciły ciągłość wynagrodzenia i/lub ich miejsce pracy zostało zamknięte charakteryzują się wyższym nasileniem objawów depresji i lęku uogólnionego niż osoby, które mają zapewnioną ciągłość wynagrodzenia i pracują zdalnie lub w ich sytuacji zawodowej nie wystąpiły żadne zmiany.

## WPROWADZENIE

Pandemia COVID-19 wiąże się z zagrożeniami dla zdrowia i życia ludzi na całym świecie z powodu samej choroby, jak i jej powikłań (Anderson i in., 2020). Jest ona również powodem ogromnych zmian w codziennym funkcjonowaniu, z których duża część (choć nie wszystkie) postrzegana może być jako zmiany negatywne. Czynniki te przyczyniać się mogą do nasilenia dystresu psychologicznego, w tym objawów depresji i lęku w całej populacji kraju objętego pandemią, co potwierdzają wstępne wyniki badań przeprowadzonych w Polsce (Dragan, 2020) i na świecie (m.in. Qiu i in., 2020; Rajkumar, 2020). Z jednej strony, wydaje się, że podwyższone nasilenie symptomów depresyjnych i lękowych u dorosłych Polaków w czasie epidemii jest naturalną reakcją na ogromne zmiany, wyzwania, zagrożenia i niepewność związaną z epidemią i jej konsekwencjami (Heitzman, 2020; Huflejt-Łukasik, 2010). Z drugiej strony jednak, u niektórych osób, epidemia i jej następstwa osobiste, społeczne i ekonomiczne prowadzić mogą do nasilenia stresu w stopniu, który przekracza zdolności jednostki do przystosowania i radzenia sobie, prowadząc do rozwinięcia objawów depresyjnych i lękowych o istotnym klinicznie nasileniu.

Przypuszczać można, że pewne grupy osób są w sposób szczególny narażone na przeciążenie stresem związanym z konsekwencjami epidemii, a w efekcie na rozwinięcie objawów depresji i/lub lęku uogólnionego. U części osób, może to być efekt intensywniejszego doświadczania problemów, z którymi mierzyły się one również przed epidemią (np. osoby, które oceniają nisko swoją sytuację finansową mogą obawiać się jeszcze większego pogorszenia w tym zakresie na skutek epidemii; osoby wchodzące w dorosłość mieszkające z rodzicami mogą mierzyć się z nasilonymi konfliktami interpersonalnymi w domu). U innych osób, sytuacje wcześniej naturalne, na skutek ograniczeń wprowadzonych w czasie pandemii, przekształcać się mogą w sytuacje trudne, zwiększając niepokój i/lub przygnębienie (np. osoby mieszkające samotnie mogą doświadczać nasilonego poczucia osamotnienia na skutek ograniczenia kontaktów z innymi spoza gospodarstwa domowego; jednostki, które nie mieszkają razem ze swoim/swoją partnerem/partnerką przeżywać mogą silną tęsknotę i bezradność z powodu ograniczenia możliwości osobistych kontaktów z bliską osobą).

W sposób szczególny epidemia dotykać może tych, którzy w jej czasie mierzyć się muszą dodatkowo z zupełnie nowymi, poważnymi wyzwaniami. W tym kontekście wymienić można m.in. uczniów i studentów, którzy zmuszeni zostali do przestawienia się na edukację zdalną, co budzić mogło lęk przed nieporadzeniem sobie w nowej sytuacji i poczucie

przygnębienia z powodu piętrzących się wyzwań, przy niedostatecznych zasobach i kompetencjach w zakresie korzystania z nowych technologii komunikacyjnych.

Wszystkie wymienione tu sytuacje wymuszają rozwinięcie nowych strategii zaradczych lub obronnych. W przypadku braku możliwości lub poważnych trudności w rozwinięciu skutecznych sposobów radzenia sobie, zwłaszcza przy braku wsparcia społecznego, dochodzić może do przeciążenia emocjonalnego. To przeciążenie przybierać może formę niepokoju i smutku, których postać i nasilenie zbliżone są do objawów zaburzeń depresyjnych i/lub lękowych o istotnym klinicznie nasileniu. Przypuszczać można, że w większości przypadków stany te, rozwinięte podczas pandemii, są wyrazem przejściowych problemów adaptacyjnych. U części osób tego typu objawy stanowią jednak przejaw poważniejszych problemów psychicznych, wymagających profesjonalnej pomocy psychiatrycznej i/lub psychologicznej.

Grupą osób narażoną na wyjątkowo silny stres podczas pandemii są jednostki, które doświadczyły realnego zagrożenia zdrowia (a niekiedy życia) na skutek zakażenia koronawirusem (Sękowski i in., 2020). Przypuszczać można, że mogą one być szczególnie narażone na rozwinięcie objawów depresyjnych i lękowych. Inną grupą, która może w sposób szczególny borykać się z tego typu trudnościami emocjonalnymi, są osoby pozostające w kwarantannie z powodu zwiększonego ryzyka zakażenia. Także jednostki, które straciły pracę i/lub ciągłość wynagrodzenia w czasie epidemii znajdować się mogą w grupie podwyższonego ryzyka.

Istnieje potrzeba badań dotyczących skali i nasilenia występowania dystresu emocjonalnego, w tym objawów depresji i lęku uogólnionego, w różnych krajach. Ważna jest również identyfikacja grup ryzyka występowania klinicznego nasilenia tych objawów. Szczególnie pomocne dla wskazania takich grup ryzyka wydaje się przeprowadzanie badań na próbach reprezentatywnych, pozwalające określić skalę i nasilenie dystresu emocjonalnego w różnych grupach wiekowych, zamieszkałych zarówno w wielkich i małych miastach, jak i na wsi oraz z różnym poziomem wykształcenia. Celem naszego raportu jest wskazanie grup ryzyka występowania wysokiego nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego w Polsce.

Wyniki zaprezentowane w raporcie są przedstawione na bazie wybranych zmiennych z projektu badawczego Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego koordynowanego przez dr hab. Małgorzatę Gambin *Psychologiczne aspekty epidemii COVID-19 w Polsce*

przeprowadzonego przez firmę *Ariadna*, jak również z projektu badawczego dr Marcina Sękowskiego *Związki między przywiązaniem i organizacją osobowości a objawami zaburzeń osobowości borderline i depresji* (analizy dotyczące ryzyka klinicznego nasilenia objawów depresyjnych przed pandemią). Procedury obydwu badań zostały zatwierdzone przez odpowiednie komisje do spraw etyki badań naukowych.

## OPIS PRÓBY I NARZĘDZI BADAWCZYCH

### Osoby badane

Badanie zostało zrealizowane na próbie 1179 osób, która była reprezentatywna dla populacji Polaków pod względem płci, wieku oraz wielkości miejsca zamieszkania. W próbie było 99% (n = 1172) osób deklarujących, że Polska jest ich krajem pochodzenia. Pośród badanych było 586 kobiet (49,7%) i 593 mężczyzn (50,3%). Wiek badanych wynosił od 18 do 85 lat (M = 44,47; SD = 15,769). Wśród osób badanych 37,6% było mieszkańcami wsi, 12,6% małego miasta (do 20 tys. mieszkańców), 20,9% średniego miasta (20-99 tys. mieszkańców), 17,3% dużego miasta (100-500 tys. mieszkańców), a 11,5 % badanych mieszkało w wielkim mieście (powyżej 500 tys. mieszkańców). Struktura demograficzna próby odzwierciedlała strukturę demograficzną całej populacji Polaków

Badanie było przeprowadzone między 4 a 8 maja 2020 roku. Od wykrycia pierwszego przypadku zakażenia koronawirusem w Polsce minęły wówczas dwa miesiące. Był to również okres, w którym został wprowadzony II etap odmrażania gospodarki.

### Narzędzia badawcze

**Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9** (Kroenke i in., 2001) to narzędzie przesiewowe służące do oceny ryzyka zaburzeń depresyjnych. Składa się ono z 9 pytań zasadniczych i jednego pytania dodatkowego. Pytania zasadnicze dotyczą częstości występowania w ostatnich dwóch tygodniach objawów depresji, opisanych w kryteriach diagnostycznych DSM-IV. Osoba badana udziela odpowiedzi na skali: od 0="wcale nie dokuczały" do 3="niemal codziennie". Pytanie dodatkowe, które nie jest wliczane do wyniku ogólnego, odnosi się do stopnia w jakim objawy zakłócały funkcjonowanie badanego. Im wyższy wynik w PHQ-9 (w zakresie od 0 do 27 punktów), tym większe nasilenie objawów depresyjnych. W polskich

badaniach ustalono, że optymalny punkt odcięcia, sugerujący klinicznie istotne nasilenie objawów depresyjnych wynosi  $> 12$  punktów (Kokoszka i in., 2016). Kwestionariusz charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. W badaniu wykorzystaliśmy polskie tłumaczenie PHQ-9 opracowane przez MAPI Research Institute ([www.phqscreeners.com](http://www.phqscreeners.com)). Wartość współczynnika rzetelności alfa Cronbacha dla kwestionariusza wyniosła w naszym badaniu  $\alpha = 0,91$ .

**Kwestionariusz Zespołu Lęku Uogólnionego GAD-7** (Spitzer i in., 2006) to narzędzie przesiewowe służące do oceny ryzyka zespołu lęku uogólnionego. Składa się ono z 7 pytań dotyczących częstotliwości występowania objawów zespołu lęku uogólnionego w czasie ostatnich dwóch tygodni. Osoba badana odnosi się do pytań, udzielając odpowiedzi na czteropunktowej skali, od 0="wcale nie dokuczały" do 3="niemal codziennie". Im wyższy wynik (w zakresie od 0 do 21 punktów) tym większe nasilenie objawów zespołu lęku uogólnionego. Autorzy narzędzia donoszą, że optymalny punkt odcięcia sugerujący klinicznie istotne nasilenie zespołu lęku uogólnionego to 10 punktów. W naszym badaniu wykorzystaliśmy wersję GAD-7 przetłumaczoną na język polski przez MAPI Research Institute ([www.phqscreeners.com](http://www.phqscreeners.com)). Uzyskana wartość współczynnika rzetelności alfa Cronbacha dla kwestionariusza wyniosła w naszym badaniu  $\alpha = 0,94$ .

W przypadku obydwu narzędzi osoby badane były również pytanie, w jakim stopniu objawy danego syndromu wiążą się z epidemią COVID-19 i jej konsekwencjami.

**Pytania dotyczące sytuacji związanej z epidemią:** bycie w kwarantannie lub izolacji domowej, zrażenie lub podejrzenie bycia zakażonym, posiadanie osób zakażonych wśród osób znajomych, sytuacja zawodowa związana z epidemią, przeżywane trudności związane z epidemią.

**Pytania dotyczące zmiennych demograficznych:** wieku, wykształcenia, stanu cywilnego/sytuacji osobistej, posiadania dzieci, miejsca zamieszkania, sytuacja materialna.

### **Strategia analizy danych**

Ryzyko klinicznego *nasilenia objawów depresji* oraz *nasilenie objawów lęku uogólnionego* zostało zoperacjonalizowane zgodnie z wytycznymi przedstawionymi przez autorów poszczególnych narzędzi badawczych lub ich adaptacji (Kokoszka i in., 2016; Kroenke i in., 2001; Spitzer i in., 2006). W celu sprawdzenia czy prawdopodobieństwo wystąpienia istotnego klinicznie nasilenie objawów depresji i objawów lęku uogólnionego jest podobne w grupie kobiet i mężczyzn, wykorzystano współczynnik ryzyka względnego (RR)

oraz iloraz szans (OR; Altman, 1991). Dla współczynnika ryzyka względnego (RR) oraz ilorazu szans (OR) wyznaczono również 95% przedziały ufności (95% CI).

Zmienne *nasilenie objawów depresji* oraz *nasilenie objawów lęku uogólnionego* charakteryzowały się skośnością i kurtozą niższą niż 1. W związku z tym można założyć, że ich rozkłady dążyły do rozkładu normalnego i można wykorzystać w analizach testy parametryczne. W celu analizy różnic między poszczególnymi grupami (m.in. różnymi grupami wiekowymi, grupami z różnym stanem cywilnym i sytuacją zawodową) pod względem nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego przeprowadzono analizę wariancji w modelu 1-ANOVA oddzielnie dla symptomów depresji i lęku uogólnionego. Do weryfikacji różnic pomiędzy poszczególnymi grupami wykorzystano testy post-hoc Bonferroniego w sytuacji spełnienia założenia o homogeniczności wariancji oraz testy T3 Dunnetta w sytuacji niespełnienia założenia o homogeniczności wariancji. Ocena wielkości efektu dla poszczególnych analiz wariancji została dokonana z wykorzystaniem współczynnika częściowa eta kwadrat ( $\eta^2_p$ ).

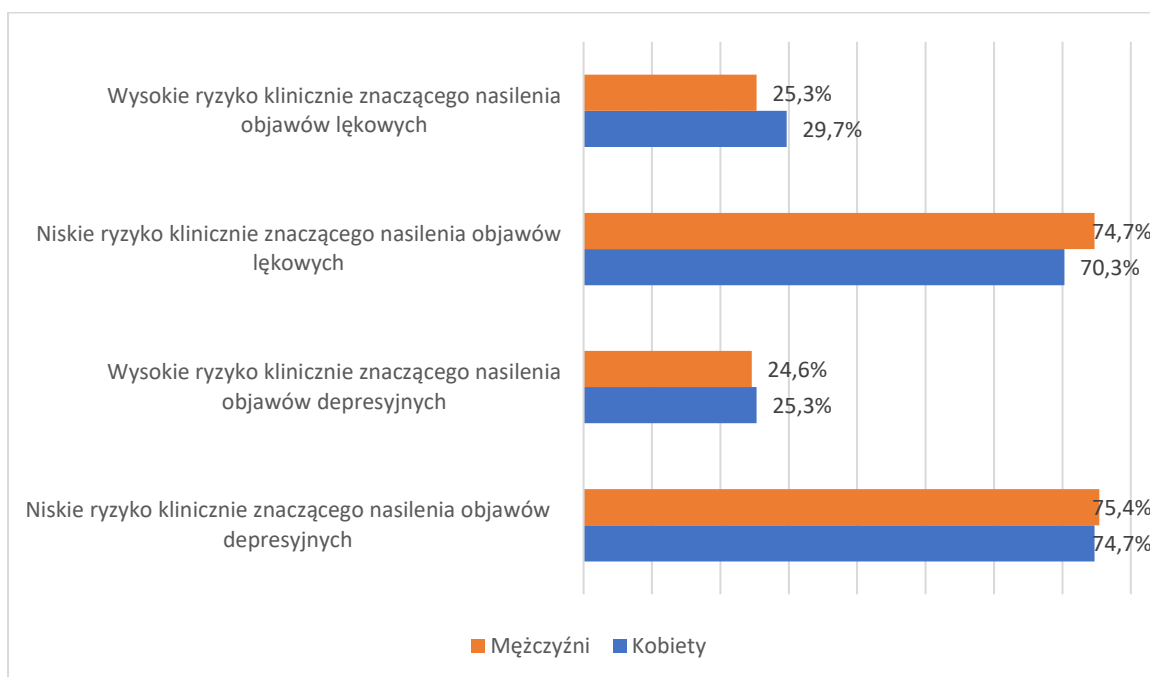
W przypadku występowania bardzo dużych różnic w wielkości grup (np. w przypadku zmiennych dotyczących przebywania w kwarantannie/izolacji domowej lub bycia/podejrzenia bycia zakażonym) wykorzystano testy nieparametryczne. Dla poszczególnych analiz z wykorzystaniem testu U Manna-Whitneya oceny wielkości efektu dokonano z wykorzystaniem współczynnika eta kwadrat ( $\eta^2$ ; Fritz i in., 2012).

W raporcie przedstawiono także analizy dodatkowe pozwalające lepiej zrozumieć uzyskane wyniki. Analizy te (m.in. związki depresji i lęku z trudnościami związanymi z epidemią w różnych grupach wiekowych) nie zostały zaprezentowane szczegółowo w tym doniesieniu, lecz będą przedstawione w kolejnych raportach i/lub artykułach naukowych.

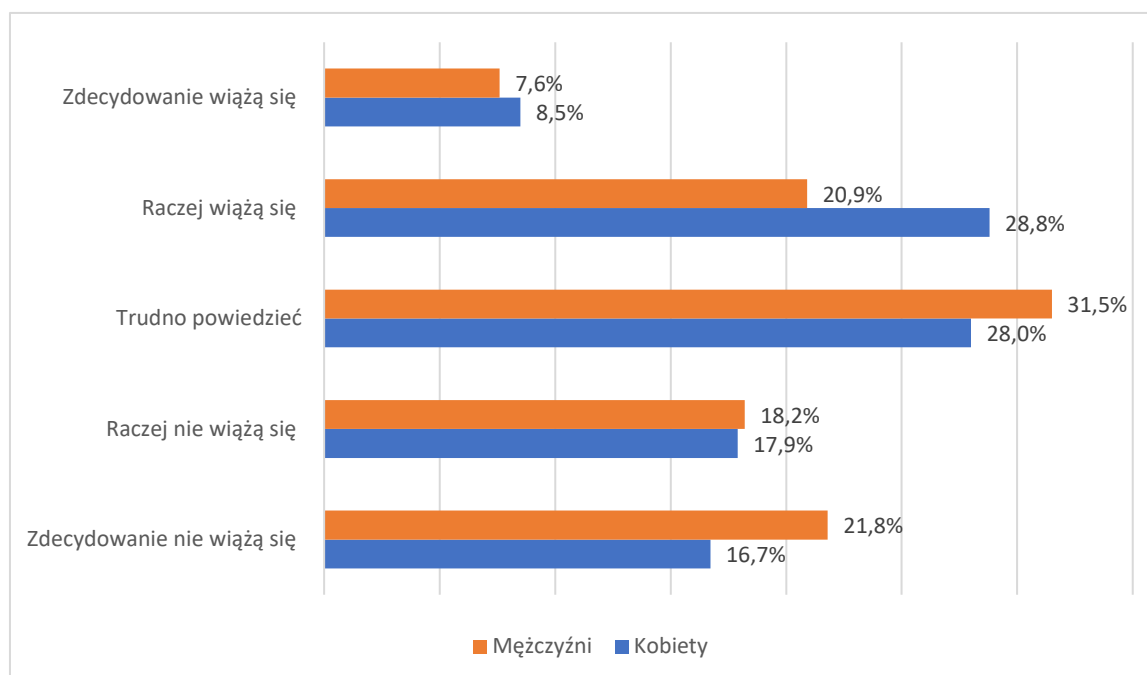
## **RYZIKO KLINICZNEGO NASILENIA OBJAWÓW DEPRESYJNYCH I LĘKOWYCH W TRAKCIE PANDEMII U KOBIET I MĘŻCZYŹN**

W celu określenia ryzyka klinicznego nasilenia objawów depresyjnych i lękowych w trakcie pandemii COVID-19 u kobiet i mężczyzn, na początku sprawdzono, jaki odsetek osób badanych podzielonych ze względu na płeć doświadcza klinicznie istotnego natężenia symptomów depresji i lęku uogólnionego. Następnie określono, jaki procent badanych kobiet i mężczyzn wiąże objawy depresyjne i lękowe doświadczane w czasie ostatnich dwóch tygodni (o ile występowały) z epidemią i jej konsekwencjami. Zaprezentowane poniżej wykresy ukazują wyniki tych analiz (Rysunek 1, 2, i 3).

**Rysunek 1. Ryzyko kliniczne znaczącego nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego w trakcie pandemii COVID-19**

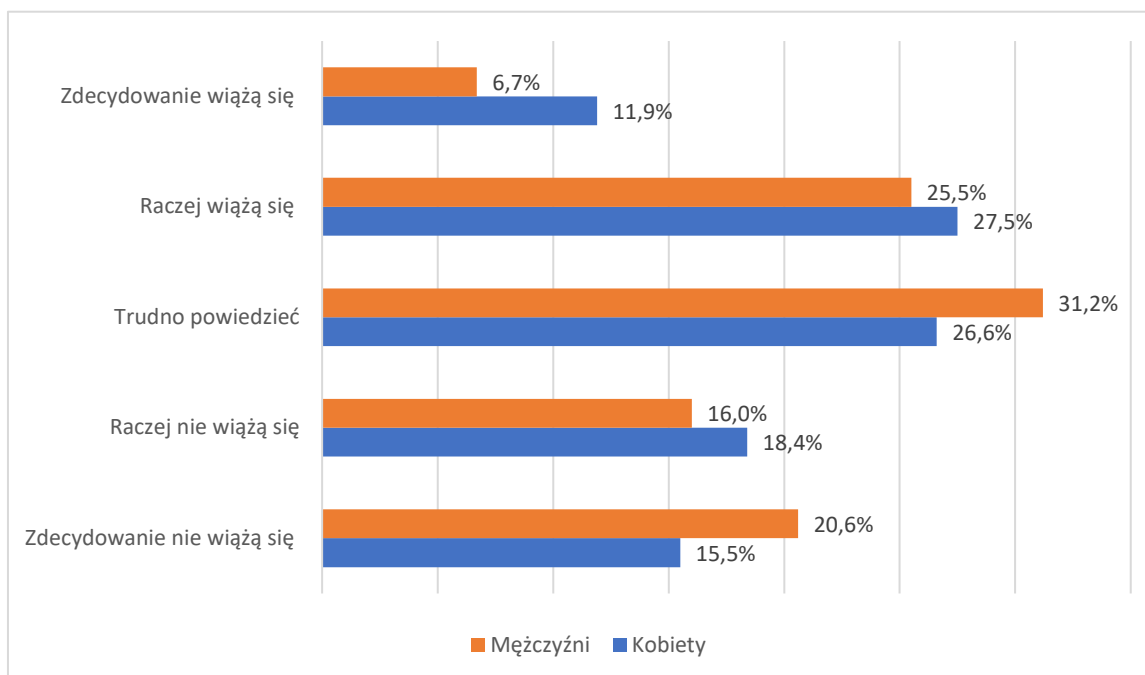


**Rysunek 2. Postrzegany przez osoby badane związek objawów depresji z pandemią COVID-19 i jej konsekwencjami (W jakim stopniu powyższe zachowania i odczucia wiążą się z epidemią COVID-19 i jej konsekwencjami?)**





**Rysunek 3. Postrzegany przez osoby badane związek objawów lęku uogólnionego z pandemią COVID-19 i jej konsekwencjami (W jakim stopniu powyższe zachowania i odczucia wiążą się z epidemią COVID-19 i jej konsekwencjami?)**



Uzyskane przez nas wyniki wskazują, że prawdopodobieństwo wystąpienia wysokiego ryzyka klinicznie znaczącego nasilenia objawów depresyjnych jest podobne w grupie kobiet i w grupie mężczyzn (RR = 1,025; p = 0,801; 95% CI [0,841; 1,250]; OR = 1,034; p = 0,801; 95% CI [0,795; 1,347]). Również prawdopodobieństwo wystąpienia wysokiego ryzyka klinicznie znaczącego nasilenia objawów lęku uogólnionego jest podobne w obu analizowanych grupach (RR = 1,174; p = 0,091; 95% CI [0,975; 1,414]; OR = 1,247; p = 0,091; 95% CI [0,965; 1,611]).

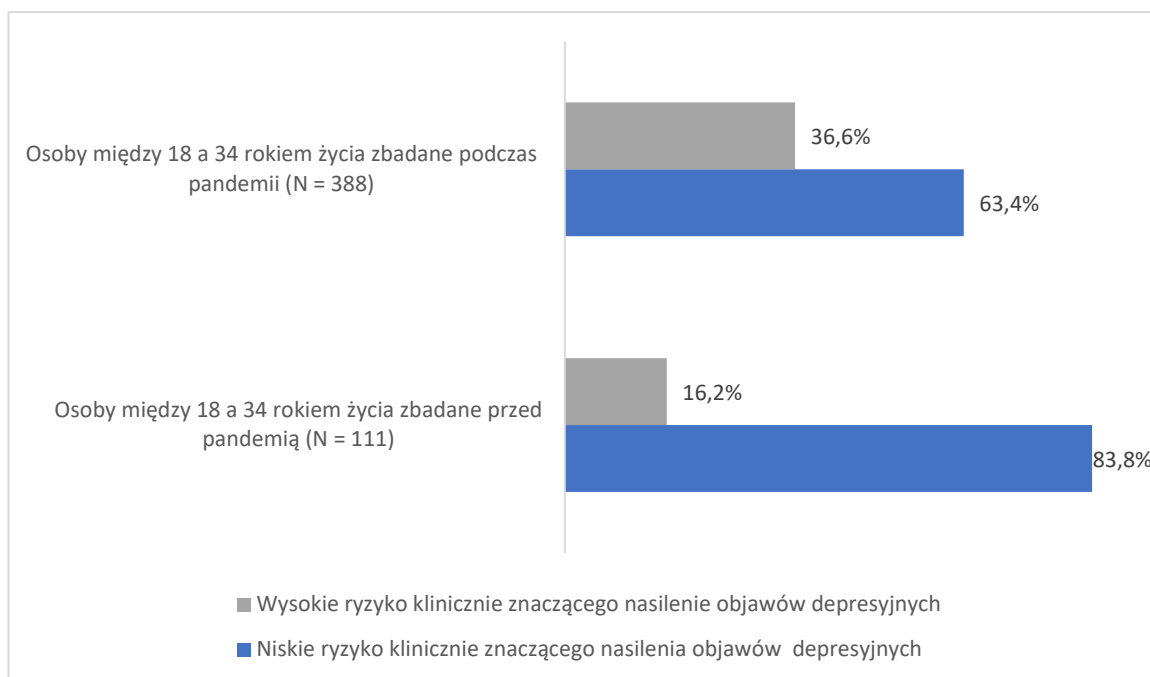
### **RYZIKO KLINICZNEGO NASILENIA OBJAWÓW DEPRESYJNYCH PRZED PANDEMIĄ I W TRAKCIE PANDEMII**

Nasz zespół badawczy dysponował wynikami badań z zastosowaniem kwestionariusza PHQ-9 służącego do pomiaru nasilenia objawów depresyjnych, na próbie 111 osób (51 kobiet i 60 mężczyzn) w wieku 18-34 lat (M = 24,25; SD = 3,78). Badania przeprowadzono w okresie przed pandemią, między lipcem a październikiem 2019 w województwach mazowieckim, lubelskim i pomorskim. Próbę zebrano metodą kuli śnieżnej. Osoby badane wypełniały w

wersji papierowej kwestionariusz PHQ-9 i ankietę osobową dotyczącą charakterystyk socjodemograficznych. Na wsi zamieszkiwało 37,8% badanych, 30,6% mieszkało w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców, 18,9% w mieście od 20 do 100 tys. mieszkańców, 9,9% w mieście od 100 do 500 tys. mieszkańców, a 2,7% w mieście do 20 tys. mieszkańców. 62,2% badanych miała wykształcenie średnie, 21,6% wyższe licencjackie, 12,6% wyższe magisterskie, 2,7% zawodowe, a 0,9% podstawowe. Wśród badanych 51,4% było z związku nieformalnym, 33,3% było singlami, 14,4% było w związku małżeńskim, a 0,9% było rozwiedzionych. Ponadto, 59,5% pracowało zawodowo, 19,8% pracowało i studiowało, 13% studiowało, 0,9% scharakteryzowało swoją sytuację zawodową jako “inną”, 0,9 osób było bezrobotnych, a 4,5 nie udzieliło odpowiedzi dotyczącej sytuacji zawodowej.

Zdecydowaliśmy się zestawić ze sobą częstości występowania ryzyka klinicznego nasilenia objawów depresyjnych w próbie przebadanej przed pandemią oraz w grupie osób między 18 a 34 rokiem życia, wyodrębnionej spośród próby reprezentatywnej, zbadanej w czasie pandemii COVID-19 (rysunek 4).

**Rysunek 4. Ryzyko kliniczne znaczącego nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego przed oraz w trakcie pandemii COVID-19 u osób wieku 18-34 lata**



Zaprezentowane tutaj wyniki pochodzą z dwóch różnych badań, w których zastosowano odmienne metody doboru próby a kwestionariusz PHQ-9 wypełniany był w inny sposób (metodą papier-ołówek vs internetowo). Mimo to, rezultaty mają wartość heurystyczną, dostarczając orientacyjny obraz ryzyka klinicznego nasilenia objawów depresyjnych u osób między 18 a 34 rokiem życia przed pandemią i podczas pandemii. Przed pandemią 16,2% spośród osób przebadanych ujawniało wysoki poziom dystresu w postaci nasilonego smutku i przygnębienia o klinicznie istotnym nasileniu, a w czasie pandemii odsetek osób doświadczających takiego rodzaju dystresu jest ponad dwukrotnie większy (36,6%).

Ponadto, w podgrupie badanych, która w czasie pandemii przejawiała kliniczne nasilenie objawów depresyjnych, aż 43,9% osób uważa, że ich objawy depresyjne zdecydowanie lub raczej wiążą się z pandemią i jej konsekwencjami, a 37,4% nie potrafi ocenić czy tak jest. Co ważne, 18,7% deklaruje, że ich objawy depresyjne zdecydowanie lub raczej nie wiążą się z epidemią; odsetek ten jest dość zbliżony do rozpowszechnienia klinicznego nasilenia objawów depresyjnych w próbie zbadanej przed pandemią. Z dużym prawdopodobieństwem można więc wnioskować, że ponad dwukrotnie częstsze występowanie klinicznego nasilenia symptomów depresyjnych w czasie pandemii jest efektem samej epidemii i jej konsekwencji.

## **ZWIĄZKI OBJAWÓW DEPRESJI I LĘKU UOGÓLNIONEGO ZE ZMIENNYMI DEMOGRAFICZNYMI**

Poszukując grup, które są w sposób szczególnie narażone na rozwinięcie objawów depresyjnych i lękowych w czasie pandemii, przeprowadziliśmy porównania nasilenia symptomów depresji i lęku: w różnych grupach wiekowych; u osób z różnym poziomem wykształcenia i różną sytuacją materialną; u osób z różnym stanem cywilnym/sytuacją osobistą; oraz u osób mieszkających na wsi i w miastach o różnej wielkości.

### **Porównanie nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego u różnych grup wiekowych**

Przeprowadzono porównanie różnych grup wiekowych pod względem nasilenia objawów depresji oraz lęku uogólnionego (rysunek 5). Występują istotne różnice między grupami w nasileniu depresji ( $F_{(5,1178)} = 15,997$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2_p = 0,064$ ) oraz lęku uogólnionego

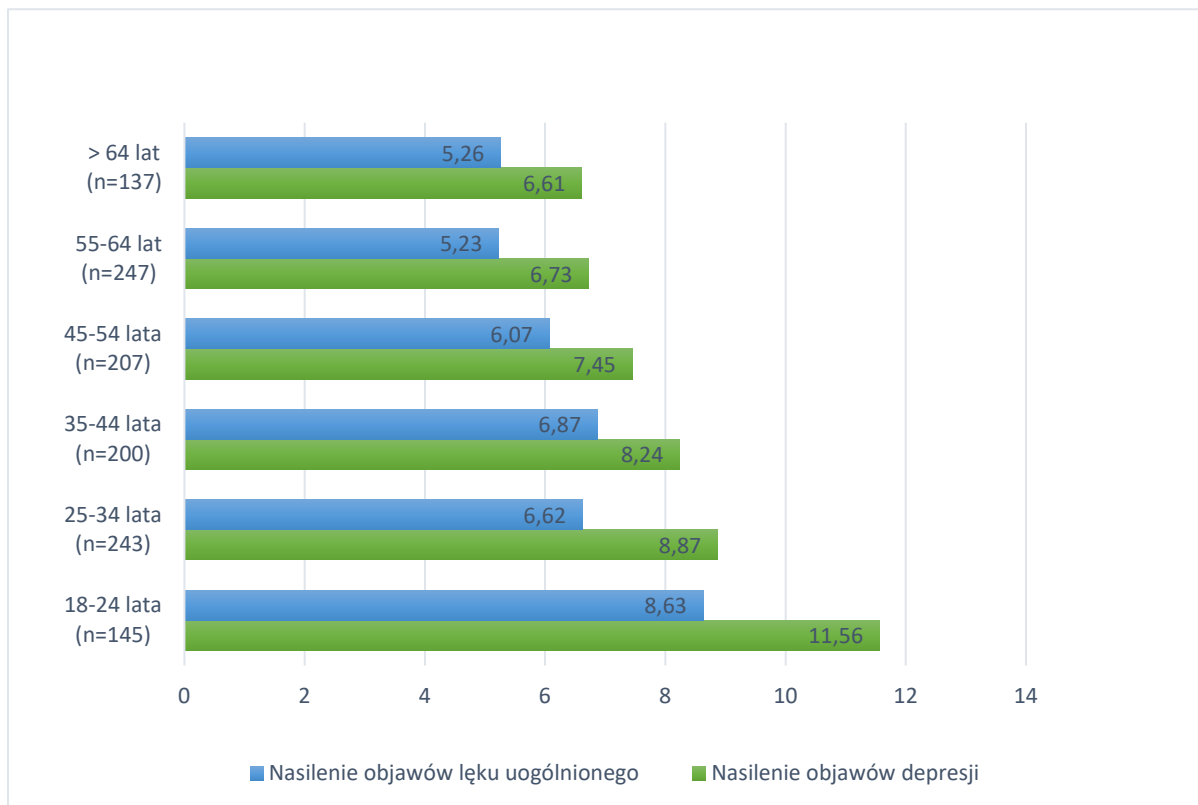
( $F_{(5,1178)} = 9,645$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2_p = 0,039$ ). Osoby w przedziale wiekowym 18-24 lata charakteryzują się najwyższym poziomem objawów depresji i lęku uogólnionego oraz różnią się istotnie pod tym względem od wszystkich pozostałych grup wiekowych.

Osoby w grupach wiekowych 55-64 lat oraz powyżej 64 roku życia charakteryzują się najniższym nasileniem objawów depresji i lęku uogólnionego. Osoby w wieku 55-64 lata przejawiają istotnie niższe nasilenie objawów depresji niż osoby z grup wiekowych 18-24 lata i 25-34 lata, jak również przejawiają istotnie niższy poziom objawów lęku uogólnionego niż osoby w grupach wiekowych 18-24 lata oraz 35-54 lata.

Osoby w wieku powyżej 64 lat mają istotnie niższy poziom objawów depresji niż osoby z grup wiekowych 18-24 lata i 25-34 lata oraz istotnie niższy poziom objawów lęku uogólnionego niż osoby w wieku 18-24 lata. Ponadto, analiza korelacyjna wykazała, że w badanej próbie wiek wiązał się ujemnie zarówno z nasileniem objawów depresyjnych ( $r = -0,231$ ;  $p < 0,001$ ), jak i lękowych ( $r = -0,180$ ;  $p < 0,001$ ).

Dodatkowe analizy wykazały także, że osoby w wieku 18-24 lata istotnie częściej niż wszystkie pozostałe grupy wiekowe przejawiają myśli samobójcze lub samoagresywne ( $F_{(5,1174)} = 11,859$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2_p = 0,048$ ). Z otrzymanych w badaniu danych wynika również, że dla ponad 60% młodych osób bardzo trudne lub raczej trudne są: ograniczenie w poruszaniu się i podróży, brak spotkań z przyjaciółmi i najbliższymi, brak spotkań z ludźmi w ogóle, jak również nuda i monotonia oraz poczucie ograniczenia wolności (decydowania o sobie). W porównaniu z osobami w wieku powyżej 54 roku życia osoby młode charakteryzują się istotnie wyższym poziomem samotności, zagubienia, ale także poczucia nudy i monotonii w trakcie epidemii ( $p < 0,05$ ). Średnio częściej wskazują także na problemy związane z trudnymi relacjami w rodzinie i z brakiem możliwości bycia samemu ( $p < 0,05$ ). Ponadto, u osób młodych nasilenie objawów lęku i depresji jest istotnie pozytywnie skorelowane z ograniczeniami wolności, nudą, ale także trudnymi relacjami w rodzinie, poczuciem osamotnienia, zmęczeniem zaistniałą sytuacją oraz niemożnością bycia w samotności (bez obecności innych ludzi) ( $p < 0,05$ ), jednak nie wiąże się z poczuciem zagrożenia dla zdrowia i życia własnego oraz bliskich. Dodatkowo, 36,6% osób w grupie wiekowej 18-24 lata zadeklarowało, że sytuacja finansowa ich rodziny uległa pogorszeniu.

**Rysunek 5. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego w różnych grupach wiekowych w trakcie pandemii COVID-19**



Według naszej wiedzy nie ma wyników badań wskazujących na to, aby osoby w grupie wiekowej 18-24 lata w Polsce w czasach przed pandemią charakteryzowały się najwyższym nasileniem objawów depresji. Generalnie, nie ma dostępnych rzetelnych danych umożliwiających porównanie nasilenia objawów depresji w różnych grupach wiekowych w Polsce. Badanie Zagdańskiej i Kiejny (2016) wskazuje, że 14,7% studentów doświadczyło epizodu depresji w swoim życiu, a 9,8% - przynajmniej rok przed badaniem. Wyniki wcześniejszych badań prowadzonych przed epidemią wskazywały na najwyższe ryzyko depresji u kobiet po 50 roku życia w Polsce (Kiejna, i in., 2015; Narodowy Fundusz Zdrowia, 2020). Natomiast na całym świecie najwyższe ryzyko wystąpienia depresji występuje u osób w grupie wiekowej 55-74 lata (World Health Organization, 2017). Z drugiej strony, Zagdańska i Kiejna (2016) podkreślają, że dostępna wiedza na temat częstości, nasilenia i przebiegu epizodów depresji wśród młodych dorosłych w Polsce jest fragmentaryczna i powierzchowna.

Wyniki naszego badania są zgodne z rezultatami badań uzyskanych w Chinach, które także wskazują na wyższe nasilenie objawów depresji i lęku u osób poniżej 35 roku życia niż u osób starszych w trakcie pandemii (Huang, Zhao, 2020). W czasie pandemii pojawiały się liczne doniesienia o dużych trudnościach doświadczanych przez uczniów i studentów, z

powodu zmian związanych z wprowadzeniem nauki zdalnej. Zmiany te wymagały przystosowania się do innego trybu nauki, poprzez przyswojenie często nowych umiejętności posługiwania się technologiami informatycznymi, konieczność reorganizacji przestrzeni w domu lub mieszkaniu. Wyzwaniem mógł być zwłaszcza fakt, że zmiany te musiały być przeprowadzone nagle, w związku z tym nie było możliwości, aby się na nie przygotować. Ponadto, negatywne emocje nasilać mogła niepewność co do możliwości uzyskania w przewidywanym wcześniej czasie promocji do następnej klasy lub na kolejny rok studiów. Wydaje się, że te przedłużające się stresujące sytuacje mogły być obciążeniem emocjonalnym przekraczającym zdolności adaptacyjne części osób na progu dorosłości, prowadząc do zwiększenia objawów depresji i lęku. Wprowadzenie nauki zdalnej związane było z ograniczeniem bezpośrednich kontaktów z rówieśnikami. W okresie wchodzenia w dorosłość duże znaczenie dla dobrostanu mają relacje rówieśnicze - kontakty z osobami spoza gospodarstwa domowego. Dla osób w grupie wiekowej 18-24 lata przymusowe pozostawanie w domu i brak możliwości osobistego kontaktu z rówieśnikami mógł skutkować pozbawieniem ważnego sposobu radzenia sobie ze stresem (w tym stresem związanym z różnymi konsekwencjami pandemii) i realizacji cenionych wartości. Dla wielu młodych ludzi szczególnie ważne są wyjazdy, podróże, branie udziału w różnych aktywnościach rozrywkowych, które obecnie zostały bardzo ograniczone. Jednym z zadań rozwojowych w okresie wchodzenia w dorosłość jest poszerzanie własnej autonomii, kosztem rozluźniania więzi z opiekunami, a ważnym źródłem poczucia niezależności jest na tym etapie życia możliwość spędzania czasu poza domem z bliskimi spoza gospodarstwa domowego (Bagwell i in., 2001; Pedersen, 2017). Dodatkowo, część studentów i młodych osób dorosłych wchodzących na rynek pracy musiała w trakcie epidemii wrócić do domu rodzinnego, jak również zwiększyła się ich zależność finansowa od rodziców, co doświadczane mogło być przez część młodych respondentów w kategoriach rozwojowego zastoju lub nawet cofnięcia się do sposobów funkcjonowania właściwych dla okresu dojrzewania.

Wielu studentów i młodych dorosłych podejmuje pracę na umowę zlecenie, w branżach, które są/były szczególnie dotknięte podczas pandemii (turystyka, gastronomia). W związku z tym, wiele takich osób mogło stracić w zupełności źródło dochodów lub zostało ono znacząco ograniczone. Studenci i młodzi dorośli często utrzymują się sami, a czasem wspierają też osoby z własnego gospodarstwa domowego. Pozostawanie w sytuacji materialnej, która powoduje niemożność zaspokojenia podstawowych, jak również bardziej złożonych potrzeb, może powodować wiele niepokoju i potęgować poczucie niepewności. Dodatkowe analizy

potwierdziły, że poczucie pogorszenia sytuacji finansowej wiąże się u młodych ludzi w naszym badaniu z wyższym poziomem lęku uogólnionego.

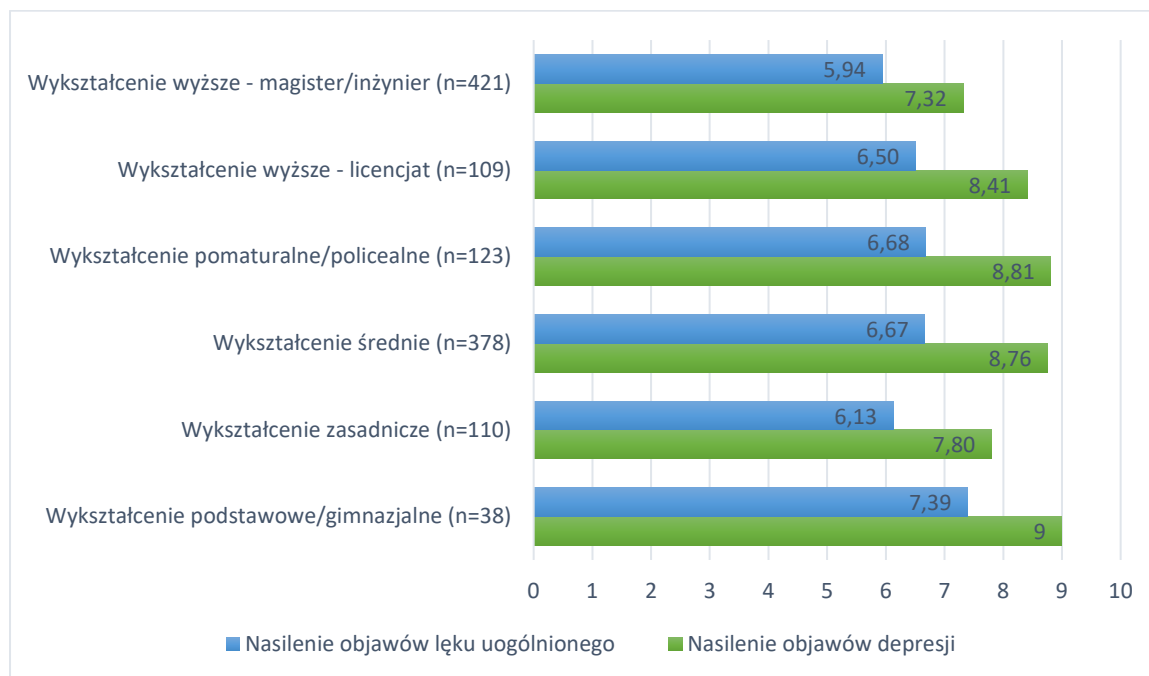
Osoby w grupach wiekowych 55-64 lata oraz powyżej 64 roku życia mogą mieć więcej dystansu do sytuacji związanej z epidemią ze względu na to, że doświadczyły w swoim życiu już wcześniej wielu zmian m.in. związanych z transformacją, mogą mieć poczucie, że poradziły sobie z wieloma trudnymi, kryzysowymi sytuacjami w trakcie swojego życia. Można również przypuszczać, że życie codzienne osób powyżej 64 roku życia nie uległo w związku z pandemią tak dużym zmianom, jak u osób młodszych często w większym stopniu aktywnych zawodowo i towarzysko. Dodatkowe analizy wykazały, że w tej grupie wiekowej nasilenie objawów lęku i depresji wiąże się z poczuciem zagrożenia dla zdrowia i życia własnego oraz bliskich, a także między innymi z poczuciem samotności, zmęczeniem sytuacją, brakiem spotkań z innymi ludźmi, koniecznością zmiany stylu życia i ograniczeniami wolności. Trzeba jednak pamiętać o tym, że w prezentowanym badaniu brały wyłącznie udział osoby korzystające z internetu. Nie wiemy jaki jest poziom nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego u osób powyżej 55 roku życia, które nie korzystają z internetu.

#### **Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego u osób z różnym poziomem wykształcenia oraz różną sytuacją materialną**

W kolejnej analizie przeprowadzono porównanie osób z różnym poziomem wykształcenia pod względem nasilenia objawów depresji oraz lęku uogólnionego (rysunek 6). Wyniki pokazały istotne statystycznie różnice między grupami z różnym poziomem wykształcenia w nasileniu objawów depresji ( $F_{(5,1173)} = 2,965$ ;  $p < 0,05$ ;  $\eta^2_p = 0,020$ ). Osoby ze średnim wykształceniem charakteryzują się wyższym nasileniem objawów depresji niż osoby z wyższym magisterskim wykształceniem. Pozostałe grupy nie różnią się między sobą istotnie pod względem nasilenia objawów. Jednak, trzeba wziąć pod uwagę, że w prezentowanym badaniu najbardziej liczne były grupy z wyższym magisterskim oraz średnim wykształceniem. Grupy osób z wykształceniem podstawowym/gimnazjalnym, zasadniczym, pomaturalnym/policealnym oraz z licencjatem miały mniejszą liczebność oraz większą wariację wewnątrzgrupową, co mogło wpłynąć na otrzymane wyniki. Analiza korelacyjna wskazuje, że poziom wykształcenia wiąże się bardzo słabo i negatywnie z nasileniem objawów depresyjnych ( $\rho = -0,07$ ;  $p < 0,05$ ), a ponadto nie wiąże się on istotnie z nasileniem objawów zespołu lęku uogólnionego ( $\rho = -0,05$ ;  $p = 0,105$ ).

Występuje negatywna korelacja o słabej sile sytuacji materialnej z nasileniem objawów depresji i lęku uogólnionego - im lepiej jest oceniana własna sytuacja materialna przez daną osobę tym niższe nasilenie objawów depresji ( $\rho = -0,143$ ;  $p < 0,01$ ) oraz lęku uogólnionego ( $\rho = -0,148$ ;  $p < 0,01$ ).

**Rysunek 6. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego u osób z różnym poziomem wykształcenia w trakcie pandemii COVID-19**



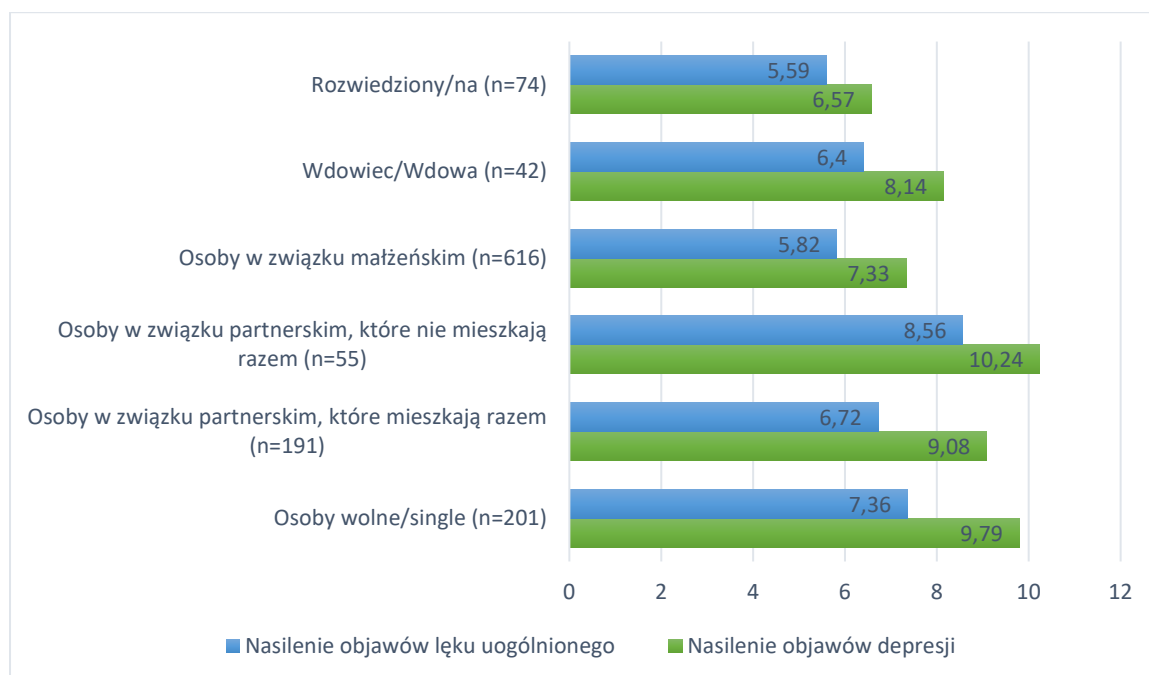
Jedną z poważniejszych socjoekonomicznych konsekwencji pandemii jest pogorszenie się sytuacji materialnej wielu Polaków. Wiele osób pracuje w zmniejszonym wymiarze godzin lub zostało całkowicie pozbawionych źródła dochodu. Poczucie znajdowania się w dobrej sytuacji materialnej (posiadania oszczędności, posiadania pracy, pewność wsparcia finansowego od najbliższych) może być ważnym czynnikiem ochronnym w obecnej sytuacji. Zapewnia ono przekonanie o kontroli i zabezpieczeniu najbardziej podstawowych oraz bardziej złożonych potrzeb. Dobra sytuacja materialna dawać może również przekonanie, że w przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych w czasie pandemii, znajdą się środki finansowe na uzyskanie leczenia i pomocy. Ten wynik jest zgodny również z wcześniejszymi badaniami podłużnymi prowadzonymi przed pandemią wskazującymi na to, że obniżenie się statusu socjoekonomicznego jest predyktorem wystąpienia objawów depresji (Freeman, i in., 2016; Lorant, i in., 2007).



### Porównanie nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego u osób z różnym stanem cywilnym/sytuacją osobistą

Przeprowadzono porównanie osób z różnym stanem cywilnym i różną sytuacją osobistą pod względem nasilenia objawów depresji oraz lęku uogólnionego (rysunek 7). Występują istotne statystycznie różnice między grupami z różnym statusem związku/stanem cywilnym w nasileniu objawów depresji ( $F_{(5,1174)} = 8,972$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2_p = 0,037$ ) oraz lęku uogólnionego ( $F_{(5,1174)} = 5,155$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2_p = 0,021$ ). Osoby, które są w związku małżeńskim oraz rozwiedzione charakteryzują się niższym nasileniem objawów depresji niż osoby, które są stanu wolnego oraz są w związku nieformalnym (zarówno mieszkające razem z partnerem, jak i niemieszkające razem z partnerem). Dodatkowo, u osób, które są w związku małżeńskim występuje niższy poziom objawów lęku uogólnionego niż u osób, które są stanu wolnego lub w związku nieformalnym, ale zarazem nie mieszkają razem z partnerem. Ponadto, osoby rozwiedzione przejawiają istotnie niższy poziom lęku uogólnionego niż osoby, które są w związku nieformalnym i zarazem nie mieszkają razem z partnerem. Osoby, które są w związku nieformalnym i mieszkają razem z partnerem nie różnią się istotnie pod względem nasilenia objawów lęku uogólnionego od pozostałych grup. Wdowcy/wdowy nie różnią się istotnie pod względem nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego od pozostałych grup.

**Rysunek 7. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego u osób z różnym stanem cywilnym/sytuacją osobistą w trakcie pandemii COVID-19**



Dla niektórych osób nie będących w związku romantycznym okres epidemii może być szczególnie trudny. Pandemia ogranicza możliwości spotkań towarzyskich, kulturalnych, rozrywkowych czy sportowych, które zapewniają kontakt z innymi ludźmi, umożliwiają nawiązywanie nowych relacji, w tym relacji romantycznych, oraz służą zaspokajaniu innych potrzeb. Osoby wolne (single) doświadczają mogą osamotnienia, przygnębienia i obaw z powodu ograniczonych możliwości bezpośrednich kontaktów koleżeńskich, które przed pandemią dostarczać mogły wsparcia i zaspakajać potrzebę afiliacji. Dodatkowe analizy wykazały, że osoby stanu wolnego czuły się częściej samotne od osób w związkach nieformalnych lub małżeńskich oraz osoby rozwiedzione. Natomiast, poczucie samotności jest pozytywnie skorelowane z nasileniem objawów depresji i lęku uogólnionego zarówno w tej grupie, jak w całej grupie osób badanych. Podwyższone nasilenie objawów lęku uogólnionego i depresji występowało również u osób w związkach nieformalnych - w szczególności u tych, które nie mieszkają razem z partnerem/partnerką. Wydaje się, że dla osób będących w związkach nieformalnych, które nie mieszkają z partnerem lub partnerką, ograniczenia związane z pandemią mogą prowadzić do nasilenia niepokoju z powodu utrudnień w swobodnym spotykaniu się z bliską osobą. W niektórych sytuacjach, wprowadzone przez państwo restrykcje zakłócać mogą planowanie wspólnej przyszłości przez osoby będące w związkach nieformalnych i pogłębiać poczucie niepewności.

Można przypuszczać, że niższe nasilenie objawów depresji u osób rozwiedzionych niż u osób stanu wolnego oraz w związku nieformalnym może z jednej strony wynikać z otwartości tej grupy osób na zmiany i nowe doświadczenia. Z drugiej strony w związku z tym, że doświadczyli już w swoim życiu dużych zmian związanych ze stratą, koniecznością przeformułowania funkcjonowania społecznego i wymagających poradzenia sobie w sytuacji niosącej wiele trudnych emocji (smutek, żal, niepokój), mogli wypracować skuteczne sposoby radzenia sobie z takimi doświadczeniami i łatwiej było im odnaleźć się w obliczu zmian i restrykcji związanych z pandemią.

### **Porównanie nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego u osób różniących się pod względem innych zmiennych demograficznych**

Kolejne analizy nie wykazały istotnych statystycznie różnic w nasileniu objawów depresji i lęku uogólnionego pomiędzy: (i) osobami, które są rodzicami dzieci do 18 roku życia i tymi, które nie są rodzicami; (ii) osobami, które są ze wsi, małego miasta, średniego miasta,

dużego miasta i wielkiego miasta. Analiza korelacyjna wskazuje, że wielkość miejscowości zamieszkania respondentów nie wiąże się istotnie ani z nasileniem objawów depresyjnych ( $\rho = -0,03$ ;  $p = 0,309$ ) ani lękowych ( $\rho = -0,03$ ;  $p = 0,269$ ).

### **CZYNNIKI ZWIĄZANE Z EPIDEMIA KOROAWIRUSA**

Na koniec, przeprowadziliśmy analizy dotyczące różnic między osobami, które bezpośrednio mierzyły się z określonymi, specyficznymi problemami związanymi z epidemią COVID-19 i jej konsekwencjami, a pozostałymi osobami badanymi. Naszym zamiarem było ukazanie, czy takie doświadczenia jak (i) przebywanie w izolacji domowej lub kwarantannie, (ii) zakażenie koronawirusem lub przekonanie, że było się zakażonym, (iii) osobista znajomość osób zakażonych, a także (iv) utrata ciągłości wynagrodzenia w czasie epidemii stanowić mogą czynniki ryzyka rozwinięcia objawów depresji i zespołu lęku uogólnionego.

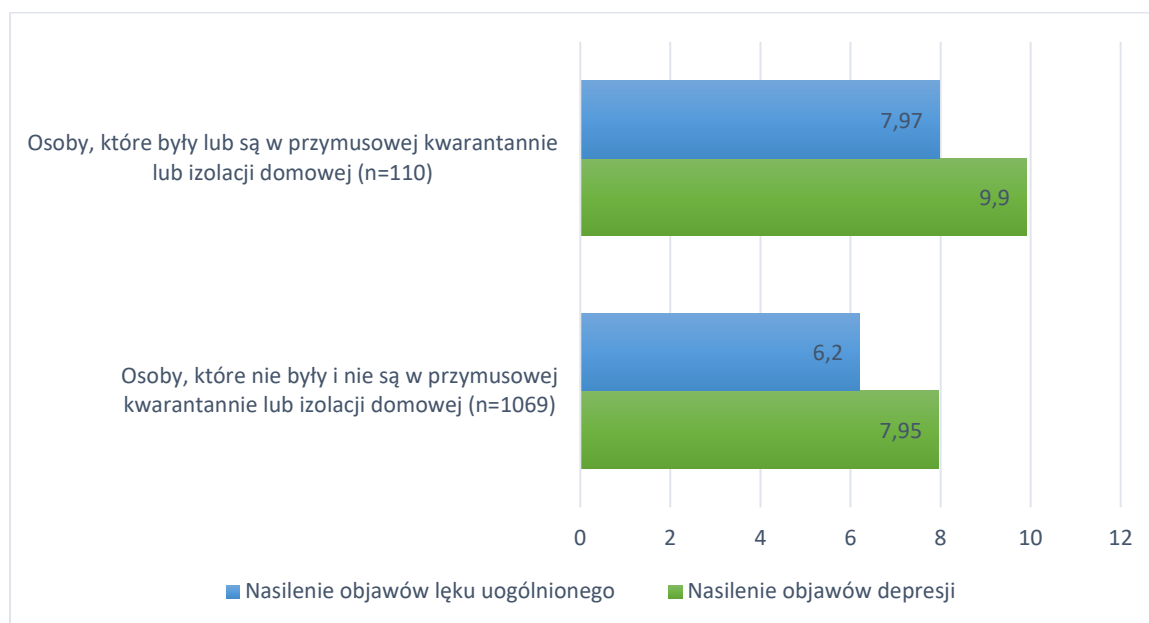
#### **Porównanie nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego u osób, które przebywały i nie przebywały w izolacji domowej lub kwarantannie**

Przeprowadzono porównanie osób, które przebywały/przebywają w domowej izolacji lub kwarantannie i pozostałych osób badanych pod względem nasilenia objawów depresji oraz lęku uogólnionego (rysunek 8). Występuje istotna różnica między grupami w nasileniu depresji (Mann-Whitney  $U = 47677,500$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,009$ ) oraz nasileniu lęku uogólnionego (Mann-Whitney  $U = 47333,00$ ;  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,010$ ). Osoby, które były lub są w przymusowej kwarantannie lub izolacji domowej charakteryzują się wyższym poziomem objawów depresji i lęku uogólnionego niż osoby, które nie miały takich doświadczeń. Dodatkowe analizy wykazały, że osoby, które były lub są w kwarantannie przejawiają także istotnie wyższe nasilenie myśli samobójczych/autoagresywnych niż osoby, które nie były lub nie są w kwarantannie (Mann-Whitney  $U = 50137,50$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,008$ ).

Dotychczasowe badania wykazały, że przebywanie w przymusowej kwarantannie lub izolacji domowej wiąże się z wieloma stresorami, które stanowią ryzyko dla wystąpienia problemów emocjonalnych w tym nasilonych objawów depresji i lęku uogólnionego (Brooks i in., 2020). Osoby przebywające w kwarantannie lub izolacji domowej mogą obawiać się poważnego zagrożenia dla własnego zdrowia i życia, jak również niepokoić się, że mogły/mogą zarazić inne osoby. Ponadto domowa izolacja lub kwarantanna wiązać się może z nudą, frustracją z powodu braku wolności osobistej, a także poczucia oddzielenia od reszty świata, w tym często od najbliższych. Osoby w kwarantannie są zależne od pomocy innych, w bardzo podstawowych kwestiach bytowych takich, jak np. zapewnienie pożywienia. Sama

świadomość tego rodzaju zależności prowadzić może do silnych negatywnych emocji, a dodatkowo emocje te wzmacniać mogą się, jeżeli odpowiednie wsparcie ze strony innych nie zostaje zapewnione. Ponadto, osoby, które przebywały w kwarantannie lub w izolacji mogły lub mogą doświadczać stygmatyzacji i odrzucenia ze strony najbliższego środowiska społecznego (Brooks i in., 2020), co może dodatkowo nasilać negatywne emocje.

**Rysunek 8. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego u osób przebywających w kwarantannie/izolacji domowej i u osób nie mających takich doświadczeń**



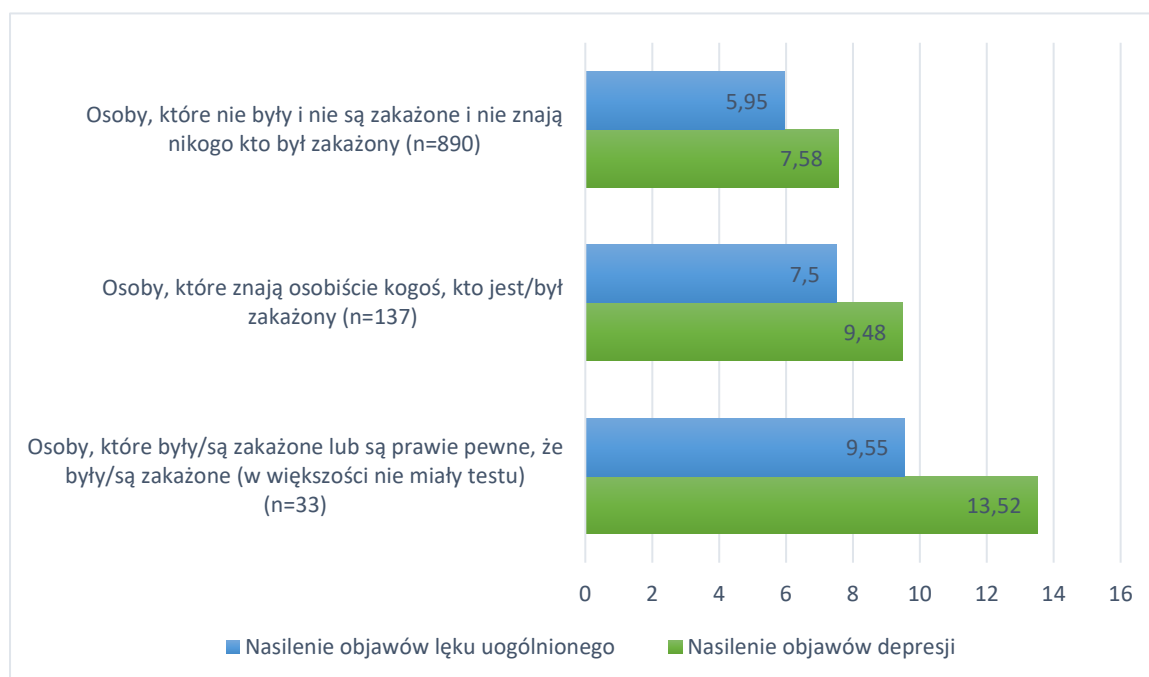
**Porównanie nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego u osób, które były/lub są zakażone lub są prawie pewne, że były lub są zakażone koronawirusem, osób, które znają kogoś kto był zakażony oraz osób bez takich doświadczeń**

Przeprowadzono porównanie osób, które (i) były/są zakażone lub są prawie pewne, że były lub są zakażone koronawirusem; (ii) osób, które znają kogoś kto był zakażony (ale same nie były zakażone i nie przypuszczają, że były zakażone); (iii) osób, które nie miały takich doświadczeń pod względem nasilenia objawów depresji oraz lęku uogólnionego (rysunek 9). Występują istotne różnice między grupami w nasileniu objawów depresji (Kruskal-Wallis  $H=37,080$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2_H = 0,034$ ) oraz objawów nasileniu lęku uogólnionego (Kruskal-Wallis  $H = 24,493$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2_H = 0,022$ ). Osoby, które były/są zakażone ( $n = 7$ ) lub są prawie pewne, że były/są zakażone ( $n = 26$ ) charakteryzują się najwyższymi poziomami objawów depresji i lęku uogólnionego (istotnie wyższymi niż pozostałe grupy). Ponadto, osoby, które

znają kogoś kto był zakażony (ale same nie były zakażone i/lub nie są przekonane, że były zakażone) przejawiają wyższy poziom objawów lęku i depresji niż osoby, które zarazem nie były zakażone i nie znają nikogo kto byłby zakażony.

Dodatkowe analizy wykazały, że osoby, które były/są zakażone lub są prawie pewne, że były/są zakażone koronawirusem przejawiają najwyższe nasilenie myśli samobójczych/autoagresywnych (istotnie wyższe niż pozostałe grupy), a osoby, które znają kogoś kto był zakażony mają większe nasilenie myśli samobójczych/autoagresywnych niż osoby, które nie były zakażone i zarazem nie znają nikogo kto byłby zakażony (Kruskal-Wallis  $H = 31,535$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2_H = 0,028$ ).

**Rysunek 9. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego u osób, które były/ są zakażone lub są prawie pewne, że były/są zakażone koronawirusem, osób, które znają kogoś kto był zakażony oraz osób bez takich doświadczeń**



Ze względu na ciągłą dostępność informacji o zagrożeniach dla zdrowia i życia, jakie niesie ze sobą choroba COVID-19, sama świadomość lub podejrzenie bycia zarażonym koronawirusem stanowić może bardzo stresujące doświadczenie. Jeżeli osoba znajduje się w grupie ryzyka komplikacji lub doświadczyła komplikacji z powodu choroby, stres i lęk może dodatkowo się nasilać (Sękowski i in., 2020). Do zwiększenia poziomu dystresu emocjonalnego może się przyczyniać skoncentrowanie mediów, polityki i całego życia społecznego na zagrożeniu chorobą oraz przypadkach śmiertelnych. Silne negatywne emocje u osób zakażonych mogą być też związane z samym faktem przebywania w izolacji domowej.

W ich przypadku omówione wcześniej stresory związane z izolacją (np. lęk przed zakażeniem innych; frustrujące ograniczenia swobody osobistej; oddzielenie od reszty świata i bliskich; zależność od pomocy innych; stygmatyzacja i odrzucenie) mogą być doświadczane jeszcze intensywniej, gdyż są one związane z bezpośrednim, realnym zagrożeniem własnego zdrowia i życia, a w wielu przypadkach również zdrowia i życia innych, na skutek pandemii/choroby. Czynniki te prowadzić mogą u osób, które przeszły lub przechodzą COVID-19, do zwiększonego poczucia niepokoju, lęku i obaw, a także do przygnębienia, pesymizmu, poczucia winy, a nawet myśli samobójczych/autoagresywnych. Niektóre osoby z diagnozą choroby COVID-19 mogą także doświadczać odrzucenia i stygmatyzacji (Logie, Turan, 2020), która może w największym nasileniu dotknąć osoby również na co dzień stykające się z dyskryminacją m.in. osoby o niskim statusie socjoekonomicznym, uchodźcy, imigranci i różne mniejszości.

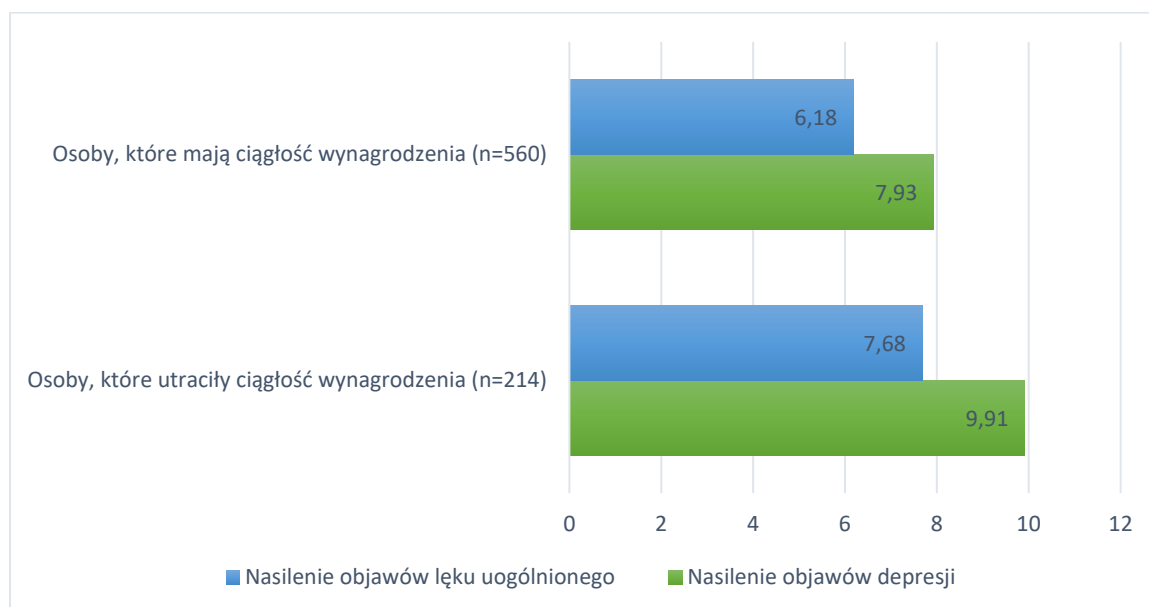
Poziom depresji i lęku uogólnionego może być także szczególnie nasilony u osób, które podejrzewały, że są zakażone, jednak z różnych względów nie przeprowadzono u nich testu i nie udzielono im pomocy. Nie miały one w związku, z tym możliwości weryfikacji swoich przypuszczeń i pozostają w niepewności co do swojego stanu zdrowia, zagrożeń, z jakimi mogły się zetknąć one same bądź ich najbliżsi, co w sposób naturalny jest źródłem niepokoju, zamartwiania się czy smutku. Dodatkowo może to być związane z naruszeniem podstawowego poczucia bezpieczeństwa opartego na zaufaniu do różnych instytucji państwowych. Możliwe jest jednak również, że osoby, które są niemal pewne, że były zakażone koronawirusem, ale zarazem nie miały przeprowadzonego testu, charakteryzowały się już wcześniej wysokim poziomem objawów depresji i lęku uogólnionego i z tego wynikały ich obawy dotyczące zakażenia.

Posiadanie w najbliższym otoczeniu kogoś, kto był zakażony koronawirusem może sprawiać, że ludzie uświadamiają sobie, że choroba COVID-19 jest realnym zagrożeniem i może dotknąć każdego człowieka. Jeżeli choroba dotknęła bliską osobę, dystres wiążąc się może z obawami o jej zdrowie i życie, a także z poczuciem bezradności w takiej sytuacji. Dodatkowo, niektóre osoby badane mogły mieć bezpośrednią styczność z osobą zakażoną i w związku z tym mogą się obawiać o własne zdrowie. Tak więc, niepewność dotycząca zarówno stanu zdrowia własnego, jak i bliskich osób oraz realna styczność z chorobą poprzez znajomość osoby zakażonej może być przyczyną doświadczania lęku i objawów depresyjnych w czasie pandemii. Przyszłe badania powinny pokazać, czy tego rodzaju objawy u osób, które były zarażone koronawirusem, lub są prawie pewne, że były zarażone, a także u osób, które znały kogoś, kto był zarażony, utrzymują się również po zakończeniu pandemii.

### Porównanie osób z różną sytuacją zawodową w trakcie epidemii

Przeprowadzono porównanie osób, które utraciły ciągłość wynagrodzenia w wyniku epidemii z osobami, które mają zapewnioną ciągłość wynagrodzenia pod względem nasilenia objawów depresji oraz lęku uogólnionego (rysunek 10). Występują istotne różnice między grupami w nasileniu depresji (Mann-Whitney  $U = 48599,000$ ;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,021$ ) oraz nasileniu lęku uogólnionego (Mann-Whitney  $U = 50919,500$ ;  $p < 0,01$ ;  $\eta^2 = 0,014$ ).<sup>2</sup> Osoby, które utraciły ciągłość wynagrodzenia charakteryzują się wyższym poziomem objawów depresji i lęku uogólnionego niż osoby, które nie utraciły ciągłości wynagrodzenia w wyniku epidemii. Dodatkowe analizy wykazały, że osoby, które straciły ciągłość wynagrodzenia w wyniku epidemii przejawiają także istotnie wyższe nasilenie myśli samobójczych/autoagresywnych niż osoby, które mają zapewnioną ciągłość dochodów (Mann-Whitney  $U = 49656,00$ ;  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,024$ ).

**Rysunek 10. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego u osób, które straciły ciągłość wynagrodzenia oraz osób, które mają zapewnioną ciągłość wynagrodzenia w trakcie pandemii COVID-19**

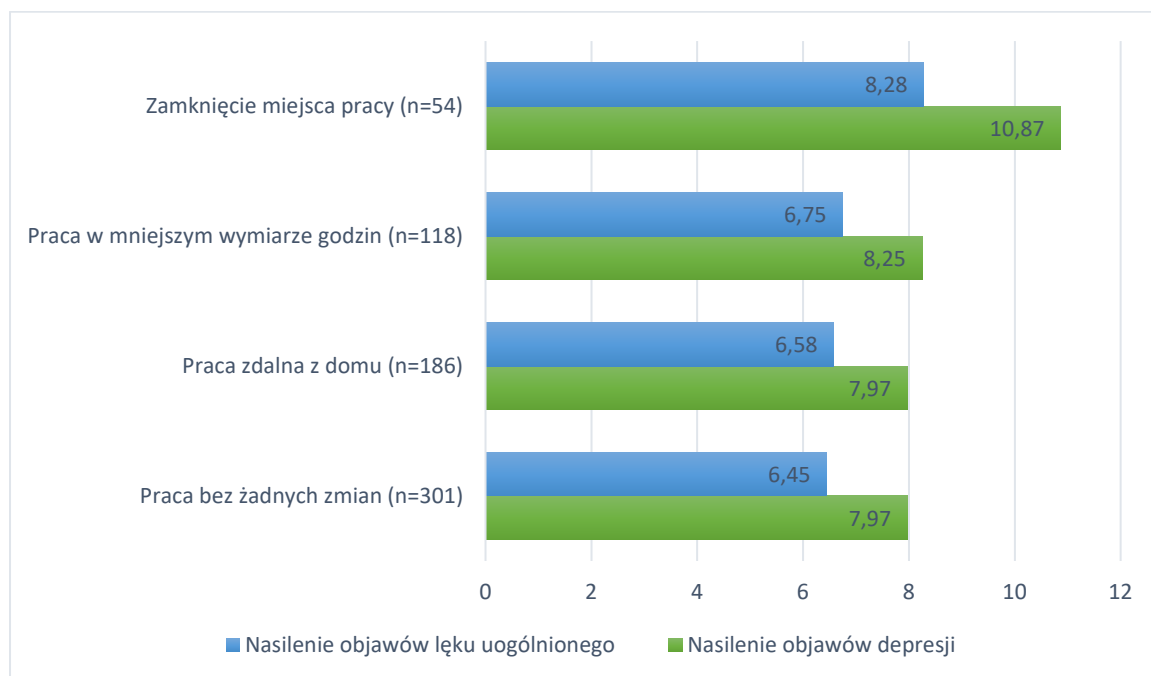


Przeprowadzono porównanie osób z różną sytuacją zawodową w trakcie epidemii pod względem nasilenia objawów depresji oraz lęku uogólnionego (rysunek 11). Występują istotne

<sup>2</sup> Na to pytanie odpowiedziało 66% osób badanych. Wśród osób, które nie odpowiedziały na to pytanie przeważali emeryci i renciści oraz osoby prowadzące własną działalność gospodarczą.

statystycznie różnice między grupami z różną sytuacją zawodową w trakcie epidemii koronawirusa w nasileniu objawów depresji ( $F_{(3,658)} = 3,605$ ;  $p < 0,05$ ;  $\eta^2_p = 0,015$ ) oraz lęku uogólnionego ( $F_{(3,658)} = 3,44$ ;  $p < 0,05$ ;  $\eta^2_p = 0,015$ ). Osoby, których miejsce pracy zostało zamknięte charakteryzują się wyższym nasileniem objawów depresji niż osoby, które pracują bez żadnych zmian, oraz które w trakcie epidemii zaczęły pracować zdalnie z domu, jak również wyższym nasileniem objawów lęku uogólnionego niż osoby, które pracują zdalnie.

**Rysunek 11. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego u osób z różną sytuacją zawodową w trakcie pandemii COVID-19**



Zamknięcie miejsca pracy wiąże się z utratą bądź obawami utraty wynagrodzenia, co może wzbudzać niepokój i niekorzystnie wpływać na samopoczucie. Najczęściej też praca wyznacza pewien rytm funkcjonowania danej osoby, a zatem w sytuacji jej zamknięcia traci się ważny element określający plan działania w bliższej i dalszej perspektywie, który trzeba wypracować zupełnie od nowa w zmienionych warunkach. Sytuacja ta może wiązać się zatem z poczuciem braku ważnego celu, a co za tym idzie przygnębieniem i lękiem. Zamknięcie miejsca pracy skutkować może też utratą kontaktów ze współpracownikami, które dla wielu osób są ważnym elementem życia społecznego i źródłem pozytywnych doświadczeń oraz wsparcia. Ich ograniczenie może zatem rodzić poczucie osamotnienia, smutek i niepokój. Praca zdalna również zmienia rytm funkcjonowania i wiąże się z ograniczeniem kontaktów bezpośrednich, zapewnia jednak ciągłość wynagrodzenia, dostarcza ważnego punktu odniesienia oraz daje możliwość utrzymywania kontaktów ze współpracownikami online.



## WNIOSKI

Wymienionym powyżej grupom z wyższym nasileniem objawów depresji i lęku uogólnionego (w szczególności osobom młodym, stanu wolnego oraz w związkach nieformalnych, które nie mieszkają razem ze swoim/swoją partnerem/partnerką, osobom z niższym statusem socjoekonomicznym oraz przebywających w kwarantannie lub osobom, którzy były zakażone koronawirusem, straciły pracę i/lub ciągłość wynagrodzenia) powinno się poświęcić szczególną uwagę. Wydaje nam się, że ważne byłoby, aby psychologowie i psychiatrzy podjęli starania, aby tym grupom osób zaoferować i ułatwić możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej i wsparcia w radzeniu sobie ze zmianami i wyzwaniami związanymi z epidemią i jej konsekwencjami.

Prezentowany raport ukazuje wyniki pierwszej fali badania podłużnego nad uwarunkowaniami objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii COVID-19. Wyniki kolejnych fal naszego badania pozwolą wskazać czy ujawniony w raporcie wysoki poziom dystresu jest zjawiskiem przejściowym, wyrażającym mierzenie się z kryzysem epidemii i koniecznością obciążającej emocjonalnie adaptacji do wymuszonych zmian w funkcjonowaniu, czy też w pewnych grupach objawy depresyjne i lękowe utrzymywać się będą w czasie, przybierając postać chroniczną.

## Literatura

- Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. Chapman and Hall.
- Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, 395(10228), 931-934.
- Bagwell, C. L., Schmidt, M. E., Newcomb, A. F., Bukowski, W. M. (2001). Friendship and peer rejection as predictors of adult adjustment. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2001(91), 25-50.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.

- Dragan, M. (2020). *Raport: Zdrowie psychiczne w czasie pandemii Covid-19*.  
<http://ptbst.org.pl/badania/>
- Freeman, A., Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Chatterji, S., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J. L., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J. M. (2016). The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*, 16(1), 1098.
- Fritz, C. O., Morris, P. E., Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2–18.
- Heitzman, J. (2020). Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne. *Psychiatria Polska*, 54(2), 187-198.
- Huang, Y., Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: A web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 112954.
- Huflejt-Łukasik, M. (2010). *Ja i procesy samoregulacji. Różnice między zdrowiem a zaburzeniem psychicznym*. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Kiejna, A., Piotrowski, P., Adamowski, T., Moskalewicz, J., Wciórka, J., Stokwiszewski, J., Rabczenko, D., Kessler, R. C. (2015). Rozpowszechnienie wybranych zaburzeń psychicznych w populacji dorosłych Polaków z odniesieniem do płci i struktury wieku – badanie EZOP Polska. *Psychiatria Polska*, 49(1), 15-27.
- Kokoszka, A., Jastrzębski, A., Obrębski, M. (2016). Ocena psychometrycznych właściwości polskiej wersji Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 dla osób dorosłych. *Psychiatria*, 13(4), 187-193.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Logie, C. H., Turan, J. M. (2020). How do we balance tensions between COVID-19 public health responses and stigma mitigation? Learning from HIV research. *AIDS and Behavior*, 1-4.

- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Delière, D., Mackenbach, J., Anseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 293-298.
- Narodowy Fundusz Zdrowia. (2020). *NFZ o zdrowiu. Depresja*. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Pedersen, D. E. (2017). Parental autonomy support and college student academic outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 26(9), 2589-2601.
- Qiu, J., Shen, B., Zhao, M., Wang, Z., Xie, B., Xu, Y. (2020). A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *General Psychiatry*, 33(2), e100213.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 102066.
- Sękowski, M., Gambin, M., Hansen, K., Holas, P., Hyniewska, S., Pluta, A., Sobańska, M., Łojek, E. (2020). *Risk of developing posttraumatic stress disorder in COVID-19 survivors: What should mental health specialists prepare for?* PsyAeXiv Preprints. <https://psyarxiv.com/bnkve/>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. (No. WHO/MSD/MER/2017.2): World Health Organization.
- Zagdańska, M., Kiejna, A. (2016). Rozpowszechnienie i czynniki ryzyka epizodów depresji wśród wrocławskiej młodzieży akademickiej–wyniki badania epidemiologicznego. *Psychiatria Polska*, 50(3), 631-641.