© Autor(rzy) 2021. Artykuł opublikowany na zasadach otwartego dostępu, rozpowszechniany na warunkach licencji Creative Commons Attribution (CC BY), wydany przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WPŁYW PANDEMII SARS-COV-2 NA ZDROWIE PSYCHICZNE I ZACHOWANIA ZDROWOTNE PIELĘGNIAREK I PIELĘGNIARZY

THE IMPACT OF THE SARS-COV-2 PANDEMIC ON THE MENTAL HEALTH AND HEALTH BEHAVIOR OF NURSES

Dominika Anita Lach[1, a], Joanna Barbara Kmieciak[1,b], Agnieszka Helena Wojas[1, c], Eliza Anna Szewczyk[1, d], Weronika Piłat[1], Kamila Piłat[1], Anna Dorota Cichoń[1], Monika Pierzak-Stępień[2, e]

[1] Studentka II stopnia, kierunek pielęgniarstwo, Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce
Second degree student, major in Nursing, Collegium Medicum, Jan Kochanowski University, Kielce, Poland
[2] Zakład Żywienia i Dietetyki, Instytut Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce
Department of Nutrition and Dietetics, Institute of Health Sciences, Medical College, Jan Kochanowski University, Kielce, Poland

[a] https://orcid.org/0000-0003-2990-2377
[b] https://orcid.org/0000-0001-8826-8148
[c] https://orcid.org/0000-0003-1246-493X
[d] https://orcid.org/0000-0002-1355-8201
[e] https://orcid.org/0000-0002-4367-4465

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2022.16

STRESZCZENIE

Wstęp. Koronawirus SARS-CoV-2 swój początek miał w Wuhan w Chinach, skąd zaczął się rozprzestrzeniać na cały świat pod koniec 2019. 11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię wirusa COVID-19. Szczególnie narażoną grupą stali się pracownicy ochrony zdrowia mający bezpośredni kontakt z zakażonymi. Pojawiły się negatywne zjawiska, takie jak: stygmatyzacja, niechęć i podejrzliwość, szczególnie w stosunku do pracowników medycznych. Pandemia COVID-19 stanowiła zagrożenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego ogólnoświatowej populacji.
Cel pracy. Celem pracy jest ocena zdrowia psychicznego i zachowań zdrowotnych pielęgniarek i pielęgniarzy podczas pandemii SARS-CoV-2.
Materiał i metody. Badaniem objęto 140 pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy sprawowali opiekę nad chorymi zakażonymi wirusem SARS--CoV–2. Badany personel pielęgniarski mieścił się w przedziale wiekowym od 22. do 75. roku życia. Narzędzia wykorzystane w badaniu to skala DASS 21 (ang. Depression Anxiety Stress Scales) i autorski kwestionariusz opracowany na potrzeby tego badania. Do przedstawienia danych statystycznych użyto programu Microsoft Office Excel.
Wyniki. Większą część grupy badanej stanowiły kobiety 95% (n = 133). Najliczniejszą grupę respondentów stanowiły osoby mieszczące się w przedziale wiekowym od 22. do 32. roku życia 41% (n = 58). Pielęgniarki i pielęgniarze mierzyli się z problemem stygmatyzacji; z badań wynikało, że aż 45% (n = 63) osób spotkało się z takim problemem.
Wnioski. Znacząca część personelu pielęgniarskiego pracującego z pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 spotkała się ze zjawiskiem stygmatyzacji i dyskryminacji w związku z wykonywanym zawodem. Praca z osobami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 w negatywny sposób wpłynęła na zdrowie psychiczne i zachowania zdrowotne personelu pielęgniarskiego.

SŁOWA KLUCZOWE: koronawirus, pielęgniarka, pandemia, zdrowie psychiczne, zachowania zdrowotne.

ABSTRACT

Introduction. The SARS-CoV-2 coronavirus was spreading at the end of 2019, beginning in Wuhan, China. On March 11, 2020, the World Health Organization announced a COVID-19 virus pandemic. Healthcare workers who had direct contact with the infected became a particularly vulnerable group. There were negative phenomena such as stigmatization, reluctance and suspicion, especially towards medical workers. The COVID-19 pandemic posed a threat to the physical and mental health of the global population.
Aim. The aim of the study is to evaluate the mental health and health behavior of nurses during the SARS-CoV-2 pandemic.
Material and methods. The study included 140 nurses who looked after patients infected with the SARS-CoV-2 virus. The surveyed nursing staff ranged in age from 22 to 75 years of age. The tools used in the study are the DASS 21 scale (Depression Anxiety Stress Scales) and the self-study questionnaire. Microsoft Office Excel was used to present statistical data.
Results. The overwhelming majority of respondents are women, who accounted for as much as 95% (n = 133). The dominant group of respondents are people aged 22 to 32, 41% (n = 58). Nurses struggled with the difficulty of stigmatization, and the research showed that as many as 45% (n = 63) of people encountered such a problem.
Conclusions. A significant part of the nursing staff working with patients infected with the SARS-CoV-2 virus encountered the phenomenon of stigmatization and discrimination in connection with their profession. Working with people infected with the SARS-CoV-2 virus adversely affected the mental health and health behavior of nursing staff.

KEYWORDS: coronavirus, nurse, pandemic, mental health, health behaviour.

Wprowadzenie

Historia koronawirusa sięga końca roku 2019, kiedy w prowincji Hubei w Wuhan w Chinach pojawiła się grupa chorych cierpiących na zapalenie płuc o niezidentyfikowanej przyczynie. Od tego momentu wirus stale się rozprzestrzeniał i dotarł aż do Europy, a 11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię wirusa COVID-19 [1]. W tym czasie doszło do wielu zmian, które dotyczyły całego społeczeństwa. Szczególnie narażoną grupą stali się pracownicy ochrony zdrowia, mający bezpośredni kontakt z zakażonymi. Wszechobecny chaos i strach przed zarażeniem w krótkim czasie zmusił społeczeństwo do przeorganizowania swojego dotychczasowego stylu życia. Pojawiły się negatywne zjawiska, takie jak: stygmatyzacja, niechęć i podejrzliwość, szczególnie w stosunku do pracowników medycznych. Ponadto poczucie bezradności i odosobnienia stawało się paraliżujące i znacząco utrudniało wypełnianie dotychczasowych obowiązków. Polityka zdrowia publicznego prowadzona w związku z zaistniałą sytuacją pandemii wiązała się z dużym ryzykiem dyskryminacji i stygmatyzacji. Przyjęte normy dystansu wśród ludzi, które są obligatoryjne przy zapobieganiu rozprzestrzeniania się zakażenia, skutkowały „poczuciem inności" u osób dotkniętych chorobą. Zakazy podróżowania, kwarantanny i ograniczenia w przemieszczaniu się sprzyjały zachowaniom ksenofobicznym, wzmacniały podziały między ludźmi oraz tworzyły na nowo hierarchie społeczne [2]. Dyskryminacja i stygmatyzacja pośród różnych grup społecznych to jedna z groźniejszych konsekwencji COVID-19. Wirus doprowadził do nasilenia istniejących już dużo wcześniej negatywnych przekonań czy stereotypów. Do ofiar tych zjawisk należały przede wszystkim osoby określonej rasy czy wyznania, wywodzące się z niższych warstw społeczno-ekonomicznych, osoby zajmujące się opieką nad osobami zakażonymi, ozdrowieńcy i zakażeni. We Włoszech, na chwilę przed ogłoszeniem stanu wyjątkowego spowodowanego epidemią, stosunek obywateli do zamieszkującej teren ich kraju ludności chińskiej zmienił się diametralnie. Chińskie restauracje opustoszały, rodzice przestali posyłać dzieci do szkoły, w przypadku kiedy uczęszczali tam również uczniowie chińskiego pochodzenia [2]. W czasie zmagania się świata z pandemią, pracownicy służby zdrowia pozostawali grupą najbardziej narażoną na kłopoty ze zdrowiem psychicznym. Wiele z zagrożeń dla ich zdrowia nie było do końca poznanych, istniały deficyty informacji o sposobach zapobiegania wszechobecnemu stresowi, związanemu z ówczesną sytuacją. Wprowadzane zmiany musiały rozpocząć się od pracodawców, aby mogli zaoferować różnorodne rozwiązania wsparcia pracownikom medycznym. Konsekwencje dla zdrowia psychicznego były w większości negatywne, dlatego wymagały wzmożonej uwagi, aby je złagodzić, np. poprzez psychologów czy też wprowadzenie różnego rodzaju działań edukacyjnych. Stan wiedzy dotyczący podejmowanych interwencji terapeutycznych świadczył o ich pozytywnym wpływie na zdrowie psychiczne. Istotne stawało się, aby osoby mające do czynienia bezpośrednio z zainfekowanymi albo pracujący w rejonach dotkniętych chorobą byli wyposażeni w określone strategie i zasoby, które umożliwiłyby im sprostanie nowym wyzwaniom. Brakuje systematycznych publikacji skupiających się wokół tematu negatywnych następstw w obrębie zdrowia psychicznego, których ofiarami byli pracownicy personelu medycznego [2]. Sytuacja pandemii stała się zagrożeniem dla zdrowia zarówno w obszarze fizycznym, jak i psychicznym całej populacji. Personel medyczny, stanowiący grupę najwyższego ryzyka, był nieustannie narażony na pojawienie się wielu problemów z obszaru zdrowia psychicznego. Pracownicy ochrony zdrowia byli głównym filarem opieki zdrowotnej w procesie zapewniania i utrzymania bezpieczeństwa zdrowotnego ludzi. W związku z tym zaistniała konieczność zapewnienia pomocy psychologicznej pracownikom medycznym, a w szczególności tym, u których pojawił się wyższy poziom negatywnych konsekwencji w obszarze zdrowia psychicznego [3]. Strach i lęk o zdrowie własne i swoich bliskich, a także rozmaite problemy ekonomiczne oraz okresy izolacji zarażonych pacjentów miały znacząco negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i zachowania zdrowotne. Pojawiający się stres, który miał związek z nieznanymi dotąd warunkami funkcjonowania, w istotnym stopniu dotyczył osób aktywnych zawodowo, ponieważ praca stawała się potencjalnym źródłem zakażenia. Szczególnie w początkowym okresie pandemii problemy dotyczyły pozyskiwania rzetelnych informacji, niedoboru środków ochronnych oraz trudności w diagnozowaniu wynikające z ograniczonego dostępu do testów diagnostycznych. Wszystkie te czynniki miały wpływ na pojawienie się niepokoju, lęku, bezsenności oraz trudności w codziennym funkcjonowaniu. Długotrwały okres pandemii miał niewątpliwie destrukcyjny wpływ na stan psychiczny i fizyczny całego społeczeństwa [4].

Celem pracy jest ocena zdrowia psychicznego i zachowań zdrowotnych pielęgniarek i pielęgniarzy podczas pandemii SARS-CoV-2.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono wśród pielęgniarek i pielęgniarzy z województwa świętokrzyskiego, pracujących na oddziałach zabiegowych i zachowawczych. Badanie wykonano w podmiotach szpitalnych hospitalizujących zarówno chorych zakażonych wirusem SARS-CoV–2, jak i chorych z innymi jednostka-

mi chorobowymi. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od lutego do października 2021 roku.

Do badań zostało zakwalifikowanych 140 pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy sprawowali opiekę nad chorymi w różnym stanie zdrowia, ale wszyscy byli zakażeni wirusem SARS-CoV-2. Badany personel pielęgniarski biorący czynny udział w badaniu mieścił się w przedziale wiekowym od 22. do 75. roku życia. W badaniu zostały wyszczególnione cztery przedziały wiekowe: 22–32, 33–43, 44–54, 55 – i więcej. Respondenci biorący udział w badaniu różnili się od siebie poziomem wykształcenia: średnie (liceum medyczne), wyższe (na poziomie studiów licencjackich), wyższe (na poziomie studiów magisterskich), miejscem zamieszkania: wieś, miasto poniżej 100 tys. mieszkańców, miasto powyżej 100 tys. mieszkańców, stanem cywilnym: panna/kawaler, mężatka/żonaty, rozwiedziona/rozwiedziony, wdowa/wdowiec. Narzędziami, które zostały wykorzystane w badaniu, były DASS 21 (ang. *Depression Anxiety Stress Scales*) oraz kwestionariusz opracowany przez autorów. Skala Depresji, Lęku i Stresu zawiera 21 pozycji (DASS-21); jest to zestaw trzech skal samoopisowych, przeznaczonych do pomiaru stanów emocjonalnych depresji, lęku i stresu. Kwestionariusz opracowany przez autorów składał się z 20 pytań, z których pierwsza część odnosiła się do danych socjodemograficznych (5 pytań), tj. płeć, wiek, stan cywilny, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania. Natomiast druga część badała wpływ pracy pielęgniarek i pielęgniarzy z pacjentami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 na zdrowie psychiczne i zachowania zdrowotne (15 pytań).

Analiza statystyczna

Analiza statystyczna została wykonana przy użyciu programu Microsoft Office Excel po całościowym zebraniu materiału badawczego.

Wyniki

Większą część grupy badanej (n = 133, 95%) stanowiły kobiety. Najliczniejszą grupę respondentów stanowiły osoby mieszczące się w przedziale wiekowym od 22. do 32. r.ż. – 41% (n = 58). Najmniej liczni byli ankietowani mieszczący się w przedziale wiekowym 55 lat i więcej, stanowili oni 11% (16) badanych. Ponad połowa ankietowanych zamieszkiwała wieś 52% (n = 73). Najmniejszą grupę stanowili badani zamieszkujący miasto powyżej 100 tysięcy mieszkańców – 17% (n = 24). Osoby z wykształceniem wyższym (na poziomie studiów magisterskich) stanowiły 43% (n = 60) grupy badanej. Wśród ankietowanych 44% (n = 62) to osoby będące w związku małżeńskim, 40% (n = 56) to panna/kawaler, 11% (n = 15) rozwiedziona/rozwiedziony, 5% (n = 7) to wdowa/wdowiec.

Spośród całej grupy 68% (n = 95) badanych udzieliło odpowiedzi, że zakład pracy zagwarantował im miejsce odpoczynku w czasie pracy z pacjentami zakażonymi COVID-19, natomiast 32% (n = 45) nie miało zagwarantowanego miejsca odpoczynku.

Dla zdecydowanej części ankietowanych, bo aż dla 73% (n = 103) największe wsparcie podczas pracy w pandemii COVID-19 stanowiła rodzina, wyłącznie 6% (n = 8) z respondentów odpowiedziało, że takie wsparcie stanowią dla nich znajomi i sąsiedzi, dla 21% (n = 29) wsparciem byli koledzy/koleżanki z pracy.

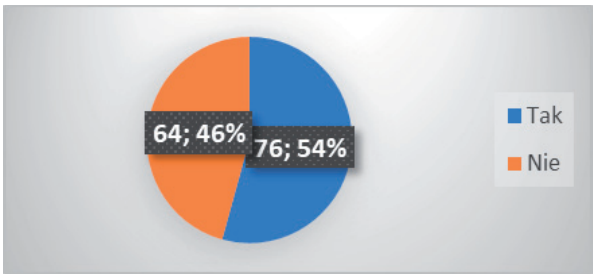
Tabela 1. Dane socjodemograficzne pielęgniarek i pielęgniarzy
Table 1. Sociodemographic data of nurses and male nurses

Dane socjodemograficzne	Liczba (n)/ *Number (n)*	Procent%/ *Percent (%)*
Płeć/*Sex*		
Kobieta/*Women*	133	95
Mężczyzna/*Men*	7	5
Przedział wiekowy/*Age range*		
22–32	58	41
33–43	40	29
44–54	26	19
55- i więcej/*more*	16	11
Wykształcenie/*Education*		
Średnie (liceum medyczne)/ *Medical high school*	21	15
Wyższe (na poziomie studiów licencjackich)/*Higher (bachelor's study)*	59	42
Wyższe (na poziomie studiów magisterskich)/*Higher (master's study)*	60	43
Stan cywilny/*Marital status*		
Panna/kawaler Miss/*bachelor*	56	40
Mężatka/żonaty/*Married*	62	44
Rozwiedziona/rozwiedziony/ *Divorced*	15	11
Wdowa/wdowiec/ *Widow/widower*	7	5
Miejsce zamieszkania/*Place of residence*		
Wieś/*Village*	73	52
Miasto poniżej 100 tysięcy mieszkańców/*A city with fewer 100,00 inhabitants*	43	31
Miasto powyżej 100 tysięcy mieszkańców/*A city with fewer 100,00 inhabitants*	24	17

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

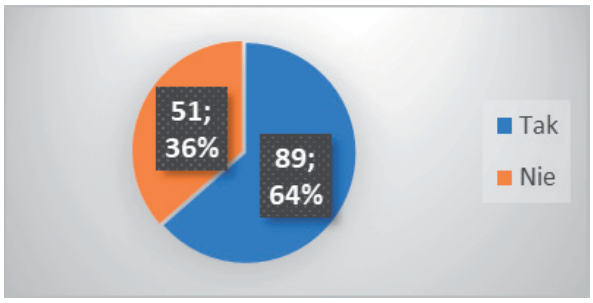
Zdecydowana większość respondentów – 86% (n = 120) wskazała, że wyższy poziom wiedzy dotyczący SARS-CoV-2 wpłynął pozytywnie na ich samopoczucie i pewność siebie w pracy, tylko 14% (n = 20) udzieliło odpowiedzi, że nie miał wpływu.

Zdecydowana większość ankietowanych – 74% (n = 104) przyznała, że praca z chorymi zarażonymi SARS-CoV-2 wpłynęła na ich zdrowie psychiczne i zachowania zdrowotne (**Tabela 1**).



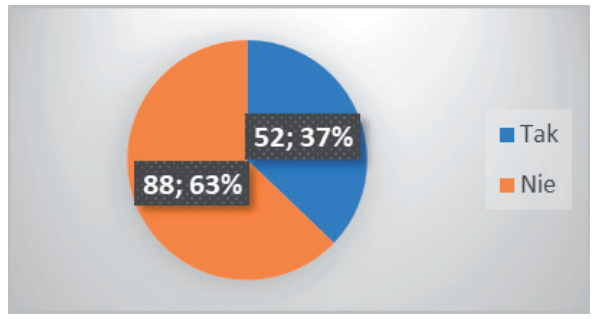
Rycina 1. Czy miał Pan/Pani nieograniczony dostęp do sprzętu ochronnego?
Figure 1. Did you have unlimited access to protective equipment?
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

W grupie 46% (n = 64) badanych udzieliło odpowiedzi, że zakład pracy nie zagwarantował im nieograniczonego dostępu do sprzętu ochronnego, 54% (n = 76) wskazało, że posiadało ograniczony dostęp do sprzętu ochronnego. Przedstawione wyniki sugerują, że w dobie pandemii niemal połowa badanych pielęgniarek i pielęgniarzy nie miała zapewnionej dostatecznej dostępności do niezbędnego sprzętu ochrony osobistej (**Rycina 1**).



Rycina 2. Czy zdarzyło się Panu/Pani przebywać w kombinezonie dłużej niż 4 h?
Figure 2. Did you happen to be in the suit for more than 4 hours?
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

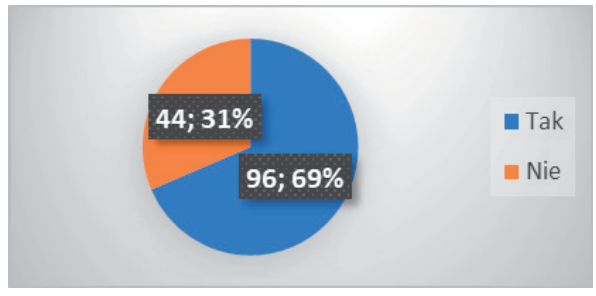
W grupie 64% (n = 89) badanych przyznało, że zdarzyło im się przebywać w kombinezonie ochrony osobistej przez dłuższy okres czasu niż 4 h, 36% (n = 51) udzieliło odpowiedzi, że w kombinezonie ochronnym przebywali nie dłużej niż 4 h (**Rycina 2**).



Rycina 3. Czy pracodawca zapewnił Panu/Pani dostęp do wsparcia psychicznego poprzez obecność: psychologa, terapeuty?
Figure 3. Did your employer provide you with access to mental support through the presence of a psychologist, therapist?
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Wśród badanych pielęgniarek i pielęgniarzy aż 63% (n = 88) udzieliło odpowiedzi, że zakład pracy nie zapewnił im wsparcia psychicznego, 37% (n = 52) w swoim miejscu pracy miało możliwość rozmowy z psychologiem (**Rycina 3**).

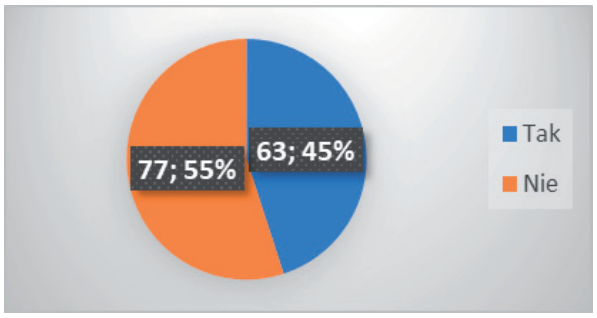
Podczas pracy z pacjentem zarażonym SARS-CoV-2 ponad połowa 52% (n = 73) ankietowanych udzieliła odpowiedzi, że w ich zakładzie pracy psycholog nie jest obecny, 26% (n = 36) stwierdziło, że możliwość rozmowy z terapeutą pozwoliła im na poprawę samopoczucia, 22% (n = 31) zadeklarowało, że pomimo obecności specjalisty nie odczuwa poprawy nastroju.



Rycina 4. Czy otrzymał Pan/Pani dodatek do pensji w związku z pracą z chorymi na oddziale z SARS-CoV-2?
Figure 4. Did you receive a salary supplement in connection with working with patients in the SARS-CoV-2 ward?
Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Pielęgniarki i pielęgniarze udzielili odpowiedzi, że dodatkową gratyfikację finansową otrzymało 69% (n = 96) badanych, natomiast 31% (n = 44) takiego dodatku nie otrzymało (**Rycina 4**).

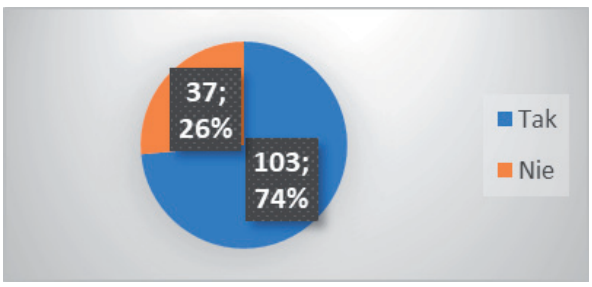
Zdecydowana większość, bo aż 85% (n = 119) pielęgniarek i pielęgniarzy stwierdziła, że dodatek do pensji poprawił/poprawiłby samopoczucie, zaledwie 15% (n=21) spośród ankietowanych udzieliło odpowiedzi, że nie miałby on wpływu na nastrój w pracy podczas pandemii COVID-19.



Rycina 5. Czy doświadczył Pan/Pani zjawiska dyskryminacji lub stygmatyzacji w związku z wykonywanym zawodem?
Figure 5. Did you experience discrimination or stigmatization in connection with your profession?

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

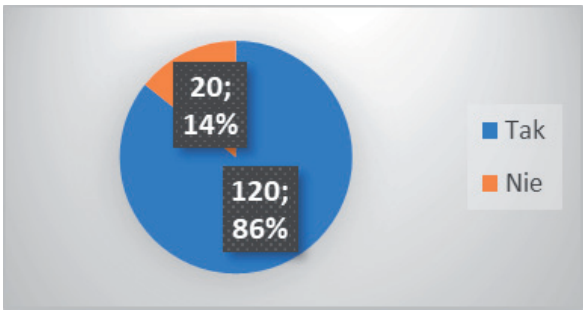
Pomimo pracy w ciężkich i stresujących warunkach z pacjentem chorym na COVID-19, aż 45% (n = 63) pielęgniarek i pielęgniarzy spotkało się ze zjawiskiem stygmatyzacji w związku z wykonywanym zawodem, natomiast 55% (n = 77) nie miało takiego doświadczenia (**Rycina 5**).



Rycina 6. Czy zauważa Pan/Pani u siebie takie cechy, jak większa nerwowość, drażliwość, bezsenność, w związku z pracą w czasie pandemii?
Figure 6. Do you notice any features such as increased nervousness, irritability, insomnia in connection with working during the pandemic?

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Praca w czasie pandemii SARS-CoV-2 wpłynęła na zdrowie badanych pielęgniarek i pielęgniarzy, aż 74% (n = 103) wskazało, że zauważyło u siebie negatywne następstwa, takie jak: nerwowość, drażliwość, bezsenność. Nieliczni ankietowani 26% (n = 37) udzielili odpowiedzi, że praca nie miała wpływu na ich stan zdrowia (**Rycina 6**).



Rycina 7. Czy praca z chorymi z SARS-CoV-2 powoduje większe wyczerpanie psychiczne i fizyczne niż z pacjentami niezakażonymi?
Figure 7. Does working with patients with SARS-CoV-2 cause greater mental and physical exhaustion than with uninfected patients?

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Zdecydowana większość, 86% (n = 120) pielęgniarek i pielęgniarzy objętych badaniem, udzieliła odpowiedzi, że praca z chorymi z SARS-CoV-2 powoduje większe wyczerpanie psychiczne i fizyczne. Jedynie 14% (n = 20) przyznało, że nie zaobserwowało różnicy w pracy (**Rycina 7**).

Zdecydowana większość ankietowanych, bo aż 73% (n = 102) stwierdziła, że ich styl życia obejmujący: nawyki żywieniowe, aktywność fizyczną, jakość snu uległ pogorszeniu w porównaniu ze stanem sprzed pandemii.

Odpowiedzi personelu pielęgniarskiego w większości wskazywały, że praca z chorymi zarażonymi SARS-CoV-2 w sposób negatywny wpłynęła na ich zdrowie psychiczne i zachowania zdrowotne. Jedynie 18% (n = 25) przyznało, że nie miało to wpływu na ich zdrowie.

Tabela 2. Skala DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale-21 Items)
Table 2. DASS-21 Scale (Depression, Anxiety and Stress Scale-21 Items)

DASS-21	Nigdy/ *Never* n (%)	Czasami/ *Sometimes* n (%)	Często/ *Often* n (%)	Zawsze/ *Always* n (%)
Trudno było mi się odprężyć/ *It was hard for me to relax*	9 (6)	50 (36)	60 (43)	21 (15)
Odczuwałam/-em suchość w ustach/ *My mouth felt dry*	38 (27)	38 (27)	43 (31)	21 (15)
Nie mogłam/-em doświadczyć pozytywnych uczuć/ *I could not experience positive feelings*	23 (16)	53 (38)	59 (42)	5 (4)
Odczuwałam/-em trudność w oddychaniu (np. duszności, przyspieszony oddech bez wcześniejszego wysiłku fizycznego)/ *I had difficulty breathing (e.g. shortness of breath, rapid breathing, without previous physical exertion)*	48 (34)	50 (36)	29 (21)	13 (9)
Trudno było mi znaleźć inicjatywę do działania/ *It was difficult for me to find the initiative to act*	21 (15)	63 (45)	44 (31)	12 (9)
Miałam/-em skłonności do przesadnego reagowania na różne sytuacje/ *I had a tendency to overreact to various situations*	12 (9)	52 (37)	64 (46)	12 (9)
Odczuwałam/-em drżenie np. rąk/ *I felt trembling, for example of my hands*	41 (29)	56 (40)	37 (26)	6 (4)
Czułam/-em, że zużywam dużo nerwowej energii/ *I felt that I was using up a lot of nervous energy*	11 (8)	51 (36)	60 (43)	18 (13)
Byłam/ -em przestraszona sytuacjami, gdzie mogłam spanikować lub ośmieszyć się/ *I was scared of situations where I might panic or make myself foolish*	27 (19)	43 (31)	58 (41)	12 (9)
Czułam/-em, że nie ma przede mną przyszłości, nic mnie nie czeka w życiu/ *I felt that there was no future ahead of me, nothing awaited me in my life*	50 (36)	42 (30)	37 (26)	11 (8)
Czułam/-em się pobudzona/-y (niespokojna/-y)/ *I was feeling energized (anxious)*	11 (8)	68 (49)	54 (39)	7 (5)
Trudno było się zrelaksować/ *It was hard to relax*	12 (9)	49 (35)	56 (40)	23 (16)
Czułam/-em się smutna/-y i przygnębiona/-y/ *I felt sad and depressed*	13 (9)	60 (43)	56 (40)	11 (8)
Byłam/-em nietolerancyjna/-y do wszystkiego co uniemożliwiało mi wzięcie udziału w tym, co robiłam/ *I was intolerant of everything that prevented me from taking part in what I was doing*	39 (28)	49 (35)	40 (29)	12 (9)
Byłam/-em bliska paniki/ *I was about to panic*	40 (29)	57 (41)	39 (28)	4 (3)
Nie byłam/-em zdolna do odczuwania entuzjazmu/ *I was not capable of feeling enthusiastic*	21 (15)	64 (46)	46 (33)	9 (6)
Czułam/-em, że jestem niewiele warta/-y/ *I felt that I am not worth much*	40 (29)	62 (44)	31 (22)	7 (5)
Czułam/ -em, że jestem raczej przewrażliwiona/ *I felt that I was rather oversentsitive*	23 (16)	50 (36)	47 (34)	20 (14)
Zdałam/-em sobie sprawę z pracy mojego serca, mimo braku wysiłku fizycznego (np. przyspieszone bicie serce lub zanik)/ *I realized that my heart was working despite the lack of physical exertion (e.g. increased heartbeat or antrophy)*	36 (26)	54 (39)	40 (29)	10 (7)
Czułam/-em się przestraszona/-y bez powodu/ *I felt scared for no reason*	41 (29)	50 (36)	37 (26)	12 (9)
Czułam/-em, że życie nie ma sensu/ *I felt that life did not make sense*	54 (39)	47 (34)	29 (21)	10 (7)

Źródło: opracowanie własne
Source: author's own analysis

Dyskusja

W badaniu dokonano oceny zdrowia psychicznego i zachowań zdrowotnych pielęgniarek i pielęgniarzy podczas pandemii SARS-CoV-2.

W kontekście analizowanych artykułów, dotyczących wpływu pandemii na zdrowie psychiczne, można stwierdzić, że ma ona wyłącznie destrukcyjny wpływ na zdrowie. Wielokrotnie opisywano negatywne skutki zdrowotne epidemii, powszechne było nasilanie się uczucia lęku, bezradności, strachu, postępującej bezsenności, zwiększonego stosowania różnego rodzaju używek. Psychiczne konsekwencje epidemii w obecnych czasach, z równoczesnym niezwykle szybkim tempem rozprzestrzeniania się wirusa w wyniku globalizacji, doprowadziły do zjawiska stygmatyzacji oraz dyskryminacji personelu medycznego [5]. Uzyskane wyniki z badania własnego pokazują, że 45% (n = 63) badanych pielęgniarek i pielęgniarzy doświadczyło stygmatyzacji i dyskryminacji ze względu na wykonywany zawód medyczny oraz bezpośrednią styczność z czynnikiem zakaźnym. Pozostałe osoby badane, które stanowiły 55% grupy badanej (n = 77) zadeklarowały, że nie doświadczyły tego zjawiska. Mimo pracy w trudnych warunkach, niemal połowa badanych przedstawicieli personelu pielęgniarskiego była postrzegana negatywnie przez społeczeństwo. Badania Gambin i wsp. [6] przedstawiają wyniki badań dotyczące wpływu pandemii na występowanie depresji i lęku uogólnionego na populacji losowo wybranych 1179 dorosłych osób mieszkających w Polsce. Wyniki potwierdziły, że u osób w grupie wiekowej 18–24 r.ż. pojawia się najwyższy (istotnie wyższy niż pozostałe grupy wiekowe) poziom objawów depresji i lęku uogólnionego w czasie epidemii. Stwierdzono również, że grupy wiekowe 55–64 r.ż. i powyżej 64 lat charakteryzują się najniższym nasileniem objawów depresji i lęku uogólnionego. Wyniki badania własnego wskazują, że praca w czasie pandemii SARS-CoV-2 wpłynęła na zdrowie badanych pielęgniarek i pielęgniarzy. Większość z badanej populacji, bo aż 74% (n = 103) wskazało, że zauważyło u siebie negatywne następstwa, takie jak: nerwowość, drażliwość, bezsenność. Nieliczni ankietowani 26% (n = 37) udzielili odpowiedzi, że praca nie miała wpływu na ich stan zdrowia. Nie ulega wątpliwości, że pandemia wywołana za sprawą wirusa SARS-CoV-2 spowodowała istotne obciążenia zdrowotne, mające bezpośredni wpływ zarówno na zdrowie psychiczne jak i fizyczne, nie tylko osób zarażonych, ale również tych, którzy sprawowali nad nimi opiekę. Dlatego też grupą szczególnego ryzyka stali się pracownicy medyczni, posiadający bezpośredni kontakt z zakażonymi wirusem SARS-Cov-2. W tej grupie wyjątkowo często pojawiały się takie uczucia, jak: strach, frustracja, problemy z zasypianiem, poczucie samotności i odosobnienia, wahania nastroju oraz różnego rodzaju fobie. Szambor i wsp. [7] przeprowadzili badanie na grupie 7236 osób, wśród nich 2250 osób stanowili pracownicy służby zdrowia. Badania miały na celu ocenę jakości snu, występowanie objawów depresyjnych, a także uogólnionych zaburzeń lękowych. Uzyskane wyniki wskazują, iż uogólnione zaburzenia lękowe występowały u 35,1% badanych, w szczególności u mężczyzn. Wśród pracowników ochrony zdrowia zaburzenia te występowały z częstością 35,6%. Natomiast objawy depresyjne zgłaszało 20,1% badanych. Nieznacznie częściej te objawy występowały u kobiet. Natomiast wśród medyków objawy depresji zgłaszało 19,8% badanych. W ankiecie niską jakość snu zadeklarowało 18,2% badanych, częściej dotykało to mężczyzn. Wśród pracowników ochrony zdrowia niską jakość snu zadeklarowało 23,6% osób. Depresja, uogólnione zaburzenia lękowe oraz gorsza jakość snu występowały częściej wśród ankietowanych poniżej 35 roku życia. Pielęgniarki, które zajmowały się zakażonymi podczas pierwszej fali pandemii, znalazły się w nowej sytuacji i gorzej zniosły odmienne warunki pracy, inne od tych, które znały dotychczas. Podobne wyniki badań uzyskano w opracowaniu własnym. Wyniki wskazują, że aż 74% (n = 103) badanych pielęgniarek i pielęgniarzy zauważyło u siebie objawy, takie jak: drażliwość, nerwowość, bezsenność spowodowane pracą w czasie pandemii. Badani respondenci wskazali, że nawyki żywieniowe, jakość snu, aktywność fizyczna uległy pogorszeniu względem stanu sprzed pandemii. Zdecydowana większość ankietowanych wskazała, że praca z chorymi zarażonymi SARS-CoV-2 wpłynęła na ich zdrowie psychiczne i zachowania zdrowotne. Większość, bo aż 81% spośród ankietowanych wskazało, że praca z zarażonymi SARS-CoV-2 w sposób negatywny wpłynęła na ich zdrowie psychiczne i zachowania zdrowotne. Spośród badanego personelu pielęgniarskiego aż 43% udzieliło odpowiedzi, że „często" trudno było im się odprężyć, odpowiedzi „czasami" udzieliło 36% badanych, natomiast odpowiedzi „zawsze" udzieliło 15% respondentów, a odpowiedzi „nigdy" udzieliło tylko 6% ankietowanych. Większość z ankietowanych nie mogła doświadczyć pozytywnych uczuć, zrelaksować się, czuła się przygnębiona.

Wyniki badań Shaukat i wsp. [8] pokazują, że pracownicy ochrony zdrowia należą do grupy wysokiego ryzyka zarażenia się wirusem SARS-CoV-2. Autorzy obrali sobie za cel swojego przeglądu podsumowanie dowodów na fizyczne i psychiczne skutki epidemii COVID-19 wśród pracowników ochrony zdrowia. Grupa badana obejmowała cały personel kliniczny, w tym lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych i techników. Badania wykazały czynniki ryzyka, wpły-

wające na zwiększone ryzyko zachorowania na COVID-19 personelu medycznego, takie jak; długie dyżury, praca na oddziale wysokiego ryzyka, brak środków ochrony indywidualnej, zdiagnozowany członek rodziny, nieumiejętne mycie rąk, niewłaściwa kontrola zakażeń. Wyniki badań własnych wskazują, że 46% (n = 64) osób udzieliło odpowiedzi, że zakład pracy nie zagwarantował im nieograniczonego dostępu do sprzętu ochronnego. Część, tj. 64% ankietowanych (n = 89) przyznało, że zdarzyło im się przebywać w kombinezonie ochrony osobistej przez dłuższy okres czasu niż 4 h. Wyniki wskazują, że zdecydowana większość personelu pielęgniarskiego nie przestrzegała procedury związanej z dbaniem o bezpieczeństwo własne i chorego.

Chen i wsp. [9] przeprowadzili pierwsze badanie zdrowia psychicznego w następstwie epidemii koronawirusa w Wuhan w Chinach, którego celem było zbadanie zapotrzebowania na usługi opieki psychiatrycznej. Badanie pokazało ograniczenia w dostępności usług opieki psychiatrycznej świadczonych przez psychologów i psychiatrów. Wyniki pokazują, że duża część pracowników ochrony zdrowia w Wuhan cierpiała z powodu zaburzeń psychicznych. Warto zauważyć, że wśród 994 osób personelu medycznego i pielęgniarskiego, zatrudnionego w Wuhan, 36,9% miało podprogowe zaburzenia zdrowia psychicznego, 34,4% łagodne zaburzenia, 22,4% umiarkowane, a aż 6,2% miało poważne zaburzenia bezpośrednio po wybuchu epidemii. Badania te wskazały na ogromną potrzebę większej dostępności spersonalizowanej opieki psychiatrycznej ze strony psychoterapeutów i psychiatrów, przy czym różne grupy zdrowia psychicznego mogłyby skupić się na świadczeniu specjalistycznych usług w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Wyniki badań własnych, podobnie jak wyniki z badania Chen i wsp. [9], wskazały, że aż 63% personelu pielęgniarskiego (n = 88) nie otrzymało wsparcia psychicznego w miejscu pracy. Podczas pracy z pacjentem zarażonym SARS-CoV-2 ponad połowa ankietowanych 52% (n = 73) udzieliła odpowiedzi, że w ich zakładzie pracy psycholog nie jest obecny, 26% (n = 36) stwierdziło, że możliwość rozmowy z terapeutą pozwoliła im na poprawę samopoczucia, a 22% (n = 31) zadeklarowało, że pomimo obecności specjalisty nie odczuwa poprawy nastroju.

Walka z epidemią COVID-19 wymaga od środowiska pielęgniarek i pielęgniarzy heroicznego wysiłku, odwagi oraz wytrwałości. Codziennie narażają siebie oraz swoich bliskich na zakażenie, a mimo to w poczuciu obowiązku pokonują zmęczenie oraz stają do pracy przy łóżku chorego w różnych miejscach, na różnych stanowiskach. Wydaje się, że dodatkowe wynagrodzenie mogłoby stanowić czynnik motywujący do pracy w tak ciężkich warunkach. Wyniki badania własnego ukazują, że dodatkową gratyfikację finansową otrzymało jedynie 69% (n = 96) badanych, niestety aż 31% (n = 44) nie otrzymało takiego dodatku. Większa część osób badanych na pytanie o to, czy dodatek do pensji w związku z pracą na oddziale z pacjentami chorymi na SARS-CoV-2 poprawił bądź poprawiłby samopoczucie badanego, odpowiedziało twierdząco (85%; n = 119).

Wyniki z badania własnego oraz wyniki z badań innych autorów wskazują na potrzebę podjęcia dalszych badań w kierunku zachowań zdrowotnych i zdrowia psychicznego personelu pielęgniarskiego. Należy wskazać, czy ujawnione w analizach skutki pandemii są zjawiskiem przejściowym, wyrażającym mierzenie się z kryzysem epidemii czy też w pewnych grupach objawy depresyjne i lękowe będą się utrzymywać w czasie, przybierając postać chroniczną.

Wnioski

1. Znacząca część personelu pielęgniarskiego pracującego z pacjentami zakażonymi wirusem SARS- CoV-2 spotkała się ze zjawiskiem stygmatyzacji i dyskryminacji w związku z wykonywanym zawodem.
2. Praca z osobami zakażonymi wirusem SARS-CoV-2 w negatywny sposób wpłynęła na zdrowie psychiczne i zachowania zdrowotne personelu pielęgniarskiego.
3. Praca pielęgniarek i pielęgniarzy w czasie pandemii pokazała, że nie wszystkie miejsca pracy były w stanie spełnić warunki bezpieczeństwa pracy i dostępu do wsparcia psychicznego.
4. Około 1/3 personelu pielęgniarskiego sprawującego opiekę nad pacjentami zarażonymi SARS-CoV-2 nie otrzymała odpowiedniej gratyfikacji. Wskazuje to na fakt nierównego traktowania i działa demobilizująco.

Piśmiennictwo

1. Ahn D, Shin H, Kim M, Lee S, Kim H. Current Status of Epidemiology, Diagnosis, Therapeutics, and Vaccines for Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). J Microbiol Biotechnol. 2020; 30: 313–324.
2. Chopra K, Arora K. COVID-19 and social stigma: Role of scientific community. Indian J Tuberc. 2020; 67: 284–285.
3. Cabarkapa S, Nadjidai S, Murgier J. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. Brain Behav Immun Health. 2020; 8: 100144.
4. Gniadek A, Nawara W, Padykuła N. Polska pielęgniarka w czasie pandemii zakażeń SARS CoV-2 – różne perspektywy wykonywania zawodu. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. 2020; 18: 149–154.
5. Babicki M, Mastalerz-Migas A. Występowanie zaburzeń lękowych wśród Polaków w dobie pandemii COVID-19, Psychiatr Pol. 2020; 188: 1–13.

6. Gambin M, Sękowski M, Gorgol J, Oleksy T. Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii COVID-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego, http://psych.uw.edu.pl/wpcontent/uploads/sites/98/2020/05/Uwarunkowania_objawow_depresji_leku-_w_trakcie_pandemii_raport.pdf – 2021.04.13.
7. Szambor T, Masiak J, Urbańska A, Składanowski M. Związek pomiędzy sprawowaniem opieki medycznej nad osobami z chorobą COVID-19 a zdrowiem psychicznym pracowników ochrony zdrowia. Pol J Public Health. 2019; 129: 145–147.
8. Shaukat N, Mansoor Ali D, Razzak J. Physical and mental health impacts of COVID-19 on healthcare workers: a scoping review. Int J Emerg Med. 2020; 13: 40.
9. Chen M, Yang J, Wang Y, Ma C, Wang G. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak, Brain Behav Immun. 2020; 87: 11–1.

Artykuł przyjęty do redakcji: 13.05.2022.
Artykuł przyjęty do publikacji: 31.10.2022.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Dominika Lach
e-mail: dominika.lach31998@wp.pl