



Elżbieta Sideris

dr, Warszawski Uniwersytet Medyczny
<https://orcid.org/0000-0002-7022-0514>

Człowiek w sytuacji zagrożenia COVID-19

Wprowadzenie

Zarządzanie kryzysowe jest elementem bezpieczeństwa narodowego. Sprawne działanie administracji publicznej w tym obszarze, polegające na zapobieganiu sytuacjom kryzysowym, przygotowaniu do podjęcia nad nimi kontroli w drodze zaplanowanych działań, reagowaniu w przypadku ich wystąpienia, usuwaniu skutków oraz odtwarzaniu zasobów i infrastruktury krytycznej, służy przede wszystkim celowi nadrzędnemu, jakim jest zapewnienie obywatelom bezpieczeństwa¹.

Zgodnie z art. 2 pkt 9 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, epidemia to „wystąpienie na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących”². O pandemii mówimy wówczas, gdy choroba zakaźna rozprzestrzenia się na wielu kontynentach (minimum dwóch) w tym samym czasie. Jej cechą charakterystyczną jest wysoka zaraźliwość (infekcja przenoszona jest głównie drogą kropelkową) przy jednocześnie niskiej śmiertelności. Jednak pandemia spowodowana SARS-CoV-2 wskazuje na znaczną odtwarzalność, cięższy przebieg choroby i wysoką śmiertelność nawet w porównaniu z tzw. grypą „hiszpanką”. Jeśli epidemia została opisana w Krajowym Planie Zarządzania Kryzysowego, a o ryzyku pandemii COVID-19 wiedziiano już w grudniu 2019 r., to mogliśmy się spodziewać,

¹ Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz.U. z 2007 nr 89, poz. 590 z późn. zm.).

² Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2008 nr 234, poz. 1570).

że przygotowany na tego typu zdarzenie sprawnie działający system uchroni nas przed skutkami nadmiernego stresu.

Artykuł ma charakter pogłówny, a zebrane w nim wyniki i wnioski pochodzą z badań polskich naukowców oraz z prac publikowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ).

Reakcje na sytuację kryzysową

To co obserwujemy obecnie, tj. człowiek znajdujący się w sytuacji pandemii, można by porównać do krzywej stresu (krzywa Yerkesa-Dodsona), która pokazuje, że zarówno zbyt mały, jak i zbyt duży poziom odczuwanego stresu zmniejsza naszą umiejętność efektywnego działania. Hans Selye w koncepcji stresu znanej jako ogólny zespół adaptacyjny (*General Adaptation Syndrome*, GAS), uwzględnił wpływ wewnątrzwydzielniczych osi reakcji: adrenokortykoidalnej, somatotropowej i tarczycowej, podczas długotrwałego stresu³. Z kolei relacyjna koncepcja stresu Richarda Lazarusa i Susan Folkman, skoncentrowana na czynnikach psychicznych, podkreśla wyjątkową rolę procesów poznawczych zaangażowanych w ocenę sytuacji. Stres jest w niej definiowany jako szczególny rodzaj relacji między człowiekiem a otoczeniem, które to otoczenie człowiek ocenia, jako nadwyrężające lub przekraczające jego zasoby i zagrażające jego dobrostanowi.

Przyjmując założenie, że emocje są rezultatem aktywności poznawczej, Lazarus i Folkman wyróżnili dwie odmiany oceny poznawczej: pierwotną i wtórną. Ocena pierwotna to proces, w którym następuje określenie, czy bodziec docierający do mózgu jest stresorem czy nie. Jeśli bodziec zostanie oceniony jako stresor, powstaje stan napięcia wywołującego określone procesy psychofizjologiczne i ich korelaty emocjonalne. Wtórna ocena poznawcza skupia się na możliwościach i zasobach radzenia sobie ze stresem. Procesy oceny pierwotnej i wtórnej są współzależne, a jedyna różnica między nimi dotyczy treści do jakich się odnoszą⁴.

Uwzględnienie poznawczej oceny podmiotu nadaje definicji Lazarusa i Folkman charakter psychologicznej definicji stresu. Selye opisując biologiczny mechanizm stresu, szczegółowo przeanalizował tę część procesu, która znana jest jako oś HPA (oś: podwzgórze – przysadka – kora nadnerczy). Zaobserwował on, że w początkowej fazie reakcji na stresor dochodzi do powiększenia kory nadnerczy, inwolucji grasicy i węzłów chłonnych oraz owrzodzenia żołądkowo-jelitowego, czyli tzw. triady stresu. Zauważył także, że czasem odpowiedź organizmu na działanie czynników szkodliwych zmienia się: następują zmiany odwrotne do opisanych, a po jeszcze dłuższym okresie powracają te pierwotne. Uznał, że ten somatyczny obraz reakcji stresowej zdefiniowanej jako GAS, będącej uniwersalną reakcją obronną organizmu, przebiega w trzech następujących po sobie stadiach: alarmowym, przystosowania oraz wyczerpania. W stadium alarmowym następuje ogólna mobilizacja do zwalczania zagrożenia, czemu sprzyja wydzielanie kortyzolu oraz adrenaliny. Jednak żaden organizm nie może trwać stale w stanie alarmu. Dlatego stadium alarmowe przechodzi

³ H. Selye, *Stres okiełznany*, tłum. T. Zalewski, przedm. W. Dega, PIW, Warszawa 1977.

⁴ R.S. Lazarus, S. Folkman, *Stress, appraisal, and coping*, Springer, New York 1984.

w stan wtórny – stadium odporności. Obserwacje Selyego wskazywały, że procesy biologiczne przebiegają wtedy w odmienny sposób. Jednostka uzyskuje względną równowagę na wyższym poziomie, co jednak wiąże się z większym wydatkowaniem energii, ergo większym wysiłkiem z naszej strony. Organizm w tym stadium nauczył się dość dobrze radzić sobie ze stresem, ale słabiej toleruje inne bodźce, uprzednio nieszkodliwe. Jeżeli stresor oddziałuje nadal, mechanizmy podtrzymujące stadium odporności wyczerpują się. Trzecie stadium – wyczerpania, polega na załamaniu się tej równowagi. Obserwuje się w nim takie same objawy jak w fazie pierwszej, czasem nawet bardziej nasilone, a organizm traci możliwość skutecznego funkcjonowania. Do stadium wyczerpania dochodzi w przypadku bardzo silnych i uporczywie działających czynników szkodliwych. W takich okolicznościach kolejna reakcja stresowa ponownie inicjuje wydzielanie kortyzolu i innych hormonów, a człowiek ponosi wielostronne koszty fizjologiczne tej częstej mobilizacji stresowej. Następuje dysregulacja czynności fizjologicznych z zagrożeniem życia⁵. Skrajnie wyniszczające zdarzenia mogą spowodować, że po stadium alarmowym następuje od razu stadium wyczerpania i śmierć. Uważa się powszechnie, że w sytuacjach zagrożenia życia reakcja stresowa może uratować życie, ale wyjątkowo silna lub przewlekła aktywacja takiej reakcji może powodować wzrost ryzyka zachorowań⁶.

Poszukiwanie czynników ryzyka chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych i innych częstych chorób cywilizacyjnych zwróciło uwagę badaczy na wspomnianą wyżej patogenną siłę przewlekłego stresu. Zauważono, że długotrwała obecność w organizmie stanu stresu przyczynia się do utrzymywania się zwiększonego tętna, podwyższonego ciśnienia krwi i wielu innych biologicznych reakcji⁷.

Pierwsza fala pandemii

Stadium alarmowe dzieli się na dwie fazy:

- fazę szoku: to początkowy, bezpośredni wpływ czynnika szkodliwego na organizm, który reaguje takimi sygnałami jak spadek ciśnienia krwi czy obniżenie ciepłoty ciała; obserwujemy reakcję zaskoczenia i niepokoju z powodu niedoświadczania i konfrontacji z nową sytuacją;
- fazę przeciwdziałania szokowi: organizm podejmuje aktywny wysiłek obronny; w człowieku budzi się pierwotny instynkt przeżycia wywołujący specyficzną reakcję fizyczną i chemiczną organizmu, która związana jest ze zwiększoną produkcją adrenaliny – hormonu wytwarzanego w gruczołach nadnerczy, który pełni rolę tzw. mediatora układu nerwowego.

Analiza populacyjnej reakcji na stresor i pierwszej reakcji na zapowiedzi pandemii, pozwala zauważyć, że są one zgodne z koncepcją Selyego. Pierwsze doniesienia o zagrażającym, nowym szczepie koronawirusa SARS-CoV-2 (*Severe Acute*

⁵ H. Selye, *op. cit.*

⁶ M. Kieć-Świerczyńska, B. Kręcisz, A. Potocka, D. Świerczyńska-Machura, W. Dudek, C. Pałczyński, *Czynniki psychologiczne w przebiegu chorób alergicznych skóry*, „Medycyna Pracy” 2008, t. 59, nr 4, s. 279–285.

⁷ W. Łosiak, *Psychologia emocji*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.

Respiratory Syndrome Coronavirus) wywołującego chorobę pod nazwą COVID-19 dotarły do społeczności światowej 31 grudnia 2019 r. i pochodziły z Chin. Dominujący objaw choroby opisano jako infekcję dróg oddechowych prowadzącą, w ciężkim przebiegu choroby, do niewydolności oddechowej, a w konsekwencji do śmierci. Łącznie w okresie od 31 grudnia 2019 r. do 30 stycznia 2020 r. odnotowano 7824 laboratoryjnie potwierdzonych przypadków zakażeń, w tym 170 zgonów. Przypadki te dotyczyły: Chin, w tym Hong Kongu i Makau (7734), Tajlandii (14), Japonii (11), Singapuru (10), Tajwanu (8), Australii (7), Malesji (7), Francji (5), USA (5), Korei Południowej (4), Niemiec (4), Zjednoczonych Emiratów Arabskich (4), Kanady (3), Wietnamu (2), Nepalu (1), Sri Lanki (1), Kambodży (1), Filipin (1), Indii (1) i Finlandii (1). Na dzień 25 lutego 2020 r. łączna liczba zakażonych wyniosła już 80 134, w tym zanotowano 2698 zgonów. Potwierdzono przypadki w Afryce: Egipt (1); Azji: Chiny (77 658), Korea Południowa (893), Japonia (144), Singapur (90), Hong Kong (81), Iran (43), Tajlandia (37), Tajwan (30), Malesja (22), Wietnam (16), Zjednoczone Emiraty Arabskie (13), Makao (10), Kuwejt (5), Indie (3), Filipiny (3), Izrael (2), Bahrajn (2), Kambodża (1), Nepal (1), Sri Lanka (1) i Liban (1); Ameryce Północnej: USA (53), Kanada (11); Europie: Włochy (229), Niemcy (16), Wielka Brytania (13), Francja (12), Hiszpania (3), Rosja (2), Belgia (1), Finlandia (1), Szwecja (1); Oceanii: Australia (22). Pozostałe przypadki dotyczyły statku wycieczkowego w Japonii (691)⁸. Pierwszy przypadek COVID-19 w Polsce wykryto 4 marca 2020 r., a 11 marca potwierdzono na świecie ponad 124 tys. zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 (Polska – 31) oraz ponad 4,5 tys. zgonów. Poza Chinami wirus dotarł w tym czasie do 117 państw⁹.

Tempo rozprzestrzeniania się wirusa przenoszonego drogą kropelkową doprowadziło do ogłoszenia przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) dnia 11 marca 2020 r. stanu pandemii. Dyrektor Generalny WHO podkreślił wówczas również swoje zaniepokojenie biernością działań ze strony przedstawicieli władz państwowych w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego. Ci z nas, którzy śledzili doniesienia medialne ze świata, zaczęli przygotowywać się na „czarny scenariusz” znacznie wcześniej, innych światowa pandemia zaskoczyła. Zarówno w pierwszym, jak i drugim przypadku zaobserwować można było opisaną powyżej fazę alarmową reakcji na stresor (szoku i przeciwdziałania szokowi) lub (zgodnie z fazami reakcji społecznych na katastrofy) fazę szoku i następującą po niej fazę heroizmu, w której dało się zauważyć szeroki zakres odczuwanych trudnych emocji i związanych z nimi zachowań – od oszołomienia do zachowań panicznych. Początkowo najczęściej dominowało poczucie niedowierzania i dezorientacji połączone ze wzmożoną potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa sobie i swoim bliskim oraz poszukiwania informacji potwierdzających zagrożenie. Pojawiał się silny strach, poczucie utraty bezpieczeństwa, potrzeba otrzymania wsparcia, problemy z podejmowaniem decyzji. Ci, którzy byli i są zależni od pomocy innych, oprócz odczuwania dojmującego strachu (osoby: starsze, z niepełnosprawnościami, zależne od opieki medycznej), mogli stać się podejrzliwi, czuć potrzebę izolacji lub odwrotnie – odczuwać zwiększoną potrzebę przebywania

⁸ World Health Organization, Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 30, Geneva 2020, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200219-sitrep-30-covid-19.pdf?sfvrsn=6e50645_2 [dostęp: 5.03.2020].

⁹ *Pandemia COVID-19 w Polsce*, Wikipedia, https://pl.wikipedia.org/wiki/Pandemia_COVID-19_w_Polsce [dostęp: 5.03.2020].

z innymi. Niektórym towarzyszyły ambiwalentne odczucia odnośnie informacji o zaistniałej sytuacji. Jedni reagowali napadami złości i zachowaniami agresywnymi, inni apatią i brakiem mobilizacji do działania. Jednak większość podjęła działania w celu ochrony siebie i swoich bliskich¹⁰. Jako społeczeństwo uruchomiliśmy strategie radzenia sobie ze stresem, skupiliśmy się na własnych możliwościach i posiadanych zasobach.

Śledziliśmy każdą informację mówiącą o rozprzestrzenianiu się wirusa, o tym co dzieje się na świecie, a zwłaszcza w Europie, jakie środki zapobiegania pandemii zostały podjęte przez rządzących. Zaczęliśmy rozbić zapasy, masowo wypłacać pieniądze z banków; towary znikły z półek sklepowych. Zaczęło brakować podstawowych artykułów higieny, takich jak mydło czy papier toaletowy. Wykupowano produkty żywnościowe z długim terminem ważności, wodę. Stan „zawieszenia decyzyjnego” władz państwowych, chaos informacyjny, niechęć do wprowadzenia stanu nadzwyczajnego zgodnego z zapisami Konstytucji RP, przygotowywana naprędce tzw. specustawa koronawirusowa, rozporządzenie wprowadzające stan zagrożenia epidemicznego¹¹ – to wszystko wskazywało na brak przygotowania kraju do skutecznego działania w sytuacji kryzysowej. A przecież epidemia jest jedną z sytuacji kryzysowych opisanych w Krajowym Planie Zarządzania Kryzysowego, a zatem należałoby się spodziewać, że od dawna opracowane są szczegółowe procedury i różne scenariusze działania na wypadek zaistnienia takiej sytuacji, które tylko wystarczyłoby wprowadzić w życie. Pytania można mnożyć. Dlaczego:

- nie skorzystano z opracowań fachowców z dziedziny zarządzania kryzysowego?
- system ochrony zdrowia nie był odpowiednio przygotowany?
- nie wykorzystano efektywnie czasu na działania prewencyjne?
- politycy występowali w charakterze „ekspertów” epidemiologów?
- nie przygotowano społeczeństwa do radzenia sobie w sytuacji epidemii/pandemii?
- nie było spójnej, jasnej komunikacji kryzysowej ze społeczeństwem?
- dominowała dezinformacja?
- politycy lekceważyli problem pandemii, łamali nałożone na społeczeństwo restrykcje ect.?

Poziom odczuwanego stresu wzrastał. Kolejne docierające do Polaków tragiczne informacje dotyczące: braku niezbędnych środków ochrony osobistej, nieprzygotowania szpitali na wypadek pandemii, zbyt małej liczby niezbędnego do ratowania życia sprzętu, braków kadrowych w jednostkach ochrony zdrowia, potwierdzały obawy i wzmagaly strach o życie i zdrowie własne i swoich bliskich. Wszelobecnny chaos uświadomił nam boleśnie, że utraciliśmy kontrolę nad własnym życiem. Przekonania wielu, że świat jest bezpieczny, ustabilizowany i przewidywalny okazały się być błędne. Oprócz strachu pojawiał się gniew, irytacja, wrogość, lęk, smutek, przygnębienie. Konieczność akceptacji niepewności sprawi, że niektórzy staną się

¹⁰ E. Sideris, *Pierwsza pomoc psychologiczna w systemie Zarządzania Kryzysowego – rozwiązanie modelowe*, [w:] *Zarządzanie kryzysowe. Problemy, wyzwania, kierunki doskonalenia*, red. I. Denysiuk, Z. Sobejko, Akademia Sztuki Wojennej, Warszawa 2017, s. 263–274.

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. z 2020, poz. 433).

bardziej uwrażliwieni na takie wydarzenia w przyszłości i będą bardziej skłonni do ulegania intensywnym, negatywnym emocjom.

Ciągłe życie w poczuciu zagrożenia wywołało też wzrost niezadowolenia i spadek zaufania społecznego do organów administracji publicznej odpowiedzialnej za bezpieczeństwo. Od 14 do 20 marca 2020 r. zaczął obowiązywać w Polsce stan zagrożenia epidemicznego, 15 marca wprowadzono na granicach kraju kordon sanitarny, a pięć dni później na terenie kraju zaczął obowiązywać stan epidemii¹². W związku z wprowadzanymi restrykcjami (izolacja, zamykanie kolejnych działów gospodarki), brakiem jasnego planu reagowania na sytuację, rosnącą liczbą zakażeń, brakami sprzętowymi i kadrowymi w szpitalach oraz wszechobecną dezinformacją spirala frustracji narastała. Dominowało poczucie, że zdrowie i życie Polaków stały się narzędziem w rękach polityków. Pojawiły się grupy osób uprzywilejowanych, zaczął być widoczny rozłam społeczny. Strachowi o życie i zdrowie coraz dotkliwiej towarzyszył lęk o przyszłość (wizje bankructwa, wzrostu bezrobocia, ograniczenia zasobów materialnych, ubóstwa). Analitycy Polskiego Instytutu Ekonomicznego (PIE) przewidywali, że w 2020 r. PKB Polski spadnie od 4 do 7,1% w zależności od przyjętego scenariusza. Komisja Europejska prognozowała, że polska gospodarka skurczy się o 4,6% co oznaczałoby, że w 2020 r. Polska odnotuje pierwszą od 1991 r. recesję¹³. Do maja 2020 r. zaobserwowano również wydatny spadek konsumpcji krajowej. Wstępne szacunki Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wskazywały, że stopa bezrobocia sięgnie 9–10% na koniec roku, a prognozowany wskaźnik inflacji wyniesie 3,2%¹⁴.

W maju 2020 r. zaczęto „odmrażać gospodarkę” ze względu na zagrożenie globalnym kryzysem na skutek załamania gospodarki światowej. Pierwsza fala pandemii zakończyła się latem. Polacy odetchnęli z ulgą i gremialnie zaczęli korzystać z poluzowania obostrzeń. Czy to znaczy, że przeszliśmy do drugiej fazy reakcji stresowej? Czy była to tylko „wakacyjna przerwa”, zakończona drugą falą pandemii? Wielu uwierzyło, że poradziliśmy sobie z pandemią.

Zdrowie psychiczne Polaków po pierwszej fali

Wyniki badań realizowanych w dniach 19–24 marca 2020 r. przez zespół Zakładu Teorii i Badań Praktyk Społecznych Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu, przeprowadzonych na grupie 1294 osób (grupie niereprezentatywnej w wieku 24–44 lat) w ramach projektu „Życie codzienne w czasach pandemii” wskazują, że:

- depryzację potrzeb odczuwało 83,9% badanych, z czego: 58,5% wskazywało na depryzację potrzeby kontaktów z innymi 39,2% na brak kultuwowania

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. z 2020, poz. 491).

¹³ KE: W 2020 roku PKB Polski skurczy się o 4,6 proc. Recesja będzie najpłytsza w całej UE, „Dziennik Gazeta Prawna”, 7.07.2020, <https://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/1485480,skb-polski-recesja-unia-europejska.html> [dostęp: 7.07.2020].

¹⁴ Bezrobocie w Polsce. Maląg: na koniec roku 9–10 proc., Money.pl, 1.04.2020, <https://www.money.pl/gospodarka/bezrobocie-w-polsce-malag-na-koniec-roku-9-10-proc-6495112184874625a.html> [dostęp: 1.04.2020].

ulubionych aktywność i rutyn, 35,4% na brak wolności i swobody, a 20,3% na deprivację usług;

- na nadmiar informacji, w tym przebodźcowanie, wskazywało 28,4% badanych, na zbyt duży stres (strach i lęk) – 15,8%, na nadmiar wolnego czasu – 12,2%, na długo trwającą izolację – 9,6%, na brak kontaktów z bliskimi i brak pracy – po 7,5%;
- dominującymi emocjami były: lęk – 50,6%, niepewność, niepokój – 41,5%, bezsilność, brak nadziei – 30,9%, złość – 25,9%, smutek – 13,7%;
- niemal 1/3 respondentów wskazała na pogorszenie się ich ogólnej kondycji psychofizycznej¹⁵.

Kolejnych danych o pierwszej fali pandemii dostarczają nam wyniki badań „Czego boją się Polacy w związku z koronawirusem?” prowadzonych przez Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk i Uniwersytet SWPS w dniach 23–24 marca 2020 r. na grupie reprezentatywnej 1098 osób.

Respondenci wskazywali, że boją się:

- zbyt szybkiego rozprzestrzeniania się wirusa na skutek niestosowania się innych ludzi do zaleceń – 75%;
- przepełnionych szpitali i niewydolnego systemu służby zdrowia – 73%;
- zachorowania bliskiej osoby – 72%;
- kryzysu finansowego i załamania rynku – 71%;
- paniki i nieracjonalnych zachowań innych ludzi – 70%;
- zakażenia wirusem – 59%;
- zmiany trybu życia – 59%;
- braku podstawowych produktów żywnościowych i higienicznych w sklepach – 37%.

26% Polaków czuło, że czasami ich stan lęku spowodowanego sytuacją jest bliski paniki¹⁶.

Wnioski płynące z badań „Moja sytuacja w okresie koronawirusa” prowadzonych w dniach 9–15 kwietnia 2020 r. przez Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN pod kierownictwem dr. hab. Sławomira Kalinowskiego na grupie 3086 osób, głównie mieszkańców wsi i miasteczek, wskazują, że respondenci obawiali się:

- wzrostu poziomu ubóstwa w kraju – 87%; na poczucie skrajnego ubóstwa subiektywnego wskazuje 7% badanych, a względnego ubóstwa subiektywnego 38%;
- utraty własnej stabilności finansowej – 40%;
- wzrostu bezrobocia w Polsce – ponad 90%;
- utraty własnej pracy – nieco ponad 20%;
- konieczności znacznego ograniczenia wydatków na wypoczynek, odzież i obuwie oraz kulturę (wszyscy badani); badani mieli poczucie deprivacji potrzeb w tym obszarze¹⁷.

¹⁵ R. Drozdowski, M. Frąckowiak, M. Krajewski, M. Kubacka, A. Modrzyk, Ł. Rogowski, P. Rura, A. Stamm, *Życie codzienne w czasach pandemii. Raport z pierwszego etapu badań*, Uniwersytet Adama Mickiewicza, Poznań 2020.

¹⁶ M. Baran, K. Hamer, M. Marchlewska, *Czego boją się Polacy w związku z koronawirusem? Raport z badań*, IPPAN, SWPS, Warszawa 2020.

¹⁷ S. Kalinowski, W. Wyduba, *Moja sytuacja w okresie koronawirusa. Raport z badań, część II*, IRWiR PAN, Warszawa 2020.

Dotychczasowe badania na temat zdrowia psychicznego Polaków w dobie pierwszej fali pandemii COVID-19 wskazują na znaczący wzrost zaburzeń lękowych, depresyjnych, snu, a nawet zespołu stresu pourazowego (PTSD) zarówno w grupie dorosłych, jak i dzieci i młodzieży. Według danych z badań „Zdrowie psychiczne w czasie pandemii Covid-19”, prowadzonych przez dr hab. Małgorzatę Dragan wraz z grupą naukowców Uniwersytetu Warszawskiego, 38% badanych zgłaszało nasilone objawy depresyjne, 62% nasilone objawy lęku uogólnionego, polegające na stałym odczuwaniu niepokoju i nadmiernym zamartwianiu się wpływającym na wiele obszarów funkcjonowania w życiu codziennym, a 37% wykazywało objawy PTSD; u 13% podejrzewano występowanie zaburzenia adaptacyjnego¹⁸.

Kolejne dane z badań w projekcie „Psychologiczne aspekty epidemii COVID-19 w Polsce” realizowanym w 2020 r. przez Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego pod kierownictwem dr hab. Małgorzaty Gambin na grupie reprezentatywnej 1179 osób w maju i 1014 osób w czerwcu wskazały na :

- objawy depresji u respondentów – maj 49,9%, czerwiec 46,6% (co może wskazywać na zjawisko habituacji);
- objawy lęku uogólnionego – maj 55%, czerwiec 50,3%.

Badacze zwrócili uwagę, że nasilenie się objawów depresyjnych i lęku uogólnionego:

- widoczne było szczególnie w grupie osób w wieku poniżej 45 roku życia; wiosenny lockdown najdotkliwiej odczuła grupa 18–24-latków;
- wiązało się wyraźniej z trudnościami doświadczanymi w domu (trudnymi relacjami z bliskimi, poczuciem braku prywatności, zmęczeniem nadmiarem obowiązków);
- spowodowane było niepokojem i niepewnością związaną z rozprzestrzenianiem się epidemii;
- dotkliwiej odczuły osoby przebywające na kwarantannie lub izolacji domowej.

Zaobserwowano także, że najwyższego nasilenia objawów depresji i lęku doświadczyły osoby zarówno zakażone, jak i te, które podejrzewały u siebie zakażenie SARS-CoV-2, ale nie robiły testu. Istotną zmienną była sytuacja materialna badanych oraz pewność ciągłości wynagrodzenia. Im lepsza sytuacja finansowa rodziny tym niższe nasilenie objawów¹⁹.

Z kolei wyniki badań przeprowadzonych pod kierownictwem dr Beaty Rajby z Dolnośląskiej Szkoły Wyższej wskazują, że 44% badanych nastolatków wykazywało nasilone objawy depresji, a 20% z nich myślało o samobójstwie²⁰.

¹⁸ Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, *Zdrowie psychiczne w czasie pandemii Covid-19. Raport wstępny z badania naukowego kierowanego przez dr hab. Małgorzatę Dragan*, 4.05.2020, <http://psych.uw.edu.pl/2020/05/04/zdrowie-psychiczne-w-czasie-pandemii-covid-19-raport-wstepny-z-badania-naukowego-kierowanego-przez-dr-hab-malgorzate-dragan/> [dostęp: 3.03.2021].

¹⁹ M. Gambin, M. Sękowski, M. Woźniak-Prus, A. Wnuk, T. Oleksy, A. Cudo, K. Hansena, M. Huflejt-Łukasik, K. Kubicka, A.E. Łyś, J. Gorgol, P. Holas, G. Kmita, E. Łojek, D. Maison, *Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity*, „Comprehensive Psychiatry” 2021, vol. 105, s. 1–10, DOI: 10.1016/j.comppsy.2020.152222.

²⁰ A. Dymowska, K. Nowicka-Sauer, *Depresja wśród młodzieży – problem wciąż aktualny*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2015, t. 9, nr 2, s. 124–126.

Z analizy danych firmy PEX PharmaSequence wynika, że sprzedaż preparatów uspokajających i nasennych między 9 marca a 10 kwietnia wzrosła o 24% w porównaniu z tym samym okresem 2019 r.²¹ Wzrost zaburzeń zdrowia psychicznego potwierdzają także dane ZUS z pierwszego półrocza 2020 r. Osoby cierpiące na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne i zachowania były drugą kategorią chorych najczęściej kwalifikowaną do L4. Liczba dni absencji chorobowej w związku z takimi zaburzeniami wzrosła o 2,9% (do 11%) w porównaniu z danymi z 2019 r.²²

Z raportu ONZ, opublikowanego 13 maja 2020 r., wynika, że pandemia wywołuje poważne problemy natury psychologicznej wśród społeczeństw całego świata. Badania ankietowe prowadzone w niektórych krajach wskazują, że średnio 66% populacji odczuwa skutki stresu wywołanego sytuacją światowej pandemii²³.

Druga fala pandemii

O drugiej fali pandemii zaczęto mówić na świecie już w lipcu, natomiast w Polsce niewielka tendencja wzrostowa obserwowana była od samego początku trwania pandemii. Nagły, drastyczny wzrost zakażeń i zgonów nastąpił od 23 września 2020 r. Najwięcej zgonów z powodu COVID-19 odnotowano w listopadzie. Zmarło wówczas 11 521 osób, czyli dwa razy więcej niż w ciągu poprzednich miesięcy trwania pandemii. Tym samym Polska znalazła się na piątym miejscu w rankingu krajów o najwyższym wskaźniku zachorowań i na czwartym dotyczącym zgonów²⁴. W grudniu, jak podało Ministerstwo Zdrowia, w Polsce od początku trwania pandemii zanotowano 1 294 878 zakażeń i 28 554 zgony. W szpitalach na dzień 31 grudnia 2020 r. pozostawało 16 970 osób, z czego 1607 pod respiratorami, a ok. 165 tys. zostało objętych kwarantanną. Od 24 października zaczął obowiązywać nakaz noszenia maseczek ochronnych w strefie publicznej, ograniczono liczbę osób, które mogą przebywać jednocześnie w sklepach, zamknięto restauracje, puby, kawiarnie, baseny, placówki kultury, siłownie. Wprowadzono nauczanie zdalne dzieci z klas IV–VIII²⁵. Kolejnym rozporządzeniem w okresie od 31 października do 2 listopada zamknięto cmentarze, a 9 listopada zawieszono naukę stacjonarną dzieci z klas I–III szkół podstawowych.

²¹ PEX PharmaSequence, *Raport miesięczny – kwiecień 2020. Cały rynek apteczny (raport sell-out)*, https://www.pexps.pl/files/upload/files/PEX_RaportMiesieczny_WWW_20200520.pdf [dostęp: 5.03.2021].

²² Zakład Ubezpieczeń Społecznych, *Analizy i raporty ZUS*, www.zus.pl/o-zus/dla-mediow/analizy-i-raporty [dostęp: 3.03.2021].

²³ United Nations, *COVID-19 and the Need for Action on Mental Health, Policy Brief*, 13.05.2020, <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf> [dostęp: 3.03.2021].

²⁴ M. Mikołajska, *Rekordowa liczba zgonów w Polsce w 2020 roku. Najwięcej od II wojny światowej*, Medonet.pl, 5.01.2021, <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,liczba-zgonow-w-polsce-w-2020-roku--najwiecej-od-ii-wojny-swiatowej,artykul,28238714.html> [dostęp: 3.03.2021].

²⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 poz. 1871).

Pierwsza informacja o skutecznej szczepionce na chorobę COVID-19 spowodowała, że powoli zaczęła wracać nadzieja na powrót do normalności.

Zdrowie psychiczne Polaków w drugiej fali pandemii

Wyniki IV etapu badań w projekcie „Psychologiczne aspekty epidemii COVID-19 w Polsce” realizowanego w grudniu 2020 r. przez Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego pod kierownictwem dr hab. Gambin na grupie reprezentatywnej 688 osób wskazały na to, że :

- 53% badanych znajduje się w grupie ryzyka klinicznego nasilenia objawów depresji, w tym 29% kobiet i 24% mężczyzn;
- 57% respondentów znajduje się w grupie ryzyka klinicznego nasilenia objawów zespołu lęku uogólnionego, w tym 31% kobiet i 26% mężczyzn;
- najwyższy poziom objawów depresji zaobserwowano u osób w wieku 35–44 lat;
- rodzice dzieci w wieku do 18 roku życia wskazywali większe nasilenie objawów depresji.

Pozostałe wnioski z IV fazy badań były tożsame z wnioskami z badań poprzednich²⁶.

Porównując wyniki badań prowadzonych w okresie maja i czerwca (pierwsza fala pandemii) z wynikami grudniowymi (druga fala pandemii), można zauważyć wzrost nasilenia się zarówno objawów depresji, jak i lęku uogólnionego w grupie badanej. Nie jest to zaskakujące, zważywszy na: znaczący wzrost zakażeń, hospitalizacji chorych czy liczby zgonów; pogarszającą się sytuację materialną społeczeństwa związaną z kryzysem gospodarczym; czy frustrację związaną z brakiem kontaktów społecznych, obowiązkową kwarantanną, zwiększoną liczbą obowiązków, brakiem prywatności czy poczuciem ograniczenia wolności. Czy w związku z tym można domniemywać, że w okresie wakacyjnym osiągnęliśmy względną adaptację do stresora, a w grudniu nasze zasoby uległy załamaniu i weszliśmy w fazę wyczerpania?

System reakcji stresowej HPA w połączeniu z układem limbicznym odgrywa bardzo istotną rolę w odpowiedzi organizmu na zadziaływanie bodźca stresogennego. Układ limbiczny indukuje uwalnianie z podwzgórza hormonu kortykoliberyny (CRH), który pobudza przysadkę do wydzielania hormonu adrenokortykotropowego (ACTH), który z kolei powoduje produkcję adrenaliny, noradrenaliny oraz kortyzolu przez korę nadnerczy. Kortyzol ma negatywny wpływ na grasicę, w której dojrzewają limfocyty T, zatem wzrost poziomu tego hormonu powoduje obniżenie liczby dojrzałych limfocytów i zmniejszenie odporności organizmu²⁷. Biologiczne

²⁶ M. Gambin, M. Sękowski, M. Woźniak-Prus, E. Pisula, K. Hansen, G. Kmita, K. Kubicka, J. Gorgol, M. Huflejt-Łukasik, P. Holas, A.E. Łyś, A. Wnuk, T. Oleksy, A. Szczepaniak, A. Cudo, E. Łojek, K. Bargiel-Matusiewicz, *Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19. Raport z badań podłużnych*, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, http://psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/98/2021/01/Raport_objawy_depresji_leku_IV_fale.pdf [dostęp: 5.03.2021].

²⁷ N. Schneiderman, *Psychosocial, behavioral and biological aspects of chronic diseases*, „Current Directions in Psychological Science” 2004, vol. 13, issue 6, s. 247–251, DOI: 10.1111/j.0963-7214.2004.00318.x; E. Zawisza, *Mechanizmy reakcji alergicznej*, „Pneumonologia i Alergologia

procesy stresu są bezpośrednią przyczyną jego negatywnych, zdrowotnych następstw. W normalnych warunkach wydzielanie kortyzolu jest regulowane, na zasadzie ujemnego sprzężenia zwrotnego, przez przysadkę, podwzgórze oraz hipokamp, umożliwiając w ten sposób utrzymywanie tego hormonu w ramach zakresu cyklu dobowego. W warunkach stresu chronicznego (o którym możemy mówić w sytuacji pandemii) lub przekraczającego możliwości jednostki do radzenia sobie z nim, następuje zablokowanie tego mechanizmu, a poziom kortyzolu wzrasta wielokrotnie ponad normę. Jest to niezbędne, tak jak wydzielanie adrenaliny, aby przygotować organizm do sprostania nadzwyczajnym wymogom. Kortyzol wpływa korzystnie na procesy pamięciowe oraz poprawia wrażliwość wzgórze na dopływające bodźce, lecz dłuższa ekspozycja neuronów hipokampa na podwyższony jego poziom powoduje ich uszkodzenie. Stres głównie poprzez działanie systemu HPA zmienia również (jak wspomniałam wyżej) stan układu odpornościowego organizmu. Ludzki organizm dysponuje dwiema strategiami walki z infekcją. Pierwsza to odporność humoralna, druga zwana jest odpornością komórkową. Do pewnego momentu aktywność obu rodzajów odporności jest przeciwstawna, istnieje też dobowy cykl: w nocy, w okresie snu przewagę ma odporność komórkowa, w dzień podczas aktywności – odporność humoralna. Stres, szczególnie przewlekły, za pośrednictwem kortyzolu zakłóca naturalną równowagę tych procesów, osłabiając odporność komórkową, jednocześnie wzmagając odporność humoralną²⁸.

Do chorób będących następstwem stresu Salye zaliczył: nadciśnienie, schorzenia serca, naczyń krwionośnych, nerek, przewodu pokarmowego, skóry i oczu, alergie oraz zaburzenia seksualne i psychiczne. Zasadność twierdzeń Salyego potwierdziły późniejsze badania. Zgodnie z nimi można mówić o dwóch grupach zmian wywołanych kortyzolem, które można ogólnie określić jako:

- energetyczne – nadmiar glukozy i kwasów tłuszczowych we krwi powoduje zmiany miażdżycowe w naczyniach krwionośnych, zwiększając ryzyko udaru mózgu czy zawału serca;
- obronne – osłabienie odporności komórkowej zwiększa ryzyko np. nowotworów, a jednoczesne wzmocnienie aktywności odporności humoralnej zwiększa ryzyko zaburzeń atopowych, np. astmy²⁹.

W sytuacji pandemii, długotrwałe stresory mają zarówno charakter fizyczny, jak i psychiczny. Żyjemy w zagrożeniu utraty życia i zdrowia, środków do względnie normalnej egzystencji czy dostępu do opieki medycznej, przytłoczeni ogromem

Polska" 1994, t. 62, s. 28–32; J. Strelau, *Temperament a stres. Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem*, [w:] *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*, red. I. Heszten-Niejodek, Z. Ratajczak, wyd. 2, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000, s. 88–132; J.F. Terelak, *Psychologia stresu*, Branta, Bydgoszcz [cop. 2001].

²⁸ H. Cass, *Stress and the Immune System*, „Total Health” 2006, vol. 27, no. 6, s. 24–25; J.E. Blalock, *The immune system as a sensory organ*, „Journal of Immunology” 1984, vol. 132, no. 3, s. 1067–1070; C.L. Sheridan, S.A. Radmacher, *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, tłum. A. Dodziuk [et al.], Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1998.

²⁹ A. Clow, *The physiology of stress*, [w:] F. Jones, J. Bright, *Stress. Myth, theory, and research*, Prentice Hall, Harlow 2001, s. 47–62; N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, *Osobowość, stres a zdrowie*, Difin, Warszawa 2008.

informacji koniecznym do przetworzenia, ilością obowiązków, konfliktami, brakiem prywatności i harmonii w związkach etc. Ludzki organizm bez względu na charakter stresora na poziomie biologicznym reaguje na sytuację zagrożenia w jeden, automatyczny sposób – produkując zwiększoną ilość kortyzolu, który w sytuacji stresu przewlekłego czy ekstremalnego osłabia odporności organizmu. Dodatkowo osoby wykazujące m.in. stałą tendencję do zamartwiania się i odczuwania napięcia, o niskim poczuciu bezpieczeństwa i pesymistycznym sposobie patrzenia na świat, poprzez układ współczulny AUN (autonomiczny układ nerwowy) często wzbudzając reakcję stresową rozregulowują pracę układu hormonalnego. Powoduje to z jednej strony spadek produkcji endorfin kontrolowanych przez układ limbiczno-podwzgórzowy, co może prowadzić do zaburzeń depresyjnych, a z drugiej – wzmożoną produkcję glikokortykoidów, co hamuje namnażania się limfocytów i zaburza produkcję cytokin. To z kolei wpływa na osłabienie funkcji układu immunologicznego i ryzyko chorób alergicznych. Analizując biologiczne mechanizmy stresu zgodnie z relacyjną teorią stresu Lazarusa i Folkmana³⁰ oraz modelem patogenetycznym ujmowania zdrowia człowieka, nie sposób pominąć istotnej roli procesów poznawczych w powodowaniu choroby, co udowodnia związek pomiędzy osobowością, układem nerwowym, hormonalnym i immunologicznym.

We współczesnym świecie właśnie stres uważa się za powszechną przyczynę zaburzeń psychosomatycznych, dlatego też radzenie sobie z nim jest ważnym czynnikiem zapobiegania chorobom i utrzymania dobrostanu psychicznego³¹. Zatem pytanie o nasze zasoby w sytuacji pandemii staje się zasadne. Wyniki badań WHO już w 2006 r. wskazywały, że w większości krajów ok. 75% wizyt lekarskich spowodowanych jest zaburzeniami związanymi ze stresem³².

Trzecia fala pandemii

Jesteśmy w przededniu trzeciej fali pandemii. Naukowcy spodziewają się widocznego wzrostu zachorowań na przełomie lutego i marca. Pomimo prowadzenia ogólnooświatowych szczepień na COVID-19, nie przewidują jednak, abyśmy mogli osiągnąć tzw. odporność stadną do końca 2021 r. Niektórzy ostrzegają już przed czwartą falą zachorowań.

Biorąc pod uwagę światowe doświadczenia z okresu pierwszego ataku wirusa SARS-CoV-2 w 2020 r., w Polsce należy spodziewać się, już od trzeciej fali pandemii,

³⁰ R.S. Lazarus, S. Folkman, *Transactional theory and research on emotions and coping*, „European Journal of Personality” 1987, vol. 1, issue 3, s. 141–169; J.C. Coyne, R.S. Lazarus, *Cognitive style, stress perception and coping*, [w:] *Handbook on stress and anxiety: Contemporary knowledge, theory, and treatment*, eds. I.L. Kutash, L.B. Schlesinger, Jossey-Bash Publishers, San Francisco 1980, s. 145–158.

³¹ I. Hesz-Niejodek, *Styl radzenia sobie ze stresem jako indywidualna zmienna wpływająca na funkcjonowanie w sytuacji stresowej*, [w:] *Osobowość a ekstremalny stres*, red. J. Strelau, GWP, Gdańsk 2004, s. 230–263; J.F. Terelak, *Człowiek i stres: koncepcje, źródła, reakcje, radzenie sobie, modyfikatory*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Warszawa 2008.

³² World Health Organization, *Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza*, 2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf> [dostęp: 5.03.2021].

długotrwałego wzrostu zachorowań na inne, spowodowane pierwotną infekcją koronawirusem, choroby. Lekarze wskazują na ryzyko przyrostu na poziomie od 10 do 15% problemów kardiologicznych, pulmonologicznych, nefrologicznych oraz związanych ze zdrowiem psychicznym. To z kolei oznacza wzrost kosztów utrzymania systemu opieki zdrowotnej, który na długo przed pandemią był niewydolny. W corocznym raporcie Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia za 2018 r. Polska znalazła się na 32 miejscu z 35 badanych państw (spadek z 29 miejsca w 2017 r.)³³. Niską pozycję w rankingu „zawdzięczamy” nieprzestrzeganiu praw pacjentów, słabemu dostępowi do informacji, bardzo długim kolejkom do przychodni i szpitali, nieskuteczności leczenia, niskim pensjom lekarzy oraz niskiemu wskaźnikowi przeżywalności chorych. Trudno na dzień dzisiejszy określić zasięg i koszty leczenia popandemicznych zaburzeń zdrowia psychicznego. Załamanie czy wyczerpanie się indywidualnych zasobów jednostki do radzenia sobie ze stresem może przybierać bardzo różne formy – od ogólnego wyczerpania, wypalenia zawodowego do zaburzeń lękowych, depresyjnych, problemów ze snem, po PTSD. Istotną rolę w szacowaniu skali wystąpienia określonych zaburzeń ma grupa ryzyka do której należy jednostka. W najgorszej sytuacji znaleźli się: zakażeni, chorujący hospitalizowani i ich rodziny (zwłaszcza gdy doświadczyli straty), pracownicy ochrony zdrowia (zwłaszcza z pierwszej linii opieki medycznej), a także osoby wcześniej leczone na zaburzenia lękowe i depresyjne, przebywające w szpitalach z powodu innych chorób, wymagające stałej opieki domowej (starsi i niepełnosprawni), mieszkańcy oraz pracownicy DPS-ów oraz dzieci i młodzież.

Podsumowanie

Życie i zdrowie jest najwyższą wartością w hierarchii dóbr osobistych każdego człowieka, a gwarantem zapewnienia bezpieczeństwa tych dóbr jest państwo. Czy zatem wprowadzona w drodze postanowienia z dnia 12 maja 2020 r. nowa Strategia Bezpieczeństwa Narodowego Rzeczypospolitej Polskiej w środku trwania pandemii zagwarantuje nam bezpieczeństwo zdrowotne? Kiedy zawiodły trzy z czterech faz zarządzania kryzysowego – zapobieganie i przygotowanie (w tym powszechna edukacja społeczeństwa na wypadek zaistnienia sytuacji kryzysowej), a w fazie reagowania dominował chaos – to czego możemy spodziewać się w fazie odbudowy i jakie to będzie miało konsekwencje dla bezpieczeństwa zdrowia obywateli? Zawsze możemy obniżyć swoją pozycję w rankingu Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia.

Bibliografia

Baran M., Hamer K., Marchlewska M., *Czego boją się Polacy w związku z koronawirusem? Raport z badań*, IPPAN, SWPS, Warszawa 2020.

³³ D. Rostkowski, *Polska na 32. miejscu w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia*, Obserwator Finansowy, 6.03.2019, <https://www.obserwatorfinansowy.pl/forma/warto-wiedziec/raporty/polska-na-32-miejscu-w-europejskim-konsumenckim-indeksie-zdrowia/> [dostęp: 6.03.2020].

- Bezrobocie w Polsce. Małg: na koniec roku 9–10 proc.*, Money.pl, 1.04.2020, <https://www.money.pl/gospodarka/bezrobocie-w-polsce-malag-na-koniec-roku-9-10-proc-6495112184874625a.html> [dostęp: 1.04.2020].
- Blałock J.E., *The immune system as a sensory organ*, „Journal of Immunology” 1984, vol. 132, no. 3.
- Cass H., *Stress and the Immune System*, „Total Health” 2006, vol. 27, no. 6.
- Clow A., *The physiology of stress*, [w:] F. Jones, J. Bright, *Stress. Myth, theory, and research*, Prentice Hall, Harlow 2001.
- Coyne J.C., Lazarus R.S., *Cognitive style, stress perception and coping*, [w:] *Handbook on stress and anxiety: Contemporary knowledge, theory, and treatment*, eds. I.L. Kutash, L.B. Schlesinger, Jossey-Bash Publishers, San Francisco 1980.
- Drozdowski R., Frąckowiak M., Krajewski M., Kubacka M., Modrzyk A., Rogowski Ł., Rura P., Stamm A., *Życie codzienne w czasach pandemii. Raport z pierwszego etapu badań*, Uniwersytet Adama Mickiewicza, Poznań 2020.
- Dymowska A., Nowicka-Sauer K., *Depresja wśród młodzieży – problem wciąż aktualny*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 2015, t. 9, nr 2.
- Gambin M., Sękowski M., Woźniak-Prus M., Pisula E., Hansen K., Kmita G., Kubicka K., Gorgol J., Huflejt-Łukasik M., Holas P., Łyś A.E., Wnuk A., Oleksy T., Szczepaniak A., Cudo A., Łojek E., Bargiel-Matusiewicz K., *Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19. Raport z badań podłużnych*, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, http://psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/98/2021/01/Raport_objawy_depresji_leku_IV_fale.pdf [dostęp: 5.03.2021].
- Gambin M., Sękowski M., Woźniak-Prus M., Wnuk A., Oleksy T., Cudo A., Hansena K., Huflejt-Łukasik M., Kubicka K., Łyś A.E., Gorgol J., Holas P., Kmita G., Łojek E., Maison D., *Generalized anxiety and depressive symptoms in various age groups during the COVID-19 lockdown in Poland. Specific predictors and differences in symptoms severity*, „Comprehensive Psychiatri” 2021, vol. 105, DOI: 10.1016/j.comppsy.2020.152222.
- Heszen-Niejodek I., *Styl radzenia sobie ze stresem jako indywidualna zmienna wpływająca na funkcjonowanie w sytuacji stresowej*, [w:] *Osobowość a ekstremalny stres*, red. J. Strelau, GWP, Gdańsk 2004.
- Kalinowski S., Wyduba W., *Moja sytuacja w okresie koronawirusa. Raport z badań, część II*, IRWiR PAN, Warszawa 2020.
- KE: *W 2020 roku PKB Polski skurczy się o 4,6 proc. Recesja będzie najpłytsza w całej UE*, „Dziennik Gazeta Prawna”, 7.07.2020, <https://biznes.gazetaprawna.pl/artykuly/1485480,skb-polski-recesja-unia-europejska.html> [dostęp: 7.07.2020].
- Kieć-Świerczyńska M., Kręcis B., Potocka A., Świerczyńska-Machura D., Dudek W., Pałczyński C., *Czynniki psychologiczne w przebiegu chorób alergicznych skóry*, „Medycyna Pracy” 2008, t. 59, nr 4.
- Lazarus R.S., Folkman S., *Stress, appraisal, and coping*, Springer, New York 1984.
- Lazarus R.S., Folkman S., *Transactional theory and research on emotions and coping*, „European Journal of Personality” 1987, vol. 1, issue 3.
- Łosiak W., *Psychologia emocji*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.
- Mikołajska M., *Rekordowa liczba zgonów w Polsce w 2020 roku. Najwięcej od II wojny światowej*, Medonet.pl, 5.01.2021, <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,liczba-zgonow-w-polsce-w-2020-roku--najwiecej-od-ii-wojny-swiatej,artykul,28238714.html> [dostęp: 3.03.2021].

- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., *Osobowość, stres a zdrowie*, Difin, Warszawa 2008.
- Pandemia COVID-19 w Polsce, Wikipedia, https://pl.wikipedia.org/wiki/Pandemia_COVID-19_w_Polsce [dostęp: 5.03.2020].
- PEX PharmaSequence, *Raport miesięczny – kwiecień 2020. Cały rynek apteczny (raport sell-out)*, https://www.pexps.pl/files/upload/files/PEX_RaportMiesieczny_WWW_20200520.pdf [dostęp: 5.03.2021].
- Rostkowski D., *Polska na 32. miejscu w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia*, Obserwator Finansowy, 6.03.2019, <https://www.obserwatorfinansowy.pl/forma/wartowiedziec/raporty/polska-na-32-miejscu-w-europejskim-konsumenckim-indeksie-zdrowia/> [dostęp: 6.03.2020].
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. z 2020 poz. 433).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. z 2020 poz. 491).
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 23 października 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. z 2020 poz. 1871).
- Schneiderman N., *Psychosocial, behavioral and biological aspects of chronic diseases*, „Current Directions in Psychological Science” 2004, vol. 13, issue 6, DOI: 10.1111/j.0963-7214.2004.00318.x.
- Selye H., *Stres okiełznany*, tłum. T. Zalewski, przedm. W. Dega, PIW, Warszawa 1977.
- Sheridan C.L., Radmacher S.A., *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, tłum. A. Dodziuk [et al.]. Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1998.
- Sideris E., *Pierwsza pomoc psychologiczna w systemie Zarządzania Kryzysowego – rozwiązanie modelowe*, [w:] *Zarządzanie kryzysowe. Problemy, wyzwania, kierunki doskonalenia*, red. I. Denysiuk, Z. Sobejko. Akademia Sztuki Wojennej, Warszawa 2017.
- Strelau J., *Temperament a stres. Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem*, [w:] *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*, red. I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak, wyd. 2, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000.
- Terelak J.F., *Człowiek i stres: koncepcje, źródła, reakcje, radzenie sobie, modyfikatory*, Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz–Warszawa 2008.
- Terelak J.F., *Psychologia stresu*, Branta, Bydgoszcz [cop. 2001].
- United Nations, *COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. Policy Brief*, 13.05.2020, <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf> [dostęp: 3.03.2021].
- Ustawa z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz.U. z 2007 nr 89, poz. 590 z późn. zm.).
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2008 nr 234, poz. 1570).
- World Health Organization, *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 30*, Geneva2020, https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200219-sitrep-30-covid-19.pdf?sfvrsn=6e50645_2 [dostęp: 5.03.2020].

World Health Organization, *Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza*, 2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329438/9789241516839-eng.pdf> [dostęp: 5.03.2021].

Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, *Zdrowie psychiczne w czasie pandemii Covid-19. Raport wstępny z badania naukowego kierowanego przez dr hab. Małgorzatę Dragan*, 4.05.2020, <http://psych.uw.edu.pl/2020/05/04/zdrowie-psychiczne-w-czasie-pandemii-covid-19-raport-wstepny-z-badania-naukowego-kierowanego-przez-dr-hab-malgorzate-dragan/> [dostęp: 3.03.2021].

Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Analizy i raporty ZUS, www.zus.pl/o-zus/dla-mediow/analizy-i-raporty [dostęp: 3.03.2021].

Zawisza E., *Mechanizmy reakcji alergicznej*, „Pneumonologia i Alergologia Polska” 1994, t. 62.

Człowiek w sytuacji zagrożenia COVID-19

Streszczenie

Dnia 1 stycznia 2009 r. weszła w życie ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, a epidemia jako jedna z sytuacji kryzysowych została opisana w Krajowym Planie Zarządzania Kryzysowego (aktualizacja z 2020 r.). Kolejne fazy reakcji społecznej na pandemię przypominają, znane z literatury fachowej, fazy reakcji stresowej. Organizm ludzki w sytuacji konfrontacji z nagłym, zagrażającym stresorem reaguje w jeden automatyczny sposób, produkując zwiększoną ilość kortyzolu, co w sytuacji ekstremalnego i przewlekłego stresu osłabia odporność i jest przyczyną wielu chorób. Przytaczane w artykule wyniki badań zdrowia psychicznego Polaków podczas obu fal pandemii mogą wskazywać na wyczerpanie się zasobów do radzenia sobie z sytuacją niemal u 60% badanych. Przed nami trzecia, a być może jeszcze czwarta fala. Jakie mogą być skutki zdrowotne obecnego kryzysu? Jakie koszty pociągną za sobą? Czy dojdzie do całkowitej zapaści systemu opieki zdrowotnej? Te pytania nadal pozostają bez odpowiedzi.

Słowa kluczowe: pandemia, fazy reakcji na sytuację kryzysową, biologia stresu, zdrowie psychiczne

Human Under Threat of Covid-19

Abstract

On January 1, 2009, the Act of December 5, 2008 on preventing and combating infections and infectious diseases in humans came into force and epidemic as one of the crisis situations was described in the National Plan for Crisis Management (updated in 2020). Subsequent phases of social response to a pandemic resemble, known from the literature, phases of stress response. Human body in a situation of confrontation with a sudden, threatening stressor reacts in one automatic way, producing an increased amount of cortisol, which in a situation of extreme and chronic stress weakens the immune system and is the cause of many diseases. Cited in the article results of surveys of mental health of Poles, in both waves of the pandemic may indicate depletion of resources to cope with the situation of nearly 60% of the respondents. We are facing a third and perhaps even a fourth wave. What might be the health effects of the current crisis? What costs will they entail? Will there be a total collapse of the health care system? These questions still remain unanswered.

Key words: pandemic, phases of crisis response, stress biology, mental health

Mensch in der Bedrohungssituation von COVID-19

Zusammenfassung

Am 1. Januar 2009 trat das Gesetz vom 5. Dezember 2008 über Vorbeugung und Bekämpfung der Infektionen und der Infektionskrankheiten bei Menschen ins Kraft und die Epidemie wurde als eine von den Krisenkrankheiten im Landesplan über Krisenmanagement (Aktualisierung vom Jahr 2020) beschrieben. Weitere Phasen der Sozialreaktion auf die Pandemie sind den aus der Fachliteratur bekannten Phasen der Stressreaktion ähnlich. Der menschliche Organismus reagiert in einer Konfrontationsreaktion auf automatische Weise mit einem plötzlichen, bedrohenden Stressor, indem er eine erhöhte Menge von Cortisol produziert, was in der Situation eines extremen und nachhaltigen Stress, die Immunität schwächt und zur Ursache von vielen Krankheiten ist. Die in diesem Artikel angeführten Forschungsergebnisse über psychische Gesundheit der Polen während der beiden Pandemiewellen können bei fast 60% der Befragten auf Erschöpfung der Ressourcen für den Umgang mit dieser Situation hindeuten. Vor uns steht noch dritte und vielleicht auch vierte Welle. Welche Folgen für die Gesundheit kann aktuelle Krise haben? Welche Kosten fallen wegen der Krise an? Kommt es zu einem völligen Zusammenbruch des Gesundheitssystems? Diese Fragen bleiben offen.

Schlüsselwörter: Pandemie, Reaktionsphasen auf die Krisensituation, Stressbiologie, psychische Gesundheit

Человек в условиях угрозы COVID-19

Резюме

С 1 января 2009 года вступил в силу закон «О профилактике и борьбе с инфекциями и инфекционными заболеваниями человека» от 5 декабря 2008 года, а эпидемия как одна из кризисных ситуаций была охарактеризована в Национальном плане антикризисного управления (обновлен в 2020 году). Последующие фазы социальной реакции на пандемию напоминают известные из литературы фазы стрессовой реакции. Организм человека в ситуации противостояния с внезапным, угрожающим стрессом, реагирует одним автоматическим способом, вырабатывая повышенное количество кортизола, что в ситуации крайнего и хронического стресса ослабляет иммунитет и является причиной многих заболеваний. Цитируемые в статье результаты исследований психического здоровья поляков во время обеих волн пандемии могут свидетельствовать об истощении ресурсов, необходимых для того, чтобы справиться с ситуацией, у почти 60% респондентов. Перед нами третья и, возможно, даже четвертая волна. Каковы могут быть последствия нынешнего кризиса для здоровья людей? Какие расходы они повлекут за собой? Будет ли полный крах системы здравоохранения? Эти вопросы до сих пор остаются без ответа.

Ключевые слова: пандемия, фазы кризисного реагирования, биология стресса, психическое здоровье