

Raport z pierwszej części badań: ŻYCIE W DOBIE PANDEMII

Wprowadzenie

Epidemia koronawirusa SARS-CoV-2 (ang. *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) rozpoczęła się w grudniu 2019 roku w mieście Wuhan w środkowych Chinach (prowincja Hubei), a 11 marca 2020 roku została uznana przez Światową Organizację Zdrowia (*WHO*) za pandemię (*WHO...*, 11.03. 2020). Choroba koronawirusowa (*COVID-19*), to choroba zakaźna, powodująca, najczęściej w ciągu 2–14 dni od zarażenia, takie objawy jak gorączka, zmęczenie, suchy kaszel, ból mięśni i duszność. To, co odróżnia obecną pandemię od innych, to bardzo szybkie rozprzestrzenianie się wirusa oraz stosunkowo wysoka śmiertelność. Świadczą o tym dane wskazujące, że w połowie marca 2020 roku (a więc około trzy miesiące po wystąpieniu pierwszych przypadków) zachorowania odnotowano w 135 krajach na wszystkich kontynentach, a śmiertelność na dzień 1 marca wynosiła 3,6% w Chinach i 1,5% poza Chinami (Baud i in., 2020).

O szybkości rozprzestrzeniania się wirusa świadczyć mogą dane oficjalnej strony rządowej poświęconej koronawirusowi oraz dane WHO mówiące, że w dniu 30.04. 2020 roku odnotowano w Polsce 12877 potwierdzonych przypadków koronawirusa, a 633 osoby zmarły. Na świecie z kolei potwierdzonych przypadków było 3 221 617, natomiast liczba zgonów wyniosła 228 263 (<https://www.gov.pl/web/koronawirus>; <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019// Situation -reports>).

Powyższe zjawiska oraz fakt, iż pandemia zdeorganizowała systemy opieki zdrowotnej dobrze funkcjonujących i rozwiniętych krajów, takich jak Chiny, Włochy, Hiszpania czy USA doprowadziły do podjęcia bezprecedensowych kroków mających na celu ograniczenie jej rozprzestrzeniania się. Ponieważ, w chwili obecnej, nie są dostępne środki farmakologiczne leczące chorobę, zastosowane w większości krajów interwencje koncentrują się na ograniczeniu kontaktów społecznych, kwarantannie osób z podejrzeniem kontaktu z wirusem, wymuszeniu dystansu społecznego (zamknięcie sklepów, kin, teatrów, restauracji) oraz prowadzeniu kampanii informacyjnych dotyczących stosowania środków zabezpieczających przed zarażeniem (maseczki, mycie rąk, odkażanie).

Pomimo wprowadzenia tych środków ostrożności w marcu 2020 roku, oraz powolnego rezygnowania z niektórych z nich pod koniec kwietnia, nie znamy dokładnego czasu trwania pandemii, dynamiki jej rozwoju, terminu wprowadzenia szczepionki czy skutecznego leczenia farmakologicznego oraz rozmiaru szkód gospodarczych, jakie przyniosą wprowadzone ograniczenia. Pojawiają się również opinie, że w celu ograniczenia możliwości ponownego pojawienia się infekcji konieczne może być przedłużenie okresów dystansu społecznego i wymuszonego ograniczenia kontaktów (Kissler i in.,2020).

Zarysowana powyżej, z konieczności skrótowo, sytuacja spowodowała diametralną zmianę sposobu życia miliardów ludzi na całym świecie oraz budzi u wielu uzasadnione obawy nie tylko o zdrowie i życie własne oraz bliskich, ale i o dalsze funkcjonowanie zawodowe i byt materialny.

Sytuacja związana z wystąpieniem pandemii jest więc niewątpliwie dla ogromnej rzeszy osób sytuacją bardzo trudną, także psychologicznie. Wymaga wysiłku związanego z ponownym przystosowywaniem się do nieznannej i niepewnej sytuacji oraz konieczności radzenia sobie z wieloma przykrymi emocjami i codziennymi uciążliwościami. Jak podają Pappas i in. (2009) oraz Ahorsu i in. (2020), wystąpienie choroby zakaźnej („zarazy”), która rozprzestrzenia się szybko i „niewidocznie”, zawsze w historii ludzkości budziło i budzi lęk. Towarzyszą mu niekorzystne zjawiska społeczne, takie jak stygmatyzacja i dyskryminacja (chorych, podejrzanych o chorobę, mających kontakt z chorymi) oraz poczucie straty i poczucie krzywdy. Ludzie odczuwają wysoko natężony lęk, mają więc skłonność do nieracjonalnego myślenia i działania, co niejednokrotnie prowadzi w efekcie do dalszego pogorszenia ich sytuacji życiowej.

Wystąpienie tych zjawisk stanowi ogromne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia psychicznego oraz profilaktyki zaburzeń psychicznych.

Dane z piśmiennictwa od lat zgodnie donoszą, iż alkohol oraz inne substancje psychoaktywne stosowane są przez wiele osób do uśmierzania przykrych stanów emocjonalnych, obniżenia odczuwanego stresu, lęku lub depresji. W związku z tym pojawia się pytanie, czy wystąpienie pandemii wraz z jej wszystkimi negatywnymi następstwami jest powiązane ze zmianami korzystania z alkoholu. Pytanie to jest tym bardziej zasadne, iż dane z różnych krajów pokazują znaczący wzrost sprzedaży (w tym sprzedaży wysyłkowej) alkoholu w marcu b.r. w porównaniu z analogicznym okresem sprzed roku. Przykładowo w USA (badania firmy Nielsen) w marcu 2020 roku odnotowano wzrost sprzedaży alkoholu przez Internet o ponad 240%, sprzedaży mocnych alkoholi o 75%, wina o 66%, a piwa o 42% (www.forbes.com). Można spotkać też doniesienia prasowe wskazujące na wzrost

odnotowywanej przemocy domowej, której wystąpienie od dawna łączy się z nadużywaniem/ uzależnieniem od alkoholu. Z drugiej strony same dane o sprzedaży nie wystarczą do oszacowania spożycia alkoholu, gdyż w tym samym czasie zamknięte są restauracje, winiarnie, kluby i puby, gdzie wiele osób, szczególnie młodych regularnie spożywa alkohol.

Kolejnym ważnym aspektem, na który zwraca się uwagę analizując możliwy (i wysoce prawdopodobny) fenomen wzrostu spożycia alkoholu w okresie pandemii jest potwierdzony naukowo spadek odporności immunologicznej organizmu występujący u osób nadużywających alkoholu i uzależnionych. U takich osób intensywne picie w okresie pandemii może spowodować zwiększenie ryzyka zarażenia oraz bardziej powikłany przebieg choroby (także w odniesieniu do zapalenia płuc) (m.in Sarkar i in., 2015).

Należy również wrócić uwagę na wpływ długotrwałej izolacji na poziom stresu i, szerzej, na zdrowie psychiczne. Negatywny wpływ takiej izolacji wykazano m.in. w badaniach na zwierzętach, w których okazało się, iż izolacja przyczyniała się do wzrostu poziomu stresu, zwiększała odpowiedź neuroendokrynną organizmu i reaktywność na stres (Clay, Parker, 2020). I choć, jak wskazują wymienieni autorzy, potencjalne skutki długoterminowej izolacji dla spożywania i nadużywania alkoholu są nieznane, to jednak należy liczyć się z możliwym wzrostem nawrotów u osób uzależnionych, rozwojem zaburzeń związanych z używaniem alkoholu u osób z grup ryzyka i innymi destrukcyjnymi konsekwencjami, co dodatkowo obciąża służbę zdrowia i instytucje pomocowe, podczas i po pandemii. (Clay, Parker, 2020). Pośrednio przemawiają za tym dane wskazujące na wzrost spożycia alkoholu w następstwie innych katastrof, takich jak huragan Katrina, huragan Rita oraz atak na World Trade Center (Jernigan, 2020).

Podstawowym celem projektu badawczego było:

1. Określenie stopnia odczuwanego stresu i ogólnego stanu zdrowia psychicznego u osób w okresie pandemii.
2. Odpowiedź na pytanie o używanie substancji psychoaktywnych (szczególnie alkoholu) przez badanych w okresie pandemii.
3. Poznanie czynników powiązanych z używaniem alkoholu w tym okresie, z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych, klinicznych oraz związanych z stosowaniem się do zaleceń epidemiologicznych.

Przeprowadzone badania

Procedura i osoby badane

Badania zostały zaprojektowane jako longitudinalne. Pierwszy etap przeprowadzono w dniach 10-22 kwietnia 2020 roku, drugi etap zostanie przeprowadzony w czerwcu 2020 roku. Badania, ze względu na aktualną sytuację epidemiologiczną, prowadzone były internetowo, badanych, wyłącznie osoby pełnoletnie pozyskiwano metodą „kuli śnieżnej”. Badania przeprowadzono za pomocą Formularza Google, udostępnianego m.in. przez Facebooka. Informacje o prowadzeniu badań oraz linki do ich wypełniania zamieściły między innymi strony PARPA oraz Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

W pierwszy etapie badań wzięły udział 443 osoby - 348 kobiet (78,6%) i 95 mężczyzn (21,4%). Średni wiek badanych wynosił 31,9 roku ($SD=11,31$). Najmłodsza osoba miała lat 18, najstarszy uczestnik 68. Charakterystykę najważniejszych zmiennych socjodemograficznych przedstawia tabela 1.

Tabela 1.

Charakterystyka badanej grupy – zmienne socjodemograficzne

	<i>N = 443</i>	<i>%</i>
Miejsce zamieszkania		
Wieś	69	15,58
Miasto do 100 tys. Mieszkańców	100	22,57
Miasto powyżej 100 tys. Mieszkańców	274	61,85
Wykształcenie		
Podstawowe/gimnazjalne	8	1,81
Zawodowe	4	0,90
Średnie	170	38,37
Wyższe	261	58,92
Stan cywilny		
Kawaler/panna	210	47,40
Zamężna / żonaty, związek partnerski	204	46,05
Rozwiedziona/rozwiedziony, w separacji	27	6,09
Wdowa / wdowiec	2	0,45
Posiadanie dzieci		
Tak	140	31,60
Nie	303	68,40
Zatrudnienie		
Studiuje / ucze się	93	20,99
Studiuje i pracuje	79	17,83
Pracuje na pełnym etacie	225	50,79
Pracuje dorywczo	21	4,74
Nie pracuje	25	5,64

Jak widać w tabeli 1, wśród osób badanych dominują mieszkańcy dużych miast, z wykształceniem wyższym, nie posiadający dzieci, pracujący na pełnym etacie. W przypadku stanu cywilnego zanotowano prawie równe liczebności kawalerów /panien oraz osób w związkach małżeńskich/partnerskich.

Badanym zadano również szereg pytań dotyczących funkcjonowania w trakcie pandemii, stosowania używek oraz zdrowia psychicznego. Najważniejsze dane przedstawiają tabele 2-4.

Tabela 2.
Funkcjonowanie w czasie pandemii

	N = 443	%
Aktualny warunki pobytu/pracy:		
Przebywam w domu i w ogóle nie wychodzę	53	12
Przebywam w domu i sporadycznie wychodzę (spacer, zakupy)	290	65,5
Przebywam w domu, ale regularnie wychodzę do pracy	88	19,9
Przebywam poza domem (znajomi, rodzina)	12	2,7
Czy odbywasz w chwili wypełnienia testów bądź odbywałeś 2 tygodniową kwarantannę?		
Tak	38	8,6
Nie	405	91,4
Czy od momentu pojawienia się ograniczeń związanych z pandemią koronawirusa zaobserwowałeś(łaś) u siebie myśli samobójcze?		
Tak	47	10,6
Nie	396	89,4

Dane z tabeli 2 wskazują, że większość badanych przebywa obecnie w domu, sporadycznie wychodzi, nie odbywała obowiązkowej kwarantanny i nie zaobserwowała u siebie myśli samobójczych w tym czasie.

Nikt nie chorował ani nie choruje na koronawirusa, nikt też nie podejmował w tym okresie prób samobójczych.

Tabela 3.
Używanie substancji psychoaktywnych/leków oraz zmiany w tym obszarze w czasie pandemii

	N = 443	%
Czy pijesz alkohol?		
Tak	323	72,9
Nie, jestem abstynentem	120	27,1
Czy palisz tytoń lub używasz papierosów elektronicznych lub tytoniu podgrzewanego?		
Tak	109	24,6
Nie	334	75,4
Czy aktualnie zażywasz leki uspokajające/nasenne przepisane przez lekarza?		
Tak	38	8,6
Nie	405	91,4
Czy aktualnie zażywasz preparaty uspokajające/nasenne dostępne bez recepty?		
Tak	28	6,3
Nie	415	93,7
Czy zażywasz aktualnie narkotyki (np. marihuana, amfetamina) lub tzw. dopalacze (np. mefedron)?		
Tak	16	3,6
Nie	427	96,4

Jeśli pijesz alkohol, to czy od momentu pojawienia się ograniczeń związanych z pandemią koronawirusa Twoje spożycie uległo zmianie?

Nie, jest takie samo	182	41,1
Tak, piję mniej	77	17,4
Tak piję więcej	61	13,8
Nie piję alkoholu	123	27,8

Jeśli palisz tytoń to czy od momentu pojawienia się ograniczeń związanych z pandemią koronawirusa Twoje używanie uległo zmianie?

Nie, jest takie samo	65	14,6
Tak, palę mniej	22	4,9
Tak palę więcej	26	5,8
Nie palę papierosów	330	74,4

Jeśli zażywasz narkotyki to czy od momentu pojawienia się ograniczeń związanych z pandemią koronawirusa Twoje zażywanie uległo zmianie?

Nie, jest takie samo	17	3,8
Tak, zażywam mniej	5	1,1
Tak zażywam więcej	6	1,4
Nie zażywam narkotyków	415	93,7

Jak wskazuje tabela 3, najczęściej używaną przez badanych substancją psychoaktywną jest alkohol (pije go prawie 73%), a następnie tytoń (pali niespełna 25%). Tylko nieliczni (prawie 4%) przyznają się do zażywania narkotyków. Jednocześnie u ponad 30% badanych sytuacja pandemii zmieniła ich sposób picia; niektórzy piją mniej, niektórzy więcej. Z kolei u palaczy 10% sygnalizowało zmianę (palą mniej/palą więcej).

Tabela 4.

Zdrowie somatyczne i psychiczne osób badanych

	<i>N = 443</i>	<i>%</i>
Czy chorujesz lub chorowałeś(łaś) w ciągu ostatniego roku na poważne choroby somatyczne (np. cukrzycę, nadciśnienie, nowotwory)?		
Tak	50	11,3
Nie	393	88,7
Czy chorujesz lub chorowałeś(łaś) na zaburzenia psychiczne (np. depresję, nerwicę, zaburzenie odżywiania)?		
Tak	135	30,3
Nie	308	69,5
Czy w związku z rozpoznaniem zaburzeniem psychicznym korzystasz obecnie z psychoterapii?		
Tak	41	9,3
Nie	402	90,7
Czy kiedykolwiek podejmowałeś(łaś) próby samobójcze?		
Tak	48	10,8
Nie	395	89,2
Czy w związku z rozpoznaniem zaburzeniem psychicznym przyjmujesz obecnie leki?		
Tak	50	11,3

Nie	393	88,7
Czy kiedykolwiek podejmowałeś(łaś) próby samobójcze?		
Tak	48	10,8
Nie	395	89,2
Czy u kogoś z Twojej najbliższej rodziny występowało uzależnienia od alkoholu?		
Tak	223	50,3
Nie	220	49,7

W tabeli 4 przedstawiono najważniejsze dane dotyczące zdrowia somatycznego i psychicznego. Większość badanych nie zgłasza poważnych chorób somatycznych i psychicznych, nie korzysta obecnie z psychoterapii ani farmakoterapii, nie podejmowała również w przeszłości prób samobójczych. Ciekawy, ale i niepokojący, jest wynik wskazujący na wysoki procent uzależnienia od alkoholu w rodzinie pochodzenia. Na uwagę zasługuje również fakt, iż prawie co trzeci badany raportował występowanie obecnie lub w przeszłości zaburzeń psychicznych.

Narzędzia badawcze

Dobierając narzędzia badawczy starano się skupić na takich, które analizują samopoczucie osób badanych w ostatnim miesiącu lub ostatnim czasie. Dlatego zastosowano:

1. Do pomiaru stanu zdrowia psychicznego użyto **Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia Goldberga** (GHQ-28) (w polskiej adaptacji Makowskiej i Merecz, 2001). Kwestionariusz zawiera 28 pytań, które tworzą cztery skale (po siedem pytań każda). Pytania dotyczą samopoczucia w ciągu ostatnich kilku tygodni. Metoda mierzy cztery aspekty zdrowia psychicznego: 1) symptomy somatyczne, 2) poziom niepokoju i bezsenność, 3) zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym oraz 4) symptomy depresji. W każdej ze skal można uzyskać od 0 do 21 punktów. Suma punktów otrzymanych przez badanego we wszystkich skalach stanowi miarę ogólnego stanu zdrowia psychicznego. Rzetelność metody - α Cronbacha w prezentowanym badaniu wynosiła od 0,79 (symptomy somatyczne) do 0,91 (skala depresji). Rzetelność całej skali wynosiła 0,94.
2. Poziom odczuwanego stresu mierzono na podstawie **Skali Odczuwanego Stresu** (PSS 10) Cohena, Kamarcka i Mermelsteina (w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik, 2009). Kwestionariusz zawiera 10 pytań dotyczących oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca. Badany, udzielając odpowiedzi, korzysta z 5-stopniowej skali częstotliwości (od 0 do 4), z kategoriami odpowiedzi od „nigdy” do „bardzo często”. W badanej próbie metoda uzyskała rzetelność - α Cronbacha 0,84. Metoda posiada polskie normy stenowe a wyniki powyżej 20p (7 sten i więcej) uważane są za wysokie.

3. **Kwestionariusz MINI-COPE** autorstwa Carvera w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej- Bulik. Obejmuje 28 stwierdzeń, które wchodzi w skład 14 strategii radzenia sobie (po 2 stwierdzenia w każdej strategii), którymi są: aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptacja, poczucie humoru, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zajmowanie się czymś innym, zaprzeczanie, wyładowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań, obwinianie siebie. Osoba badana zaznacza w odniesieniu do każdego stwierdzenia 1 z 4 możliwych odpowiedzi, które są punktowane: „prawie nigdy tak nie postępuję” (0 pkt), „rzadko tak postępuję” (1 pkt), „często tak postępuję” (2 pkt) oraz „prawie zawsze tak postępuję” (3 pkt). Każda z 14 strategii radzenia sobie oceniana jest oddzielnie. Im wyższa punktacja, tym częściej badana osoba stosuje daną strategię. Metoda służy do oszacowania radzenia sobie dyspozycyjnego lub sytuacyjnego. W prezentowanych analizach korzystano z drugiej opcji (radzenie sobie w sytuacji pandemii). Zgodność wewnętrzną polskiej wersji kwestionariusza wynosi 0,86 (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009).
4. Do pomiaru lęku przed śmiercią zastosowano **Scale of Death Anxiety (SDA)** Cai i wsp. (2017) w polskiej adaptacji Chodkiewicza i wsp. (materiał niepublikowany). Metoda składa się z 17 itemów i bada natężenie lęku przed śmiercią (myśli, emocje, unikanie) występującego w ostatnim miesiącu. Rzetelność α Cronbacha w niniejszym badaniu wyniosła dla całej skali 0,94.
5. Zastosowano również **Skalę Specyficznego Radzenia Sobie ze Stresem Epidemii** Poprawy i wsp. (2020, materiał niepublikowany). Metoda stworzona została na potrzeby badań nad stresem w okresie pandemii przez zespół z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego. Wstępne analizy wskazują na jej zadawalające właściwości psychometryczne, a analiza czynnikowa wyodrębniła 3 czynniki tłumaczące łącznie ponad 54% wariancji wyników 1. zabezpieczanie się (zakup środków higienicznych, zakupy, poszukiwanie informacji o pandemii w środkach masowego przekazu), 2. kontynuacja aktywności (pomaganie innym, kontynuacja dotychczasowych aktywności, poszukiwanie nowych), 3. przestrzeganie zasad (przestrzeganie zasad higieny i ochrony antywirusowej, unikanie zachowań poprzez które można się zarazić). Rzetelność α Cronbacha wyniosła w prezentowanym badaniu dla w/w/ wymiarów 0,50-0,70.
6. Do diagnozy możliwości występowania problematycznego używania alkoholu zastosowano opracowany przez Światową Organizację Zdrowia **@Test Rozpoznawania Problemów Alkoholowych (Alcohol Use Disorder Identification Test - AUDIT)** (Babor, de la Fuente,

Saunders, Grant, 1992). Test stworzony został jako narzędzie przesiewowe, identyfikujące osoby, których spożywanie alkoholu stało się ryzykowne, szkodliwe bądź wskazuje na uzależnienie. Konstrukcję metody oparto na prowadzonych w wielu krajach badaniach wskazujących, że pewne objawy (np. regularne spożywanie dużych ilości alkoholu, naruszanie pod wpływem alkoholu norm społecznych, doznanie urazów pod wpływem alkoholu) mogą być wczesnymi oznakami problemów z piciem i rozwijającego się uzależnienia. W rezultacie prowadzonych analiz, dążąc do wyodrębnienia objawów, które były by wspólne dla różnych krajów i kultur w teście zawarto trzy pytania dotyczące ilości i częstotliwości picia (1-3), trzy pytania dotyczące uzależnienia od alkoholu (4-6) i cztery pytania dotyczące problemów spowodowanych przez alkohol (7-10). Test zawiera więc 10 twierdzeń, a wynik 8-15 p wskazuje na prawdopodobne ryzykowne picie, 16-19 na picie szkodliwe, a 20 pkt. i więcej na możliwość uzależnienia od alkoholu, co sprawdzono m.in. poprzez porównanie wyników AUDIT uzyskanych w wielu krajach i kulturach oraz z miarami zewnętrznymi, m.in. opiniami specjalistów (Babor i in.,1992).

Wyniki

Pierwszym celem było określenie ogólnego stanu zdrowia psychicznego oraz stopnia odczuwanego stresu u badanych w okresie pandemii. Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 oraz Skali Odczuwalnego Stresu (PSS10) przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Stan zdrowia psychicznego i odczuwanego stresu w badanej grupie (N=443)

Zmienne	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
GHQ A symptomy somatyczne	9,12	4,78	0	21
GHQB poziom niepokoju i bezsenność	9,04	5,85	0	21
GHQC zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym	9,31	4,46	0	21
GHQD depresja	5,25	5,23	0	21
GHQ SUMA	32,74	16,93	2	82
Skala Odczuwalnego Stresu (SOS)	18,99	6,63	2	30

Wyniki uzyskane w metodach analizujących stan zdrowia psychicznego w ostatnich tygodniach (GHQ) oraz poziom stresu w ostatni miesiącu (PSS 10) porównano z polskimi normami utworzonymi w trakcie ich adaptacji (Makowska, Merecz, 2001; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009). Wynik sumaryczny w Kwestionariuszu GHQ 28 wynosi $M=32,74$,co odpowiada siódmemu stenowi, według polskich norm. Oznacza to, iż badani charakteryzują się **aktualnie gorszym stanem psychicznym** w porównaniu z normą. Analiza wyników tabeli wskazuje na

dominację zaburzeń codziennego funkcjonowania (radzenie sobie z obowiązkami, zadowolenie z wykonywania zadań), symptomy somatyczne (ból głowy, wyczerpanie, osłabienie, subiektywne złe samopoczucie) oraz odczuwanie niepokoju i problemy ze snem. Szczegółowa analiza uzyskanych wyników wskazuje, iż **ponad połowa badanych (52,82%) uzyskała wyniki wskazujące na 7 lub wyższy sten**. Wysoce niepokojące jest, że aż 116 osób (**26,18%**) **uzyskało wyniki na poziomie 9 lub 10 stena, co przemawia za możliwością występowania poważnych zaburzeń funkcjonowania psychicznego**.

Z kolei średnie wyniki uzyskane w Skali Odczuwanego Stresu plasują się w obrębie wyników przeciętnych (6 sten), jednak szczegółowa analiza wskazuje (podobnie jak w GHQ 28), iż **nieco więcej niż połowa badanych (niepełna 53%) uzyskała wyniki na poziomie siódmego stena i wyższych, co wskazuje na wysoki lub bardzo wysoki poziom odczuwanego stresu**.

Chcąc przyjrzeć się związkom stanu zdrowia psychicznego z lękiem przed śmiercią, zachowaniami w trakcie pandemii, używaniem alkoholu oraz strategiami radzenia sobie ze stresem pandemii we wspomnianym okresie, porównano (test t _Studenta) poziom tych zmiennych w grupie z wysokimi (powyżej 7 stena) wynikami w GHQ 28 i w grupie osób uzyskujących wyniki przeciętne lub niskie (tabela 6).

Tabela 6. Porównanie osób z wysokimi i niskimi wynikami w GHQ28 (suma)

	GHQ > 7 sten N=234		GHQ < 7 sten N=210		t	p
	M	SD	M	SD		
LĘK PRZED ŚMIERCIĄ	43,30	14,49	30,40	9,26	10,98	0,001
Radzenie sobie ze stresem epidemii:						
zabezpieczanie się	11,71	2,74	10,99	2,63	2,82	0,01
Radzenie sobie ze stresem epidemii: przestrzeganie zaleceń	10,40	1,71	10,10	1,79	1,80	0,072
Radzenie sobie ze stresem epidemii: aktywność własna	8,56	2,05	9,34	1,73	-4,28	0,001
AUDIT	5,33	3,77	5,67	4,38	-0,86	0,390
PSS 10	23,03	4,41	14,43	5,73	17,75	0,001
MINI COPE Aktywne radzenie sobie	3,15	1,57	3,28	1,67	-0,79	0,430
Planowanie	3,74	1,48	3,86	1,64	-0,81	0,418
Pozytywne przewartościowanie	3,21	1,71	3,98	1,72	-4,72	0,001

Akceptacja	4,33	1,35	5,05	1,13	-6,05	0,001
Humor	2,24	1,25	2,48	1,36	-1,89	0,060
Zwrot ku religii	1,56	1,90	1,45	1,85	0,64	0,522
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	3,82	1,76	3,70	1,83	0,76	0,450
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	3,53	1,68	3,04	1,79	2,99	0,002
Zajmowanie się czymś innym	3,74	1,36	3,88	1,48	-1,04	0,298
Zaprzeczanie	1,01	1,40	0,56	0,95	3,96	0,001
Wyładowanie	3,62	1,42	2,74	1,58	6,15	0,001
Zażywanie substancji	1,01	1,54	0,51	1,11	3,90	0,001
Zaprzestanie działań	1,98	1,60	0,82	1,19	8,54	0,001
Obwinianie siebie	2,19	1,62	0,92	1,18	9,35	0,001

M - średnia, SD - odchylenie standardowe, t - test T-studenta, p - poziom istotności

Jak wskazuje tabela 6, między osobami charakteryzującymi się gorszym stanem zdrowia psychicznego a tymi, którzy tego nie przejawiają, występuje szereg istotnych statystycznie różnic. Osoby z gorszym stanem zdrowia psychicznego odczuwają znacząco wyższy lęk przed śmiercią (*d Cohena* = 1,01, silny efekt), raportują znacząco silniejszy stres w ostatnim miesiącu (*d Cohena* = 1,70, silny efekt). W sytuacji pandemii podejmują wprawdzie nieco częściej zachowania zabezpieczające (*d Cohena* = 0,27- efekt słaby), jednak ich aktywność własna (pomaganie innym, zajmowanie się swoimi zainteresowaniami i szukanie nowych) jest istotnie rzadsza (*d Cohena* = 0,41, efekt umiarkowany). Z aktualną, trudną sytuacją rzadziej radzą sobie poprzez szukanie pozytywnych jej aspektów (pozytywne przewartościowanie), mają też większe trudności z jej akceptacją (akceptacja). Częściej natomiast poszukują wsparcia instrumentalnego oraz stosują nieprzystosowane sposoby radzenia sobie: zaprzeczają sytuacji, wyładowują emocje, zażywają substancje psychoaktywne, rezygnują z rozpoczętych działań oraz obwiniają siebie za zaistniałą sytuację (efekty umiarkowane – *d Cohena* 0,38 do 0,59, a w przypadku zaprzestania działań - 0,83 i obwiniania siebie - 0,91 – silne).

Pytaniem związanym ze zdrowiem psychicznym badanych było również pytanie o występowanie **myśli samobójczych od momentu wystąpienia pandemii. Na takie pytanie, jak wskazuje tabela 2 twierdząco odpowiedziało ponad 10% badanych.**

Kolejne cele dotyczyły **używania substancji psychoaktywnych (szczególnie alkoholu) przez badanych w okresie pandemii** oraz czynników powiązanych z używaniem alkoholu w tym okresie.

Analiza wyników uzyskanych w Teście AUDIT wskazuje, iż badani osiągnęli wynik średni - $M=5,80$ ($SD=4,05$), co jest wynikiem przeciętnym. Jednocześnie bardziej szczegółowa analiza i porównanie wyników osób badanych z wyszczególnionymi w teście normami wskazuje, iż **125 osób (28,22%) osiągnęło wyniki wskazujące na prawdopodobne ryzykowne picie**, 3 osoby (0,7%) na picie szkodliwe i 4 osoby (0,9%) na możliwe uzależnienie. Pozostali (311 osób – 70,20%) utrzymywali abstynencję (27%) lub pili według wzoru niskiego ryzyka. Pomiędzy osobami pijącymi ryzykownie i normatywnie nie odnotowano istotnych różnic w obrębie analizowanych zmiennych (lęk przed śmiercią, poziom stresu, radzenie sobie ze stresem epidemii, prawie wszystkie strategie radzenia sobie ze stresem, poziom zdrowia psychicznego). Jedyna różnica dotyczyła strategii radzenia sobie poprzez zaprzeczanie, osoby pijące ryzykownie stosowały częściej tę strategię ($M=1,11$, $SD=1,43$ versus $M=0,73$, $SD=1,11$, $t=3,39$, $p<0,01$, d Cohena 0,35, efekt umiarkowany).

Z uwagi na cel projektu najistotniejsze wydaje się być porównanie osób, które zgłaszają picie w okresie pandemii takie samo jak wcześniej (grupa 1, $N=182$), którzy piją mniej (grupa 2, $N=77$), piją więcej (grupa 3, $N=61$) i nie piją wcale (grupa 4, $N=123$). Porównania tych grup dokonano w odniesieniu do zmiennych socjodemograficznych i klinicznych oraz wyników zastosowanych narzędzi. W pierwszym przypadku użyto testu zgodności chi kwadrat (χ^2), a w drugim analizy wariancji (ANOVA).

W przypadku analizy związków zmiennych socjodemograficznych i klinicznych z przynależnością do grup o zróżnicowanym podejściu do picia alkoholu w trakcie pandemii okazało się, że **pleć nie różnicuje istotnie przynależności do grup osób o różnym podejściu do alkoholu** ($p=0,15$). Spośród osób pozostających w stałych związkach (203 osoby badane), aż 34 osoby (7,74%) deklarują, że obecnie piją więcej alkoholu, podczas gdy wśród osób samotnych ($N = 209$) zjawisko to dotyczy jedynie 21 osób (4,78%). 19 osób spośród pozostających w związkach pije mniej (4,33%), 94 osoby – tyle samo co przed pandemią (21,41%). Przy czym, aż 56 osób samotnych (12,76%) – pije obecnie mniej. Różnice te są istotne statystycznie ($p < 0,001$), **co oznacza, że więcej osób pozostających w związku niż samotnych pije obecnie intensywniej niż przed pandemią**. Wyjaśnieniem tego zjawiska może być wiek – w badanej grupie osoby samotne to najczęściej osoby poniżej 25 roku życia. Piją mniej, bo np. przebywają w domach, nie mają kontaktów z rówieśnikami, nie chodzą do pubów i klubów, nie przebywają w akademikach.

Spośród osób posiadających dzieci ($N = 301$ badanych) – 39 osób (8,88%) deklaruje, że pije więcej niż przed pandemią, podczas gdy aż 69 osób (15,72%) – spożywa mniej alkoholu niż wcześniej. W grupie osób nie posiadających dzieci ($N = 138$) proporcje są odwrotne - aż 5% badanych pije więcej niż przed pandemią. Różnice te również osiągnęły istotność statystyczną ($p < 0,001$). W tym przypadku również jedną z możliwych zmiennych wyjaśniających może być wiek- osoby nie posiadające dzieci są młodsze.

Większość badanych osób stanowiły osoby z wykształceniem wyższym i średnim ($N = 427$). **Poziom wykształcenia nie różnicował istotnie badanych osób.** Spośród osób z wyższym wykształceniem ($N = 259$) – więcej alkoholu w ostatnim czasie spożywa 38 badanych (8,66% wszystkich badanych osób), a spośród osób z wykształceniem średnim – 21 osób (4,78% wszystkich badanych). Niedoszacowana jest niestety w badanej próbie grupa osób z najniższym poziomem wykształcenia (podstawowe, gimnazjalne, zawodowe).

Mieszkańcy miast powyżej 100 tys. mieszkańców stanowili większość badanych osób ($N = 273$). Analizując wartości procentowe, nieco większy ich procent pije w obecnym czasie więcej niż mieszkańcy wsi i mniejszych miejscowości, chociaż różnice te nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej ($p = 0,818$).

Fakt pozostawania w obecnym czasie zatrudnionym w różnych formach nie różnicował badanych osób pod względem ilości spożywanego alkoholu ($p = 0,277$). Jednak ponownie – grupa osób pozostających obecnie bez stałej pracy jest dość mała w badanej próbie ($N = 24$ osoby).

Oceniając sposób codziennego funkcjonowania spowodowany pandemią, osoby, które nie wychodzą z domu w ogóle lub sporadycznie (zakupy, spacer z psem), deklarują wyższe spożycie alkoholu niż osoby pracujące przez cały obecny czas. Różnic te nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej ($p = 0,262$).

Sam fakt **przebywania w kwarantannie** również nie zwiększa ilości spożywanego alkoholu ($p = 0,104$).

134 osoby z badanej grupy (30,52%) leczyło się przed pandemią z powodu **zaburzeń psychicznych**, z czego 49 osób stosuje obecnie farmakoterapię, a 41 badanych deklaruje stałe korzystanie z psychoterapii. Sam fakt leczenia z powodu wymienionych chorób nie jest powiązany z wzrostem/spadkiem ilości spożywanego alkoholu ($p = 0,284$).

Aż 47 osób spośród badanych (10,71%), deklaruje obecność **myśli suicydalnych**. Osoby te, w porównaniu do osób zaprzeczających takim tendencjom częściej piją obecnie większe ilości alkoholu niż przed pandemią ($p = 0,024$).

50 badanych osób (11,39% z całości grupy) **leczy się z powodu chorób somatycznych**. Osoby te częściej piją obecnie mniej w porównaniu ze zdrowymi ($p = 0,006$).

Aż 222 osoby badane (50,57%) deklarują, iż w ich rodzinach występowało uzależnienie od alkoholu. **Co ciekawe – większy procent tych osób spożywa obecnie istotnie mniej alkoholu, niż u badanych pochodzących z rodzin bez problemu alkoholowego** ($p = 0,04$).

Różnice w obrębie wieku oraz wyników zastosowanych narzędzi psychometrycznych w wyodrębnionych grupach przedstawia tabela 7.

Tabela 7 Porównanie osób z różnymi wzorcami picia w okresie pandemii

	Grupa 1 N=182		Grupa 2 N=77		Grupa 3 N=61		Grupa 4 N=123		F	post-hoc test
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Wiek	32,39	10,43	26,77	8,92	31,54	11,45	34,61	12,80	8,02	2<1,3,4
ŁĘK PRZED ŚMIERCIĄ	36,49	14,33	39,38	14,23	39,51	15,04	35,80	12,22	1,77	-
Radzenie sobie ze stresem epidemii:										
Zabezpieczanie się	11,26	2,74	11,442	2,61	11,066	2,83	11,667	2,64	0,86	-
Przestrzeganie zaleceń	10,30	1,686	10,42	1,525	9,98	1,884	10,25	1,902	0,74	-
Aktywność własna	9,02	1,958	8,909	1,955	8,656	1,957	8,967	1,937	0,74	-
AUDIT	4,83	3,627	5,701	3,671	7,049	4,853	5,520	4,272	4,77	3>1,4*
PSS 10	18,45	6,931	18,77	6,782	20,64	6,463	19,03	6,099	1,65	-
MINI COPE										
Aktywne radzenie sobie	3,28	1,68	3,06	1,51	2,79	1,71	3,41	1,70	2,36	-
Planowanie	3,91	1,56	3,47	1,52	3,62	1,59	3,90	1,53	1,93	-
Pozytywne przewartościowanie	3,75	1,74	3,32	1,69	2,97	1,90	3,77	1,67	4,13	3<1,4
Akceptacja	4,76	1,24	4,68	1,13	4,44	1,69	4,65	1,29	0,90	-
Humor	2,50	1,31	2,42	1,22	2,54	1,35	2,00	1,28	4,12	1, 3>4
Zwrot ku religii	1,42	1,79	1,10	1,56	1,03	1,67	2,14	2,13	7,53	4>1,2,3
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	3,96	1,69	3,44	2,06	4,02	1,73	3,56	1,76	2,49	-
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	3,40	1,68	3,16	1,90	3,44	1,87	3,17	1,71	0,73	-
Zajmowanie się czymś innym	3,92	1,43	3,84	1,30	3,48	1,58	3,80	1,36	1,51	-
Zaprzeczenie	0,65	1,08	0,78	1,23	0,80	1,34	1,03	1,35	2,43	4>1
Wyładowanie	3,23	1,55	3,21	1,73	3,48	1,51	3,05	1,49	1,03	-
Zażywanie substancji	0,83	1,27	0,27	0,72	2,39	1,79	0,20	0,89	51,59	3>1,2,3 1>2,4
Zaprzestanie działań	1,33	1,52	1,53	1,60	1,56	1,59	1,48	1,49	0,57	-
Obwinianie siebie	1,56	1,48	1,52	1,44	1,92	1,84	1,52	1,61	1,04	-
GHQ som	8,97	4,84	9,55	4,51	9,85	4,69	8,71	4,91	1,03	-
GHQ lęk	8,9	5,91	9,1	6,05	10,4	6,03	8,6	5,53	1,39	-
GHQ zab funk	9,0	4,03	9,4	5,08	11,2	5,20	8,8	4,05	4,55	3>1,2*,4
GHQ depresja	4,94	4,79	5,96	5,88	7,03	6,03	4,40	4,78	4,21	3>1,4
GHQ SUMA	31,7	16,2	34,0	18,0	38,5	17,7	30,5	16,3	3,43	3>1,4

1- 2; 1-3; 1-4, 2-3, 2-4 – istotne różnice ($p \leq 0,05$) między grupami, * $p > 1$ tendencja statystyczna

Jak pokazuje tabela 7, szereg zmiennych różnicuje wyróżnione ze względu na spożywanie alkoholu grupy. Osoby, które deklarują mniejsze spożycie alkoholu są znacząco młodsze niż pozostali (średnia około 26 lat, pozostali - średnia powyżej 30 lat). Z kolei osoby, które przyznają się do aktualnego większego spożycia charakteryzują się **wyższym średnim wynikiem w Skali AUDIT** co oznacza, że jeszcze przed rozpoczęciem pandemii pili bardziej intensywnie i częściej alkohol niż osoby pijące aktualnie bez zmian i obecnie nie pijące wcale.

W przypadku strategii radzenia sobie ze stresem w okresie pandemii osoby pijące obecnie więcej istotnie **radziej potrafią znaleźć pozytywne aspekty** sytuacji stresowej (pozytywne przewartościowanie). W świetle analizowanych zmiennych nie dziwią różnice w obrębie zmiennej **stosowanie substancji psychoaktywnych**. Osoby pijące aktualnie więcej osiągnęły w obrębie tej strategii wyniki istotnie wyższe ($p < 0,001$) niż pijący podobnie jak wcześniej oraz pijący mniej. Może to oznaczać sytuację, w której osoby te akceptują picie alkoholu jako strategię radzenia sobie ogólnie w trudnych sytuacjach, nie tylko obecnej.

Osoby pijące obecnie więcej niż przed pandemią charakteryzują się również istotnie **gorszym stanem zdrowia psychicznego** - gorzej radzą sobie z codziennym funkcjonowaniem, z codziennymi obowiązkami i są mniej zadowolone z wykonywania aktywności oraz charakteryzują się istotnie wyższym poziomem depresji (poczucie beznadziejności życia, własnej bezwartościowości, myśli samobójcze).

Pozostałe zmienne, w tym stosowanie się do zaleceń epidemiologicznych (radzenie sobie ze stresem pandemii) nie różnicowały wyróżnionych grup.

Kończąc analizy porównano sposób korzystania z alkoholu w grupie osób, które uzyskały bardzo wysokie wyniki w GHQ, przemawiające za możliwością występowania poważnych zaburzeń funkcjonowania psychicznego ($N = 116, 26,2\%$). W grupie tej, w porównaniu z osobami z niższymi wynikami znacząco więcej badanych piło obecnie alkohol intensywniej niż przed terapią ($p = 0,003$).

Omówienie wyników

Celem badania była próba odpowiedzi na pytanie o poziom stresu i stan zdrowia psychicznego u osób w okresie pandemii, używanie substancji psychoaktywnych, a szczególnie alkoholu w tym czasie oraz poznanie czynników powiązanych z używaniem alkoholu z uwzględnieniem szerokiego spectrum zmiennych. Badaniom poddano 443 osoby - 348 kobiet i 95 mężczyzn w średnim wieku 31,9 lat. Zastosowano rozbudowane ankiety oraz kilka narzędzi badawczych o

potwierdzonej wartości psychometrycznej. Narzędzia dobrano w taki sposób, by badały występowanie analizowanych zjawisk w ostatnim czasie (najczęściej ostatnim miesiącu).

W odniesieniu do poziomu stresu stwierdzono, iż ponad połowa (prawie 53%) badanych uzyskała wyniki wskazujące na wysoki lub bardzo wysoki poziom odczuwanego stresu. Świadczy to o dużym dyskomforcie odczuwanym w ostatnim miesiącu (był to miesiąc obostrzeń związanych z koronawirusem) przez znaczną grupę badanych, co może (ale nie musi) mieć negatywne następstwa (zaburzenia adaptacyjne, psychosomatyczne, afektywne). Dalsze badania pozwolą odpowiedzieć na pytanie, czy tak wysoki poziom stresu będzie się utrzymywał i jakie będą tego konsekwencje dla funkcjonowania badanych.

Niezadawalający jest również poziom zdrowia psychicznego badanych. Średni wynik w Kwestionariuszu GHQ wskazuje na gorszy stan psychiczny badanych w porównaniu z normami polskimi. Badanie skarżą się głównie na problemy w codziennym funkcjonowaniu, brak satysfakcji z własnej aktywności, napięcie, kłopoty ze snem, poczucie wyczerpania. Osoby z istotnie gorszym samopoczuciem psychicznym (wyższe niż 7 sten wyniki w GHQ 28) bardziej niż pozostali boją się śmierci, odczuwają silniejszy stres, stosują w tym czasie raczej nieprzystosowane strategie radzenia sobie (zaprzeczanie istnieniu problemów, wyładowywanie się, zażywanie substancji, rezygnację z działań i obwinianie siebie za zaistniałą sytuację). W odniesieniu do działań bezpośrednio skoncentrowanych na sytuacji pandemii osoby te stosują nieco więcej zabezpieczeń (zakupy „na przyszłość” ,zdobycie środków higienicznych, śledzenie informacji o wirusie w środkach masowego przekazu), ale jednocześnie znacznie trudniej przychodzi im kontynuować zwykłą aktywność, pomagać innym, znajdować nowe, alternatywne sposoby spędzania czasu czy rozwijania zainteresowań. Można ostrożnie przyjąć, iż osoby te, odczuwając najprawdopodobniej wysoki poziom lęku, preferują pasywne strategie zaradcze („zamrażanie”), występujące jako wzorzec behawioralny (i endokryny) u niektórych jednostek w sytuacjach, gdy niebezpieczeństwo odbierane jest jako nieuniknione ale stosunkowo odległe (por. Steimer, 2002).

Wysoce niepokojące jest, że co czwarta osoba (ponad 26%) uzyskała wyniki wskazujące na wysokie prawdopodobieństwo zaburzeń funkcjonowania psychicznego oraz, że około 10% badanych sygnalizuje wystąpienie od początku pandemii myśli samobójczych.

Analizując otrzymane wyniki warto odnieść się do badań dotyczących relacji między sytuacjami kryzysu a zdrowiem psychicznym jednostek. Przykładowo - metaanaliza badań dotyczących relacji kryzys - zdrowie psychiczne na bazie kryzysu ekonomicznego z 2008 roku na świecie dokonana przez Nicolę Mucci i współpracowników (2016) pokazuje, iż wszystkie opublikowane badania wskazują na kryzys jako ważny i wysoce znaczący czynnik stresujący,

który ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne. Większość badań udokumentowała, że wzrost bezrobocia, zwiększone obciążenie pracą, redukcja personelu i redukcja płac są powiązane z zwiększoną częstotliwością wystąpienia zaburzeń nastroju, lęku, depresji, dystymii i samobójstw. Niektóre badania wykazały, że problemy związane z kryzysem mogą również wpłynąć na ogólny stan zdrowia osób nim dotkniętych, zwiększając ryzyko wystąpienia takich problemów zdrowotnych, jak choroby układu krążenia i układu oddechowego. Wydaje się oczywistym, że wpływ obecnego kryzysu może być podobny, co będzie wymagało dalszych badań i poszukiwania na ich bazie czynników zaradczych w odniesieniu do zdrowia publicznego.

W odniesieniu do picia alkoholu prezentowane badanie wykazało, iż ponad 28% badanych pije w sposób ryzykowny, a prawie taka sama ich liczba utrzymuje abstynencję. Również ten wynik (dotyczący picia ryzykownego) jest wyższy niż w badaniach populacyjnych, zarówno polskich, jak i np. amerykańskich (www.parpa.pl; Delker, Brown, Hasin, 2016). Na obecnym etapie trudno stwierdzić, czy odpowiada za to sytuacja stresowa związana z pandemią czy też specyfika badanej grupy jest właśnie taka. Warto jednak zauważyć, że AUDIT jest jedyną metodą z zastosowanych w niniejszym badaniu, która pyta osoby badane o ich funkcjonowanie (w tym wypadku picie) w przeciągu ostatniego roku, a nie ostatniego miesiąca (czasu), jego wynik powinien być więc względnie niezależny od sytuacji ostatniego miesiąca.

W takiej sytuacji najważniejsze wydaje się być porównanie osób, które zgłaszają picie większych ilości alkoholu od czasu rozpoczęcia pandemii z tymi, które piją mniej i piją podobnie jak wcześniej. Analiza ta wskazuje, że mniejsze ilości alkoholu piją przede wszystkim badani młodszy, nie pozostający w związkach i nie posiadający dzieci (ten zmienny łączy się ze sobą). Jak już wspomniano, jest to prawdopodobnie wynik zamknięcia pubów, klubów i akademików oraz sytuacji, w której ze względu na zawieszenie zajęć w szkołach i uczelniach młodzi dorośli nie mają możliwości i okazji do wspólnych spotkań i kontaktów (przebywają raczej w domach). Mniejsze spożycie alkoholu może być więc wynikiem konieczności, a nie ich świadomej decyzji. Nie dziwi również wynik wskazujący, iż mniej w obecnym czasie piją osoby z chorobami somatycznymi, które mogą bardziej bać się o swój stan zdrowia. Natomiast trudny do interpretacji jest wynik wskazujący na większy procent mniej pijących w grupie osób pochodzących z rodzin alkoholowych w porównaniu z pozostałymi.

Grupą najbardziej narażoną na rozwój problemów z używaniem alkoholu a także innych problemów są osoby, które zgłaszają większe spożycie alkoholu od momentu rozpoczęcia pandemii (niespełna 14% ogółu). Jak pokazały przeprowadzone analizy są to osoby które:

- intensywniej piły alkohol jeszcze przed rozpoczęciem pandemii (wyższy wynik w AUDIT);
- rzadziej obecnie (a być może i w ogóle) stosują strategię radzenia sobie oparta na pozytywnym przewartościowaniu, a częściej dopuszczają używanie substancji w reakcji na stres;
- charakteryzują się obecnie gorszym stanem zdrowia psychicznego, trudnościami w radzeniu sobie z codziennymi aktywnościami, obniżeniem nastroju i innymi objawami depresyjnymi oraz występowaniem myśli samobójczych.

Osoby spełniające te kryteria wydają się być najbardziej narażone na rozwój problemów dotyczących używania alkoholu (a także innych dotyczących zdrowia psychicznego). Jest bowiem wysoce prawdopodobne, że używają one alkoholu do „samoleczenia” problemów psychicznych, a od dawna wiadomo, że takie używanie alkoholu jest wysoce niebezpieczne. Na pytanie, jak osoby te funkcjonują w dłuższym odcinku czasu powinna odpowiedzieć druga część badań.

To co wydaje się natomiast pozytywne, jeśli chodzi o uzyskane wyniki, to między innymi niski procent osób używających narkotyki (prawie 94% badanych ich nie używa) i bardzo niski procent (6 osób- 1,4 %) osób, które przyznają się do zwiększenia ich zażywania w obecnej sytuacji. Pozytywny jest również wysoki wynik osób niepalących (ponad 74%). Ważne jest również to, że osoby, które obecnie przebywają w domach nie zgłaszają zwiększenia spożywanego alkoholu w porównaniu z pracującymi.

Zaprezentowane badania mają swoje ograniczenia. Przede wszystkim występuje w nich nadreprezentacja kobiet, osób młodszych, osób z wykształceniem wyższym i średnim, mieszkających w miastach, pracujących. Jest więc oczywiste, że wyniki nie mogą być uogólniane na całą populację. W badaniu praktycznie brak osób pijących szkodliwie i uzależnionych (było to łącznie 7 osób), co uniemożliwiało poszukiwanie odpowiedzi na bardzo ważne pytanie – jak takie osoby radzą sobie w obecnym czasie, gdy dostęp do terapii, ale i mityngów AA jest bardzo ograniczony, a poziom stresu wysoki. Na to pytanie winny odpowiedzieć osobne badania.

Wnioski

1. Ponad połowa badanych w okresie pandemii doświadcza natężonego stresu i pogorszenia stanu zdrowia psychicznego.
2. Około 26% badanych to osoby, których stan zdrowia psychicznego można uznać za zły. Osoby te doświadczają częściej myśli samobójczych i innych objawów depresyjnych, a wielu z nich zwiększyło spożywanie alkoholu w okresie pandemii.
3. Prawie 30% badanych pije ryzykownie alkohol.

4. Wśród osób, które zwiększyły spożycie alkoholu w ostatnim miesiącu (a więc narażonych na ryzyko pojawienia się problemów związanych z jego używaniem) są osoby pijące intensywniej w okresie przed pandemią i charakteryzujące się gorszym zdrowiem psychicznym. Osoby te nie zauważają możliwych pozytywnych skutków obecnej sytuacji i prawdopodobnie preferowały wcześniej używanie substancji jako sposób radzenia sobie ze stresem.

Bibliografia

- Ahorsu, DK., Lin, Ch.Y, Imani V., Saffari, M., Griffiths, M., Pakpour A. (2020) The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction* <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>
- Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J.B., Grant, M. (1992) AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care. Geneva: WHO.
- Baud, D., Qi, X., Nielsen-Saines, K., Musso, D., Pomar, L., Favre, G. (2020). Real estimates of mortality following COVID-19 infection. *The Lancet Infectious Diseases*. Retrieved from. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30195-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30195-X).
- Cai, W., Tang, Y.L., Wu, S, Li, H. (2017) Scale of Death Anxiety (SDA): Development and Validation. *Front Psychol.* 31;8:858. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00858. eCollection 2017.
- Chodkiewicz, J., Talarowska, M., Miniszewska, J., Nawrocka, N. *Polska adaptacja Scale of Death Anxiety*. (materiał niepublikowany).
- Clay, JM., Parker, MO (2020) Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *Lancet Public Health* S2468-2667(20)30088-8.
- Coronavirus: COVID-19 Is Now Officially A Pandemic, WHO Says*, NPR.org [dostęp 2020-03-11].
- Delker, E., Brown, Q., Hasin, D.S. (2016). Alcohol Consumption in Demographic Subpopulations: An Epidemiologic Overview. *Alcohol research : current reviews*, 38(1), 7–15.
- Jernigan, D (2020) America is drinking its way through the coronavirus crisis – that means more health woes ahead <https://theconversation.com/america-is-drinking-its-way-through-the-coronavirus-crisis-that-means-more-health-woes-ahead-135532> z dnia 26.04.

- Juczyński, Z., Ogińska -Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kissler, SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. (2020) Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. *Science* 10.1126/science.abb5793.
- Makowska, Z., Merecz, D. (2001). Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.
- Mucci, N., Giorgi, G., Roncaioli, M., Fiz Perez, J., Arcangeli, G. (2016). The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 983–993.
- Pappas, G., Kiriaze, I. J., Giannakis, P., Falagas, M. E. (2009). Psychosocial consequences of infectious diseases. *Clinical Microbiology and Infection*, 15(8), 743–747.
- Poprawa, R., Rokosz, M., Tabiś, K., Barański, M. Skala Specyficznego Radzenia Sobie ze Stresem Epidemii(materiał niepublikowany).
- Sarkar, D., Jung, M. K., & Wang, H. J. (2015). Alcohol and the Immune System. *Alcohol Research: Current Reviews*, 37(2), 153–155.
- Steimer, T. (2002). The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4(3), 231–249.

Strony internetowe:

- Micallef, J. How The COVID-19 Pandemic Is Upending The Alcoholic Beverage Industry <https://www.forbes.com/sites/joemicallef/2020/04/04/how-the-covid-19-pandemic-is-upending-the-alcoholic-beverage-industry/#22cf419d4b0b> z dnia 26.04.2020.
- <https://www.gov.pl/web/koronawirus> ; - pobrane z dnia 30.04.2020
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/Situation-reports>. - pobrane z dnia 30.04.2020
- www.parpa.pl z dnia 30.04.2020