



Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19. Raport z badań podłużnych



dr hab. Małgorzata Gambin^{1a}, dr Marcin Sękowski^{2*}, dr Małgorzata Woźniak-Prus^{2*},
prof. dr hab. Ewa Pisula¹, dr hab. Karolina Hansen¹, dr hab. Grażyna Kmita¹, mgr Karolina
Kubicka¹, mgr Joanna Gorgol¹, dr hab. Mirosława Huflejt-Łukasik¹, dr hab. Paweł Holas¹,
mgr Agnieszka Ewa Łyś¹, dr Anna Wnuk³, dr Tomasz Oleksy¹, dr Anna Szczepaniak⁴,
dr Andrzej Cudo⁵, prof. dr hab. Emilia Łojek¹, dr hab. Kamila Bargiel-Matusiewicz¹

*Autorzy o takim samym wkładzie w opracowanie raportu.

1 - Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

2 - Instytut Psychologii, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej

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

4- Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę

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

^a autor korespondencyjny: Małgorzata Gambin: mgambin@psych.uw.edu.pl

STRESZCZENIE

Celem projektu było zbadanie nasilenia oraz uwarunkowań objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie pandemii COVID-19. Czterokrotnie (w maju, czerwcu, lipcu i grudniu 2020 roku) przebadano za pośrednictwem panelu internetowego ogólnopolską próbę osób dorosłych mieszkających w Polsce. W pierwszej fali badania wzięło udział 1179 osób i była to reprezentatywna próba dorosłych mieszkańców Polski pod względem wieku, płci oraz wielkości miejsca zamieszkania. W drugiej fali udało się ponownie dotrzeć do 1014 osób, w trzeciej fali do 857 osób, a w ostatniej czwartej fali do 688 osób. W badaniu uzyskano następujące wyniki:

- Polki i Polacy przejawiali najwyższe nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego w maju i grudniu, natomiast najniższe w lipcu 2020.
- W grudniu 2020 w grupie ryzyka klinicznego nasilenia objawów depresji znajdowało się 29% kobiet i 24% mężczyzn. Dodatkowo, 31% kobiet oraz 26% mężczyzn znajdowało się w grupie ryzyka klinicznego nasilenia objawów zespołu lęku uogólnionego.
- W trakcie wiosennego lockdownu (początek maja 2020) najwyższy poziom objawów depresji i lęku uogólnionego przejawiały osoby w wieku 18-24 lata, podczas gdy w grudniu najwyższy poziom objawów depresji deklarowały osoby w wieku 35-44 lata. We wszystkich czterech falach badania osoby w wieku poniżej 45 lat charakteryzowały się wyższym nasileniem objawów depresji i lęku uogólnionego niż osoby od 45. roku życia.
- Objawy depresji i lęku uogólnionego wiązały się najsilniej z trudnościami doświadczanymi w domu (trudnymi relacjami z bliskimi, poczuciem braku prywatności, zmęczeniem nadmiarem obowiązków) oraz niepokojem i niepewnością związaną z rozprzestrzenianiem się epidemii.
- Rodzice dzieci w wieku do 18. roku życia mieli większe nasilenie objawów depresji w grudniu 2020 niż osoby, które nie posiadały dzieci w tym wieku. W tej grupie rodziców objawy depresji i lęku silniej wiązały się z trudnościami doświadczanymi w domu, a także postrzeganym ryzykiem COVID-19 dla zdrowia i życia niż u osób, które nie miały dzieci w tym wieku.
- Lepsza sytuacja materialna rodziny oraz zapewniona ciągłość wynagrodzenia wiązały się z niższym nasileniem objawów depresji i lęku uogólnionego w maju, czerwcu, lipcu i grudniu 2020.
- Osoby, które w trakcie epidemii były w kwarantannie lub izolacji domowej przejawiały wyższy poziom objawów depresji, niż osoby, które nie były ani w kwarantannie ani w izolacji domowej.

- Najwyższe nasilenie objawów depresji i lęku przejawiały osoby, które podejrzewały, że były zakażone COVID-19, ale nie robiły testu. Te objawy były u nich silniejsze niż u osób, które nie były zakażone. Osoby, u których zakażenie COVID-19 było potwierdzone testem nie różniły się pod względem nasilenia objawów depresji i lęku od pozostałych dwóch grup.

WPROWADZENIE

Pod koniec maja 2020 roku ukazał się raport naszego zespołu badawczego dotyczący nasilenia i uwarunkowań objawów depresji i lęku w Polsce na wiosnę pod koniec pierwszego lockdownu^b. Uzyskane przez nas wyniki wskazywały, że najwyższy poziom objawów depresji i lęku uogólnionego występował w maju u osób młodych w wieku 18-24 lata (istotnie wyższy niż w pozostałych, starszych grupach wiekowych), a osoby w grupach wiekowych 55-64 lata i powyżej 64 lat charakteryzowały się najniższym nasileniem wspomnianych objawów. Pokazaliśmy również, że podwyższony poziom objawów depresji i lęku uogólnionego przejawiały osoby z następujących grup: osoby stanu wolnego; będące w związkach nieformalnych; nie mieszkające razem ze swoim/swoją partnerem/partnerką; przebywające w kwarantannie lub domowej izolacji; będące prawie pewne, że były zakażone koronawirusem; które straciły pracę i/lub ciągłość wynagrodzenia w wyniku epidemii. Zaznaczyliśmy wówczas, że prezentujemy jedynie wstępne rezultaty prowadzonego przez nas badania podłużnego. W tym miejscu podsumujemy rezultaty całego naszego projektu, a więc opiszemy jak zmieniało się nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w różnych grupach wiekowych między początkiem maja a grudniem 2020 roku.

W początkowych tygodniach pandemii COVID-19 Polacy znaleźli się w zupełnie nowej sytuacji, mierzyli się z ogromnymi i nagłymi zmianami w codziennym funkcjonowaniu, które wymagały zdolności do szybkiej adaptacji. Późniejsze miesiące pandemii były okresem przedłużającego się poczucia niepewności, dalszych zmian związanych z sytuacją epidemiologiczną oraz zmieniających się, kolejno rozluźnianych i zaostrzonych restrykcji, którym towarzyszyły czasami sprzeczne przekazy ze strony rządu i mediów. Wiele osób doświadczało (i nadal doświadcza) różnego nasilenia poczucia zagrożenia dla zdrowia i życia własnego i najbliższych. Te czynniki przyczyniać

^b Pierwszy raport z wiosennej fali badania: http://psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/98/2020/05/Uwarunkowania_objawow_depresji_leku_w_trakcie_pandemii_raport.pdf
Rezultaty zawarte w naszym wstępnym raporcie, poszerzone o dodatkowe analizy, opublikowaliśmy niedawno również w czasopiśmie *Comprehensive Psychiatry*; artykuł ten jest dostępny bez opłat pod adresem <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152222>

się mogą do nasilenia dystresu psychologicznego, w tym objawów depresji i lęku w całej populacji objętej pandemią, co potwierdza wiele wyników badań przeprowadzonych w różnych krajach (m.in. Jia i in., 2020; Mazza i in., 2020). Wydaje się, że podwyższone nasilenie symptomów depresji i lęku w czasie epidemii jest naturalną reakcją na ogromne zmiany, wyzwania, zagrożenia i niepewność związaną z epidemią i jej konsekwencjami (Heitzman, 2020) i może być ono przejściowe. Poziom dystresu w populacji może zwiększać się, gdy sytuacja epidemiologiczna jest poważniejsza, a obostrzenia bardziej dotkliwe, a obniżać się w okresach wolniejszego rozprzestrzeniania się wirusa, rozluźniania restrykcji i większej nadziei, że nad pandemią uda się zapanować. Jednak, u niektórych osób, epidemia i jej następstwa osobiste, społeczne i ekonomiczne prowadzić mogą do chronicznego stresu, którego nasilenie przekracza zdolności jednostki do przystosowania i radzenia sobie, prowadząc do rozwinięcia i długotrwałego utrzymywania się objawów depresyjnych i lękowych o istotnym klinicznie nasileniu, wymagających profesjonalnej pomocy psychiatrycznej i/lub psychologicznej.

Istnieje potrzeba badań podłużnych dotyczących skali i nasilenia występowania dystresu emocjonalnego, w tym objawów depresji i lęku uogólnionego, w różnych krajach. Umożliwią one nie tylko określenie poziomu tych objawów w jednym określonym momencie pandemii, ale również pozwolą na uchwycenie dynamiki zmian w nasileniu symptomów depresyjnych i lękowych charakteryzujących daną populację w różnych fazach rozwoju pandemii. Ważna jest również identyfikacja grup ryzyka występowania klinicznego nasilenia tych objawów. Szczególnie pomocne dla wskazania takich grup ryzyka w populacji jest przeprowadzanie badań na próbach reprezentatywnych, pozwalających określić skalę i nasilenie dystresu emocjonalnego w różnych grupach wiekowych, zamieszkałych zarówno w wielkich i małych miastach, jak i na wsi oraz z różnym poziomem wykształcenia. Celem naszego raportu jest wskazanie grup ryzyka występowania wysokiego nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego w pierwszych miesiącach pandemii COVID-19 w Polsce.

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

OPIS PRÓBY I NARZĘDZI BADAWCZYCH

Osoby badane

Pierwsza fala badania została zrealizowana na próbie 1179 osób, która była reprezentatywna dla populacji Polaków pod względem płci, wieku oraz wielkości miejsca zamieszkania. W próbie było 99% (n = 1172) osób deklarujących, że Polska jest ich krajem pochodzenia. Pośród badanych było 586 kobiet (49,7%) i 593 mężczyzn (50,3%). Wiek badanych wynosił od 18 do 85 lat (M = 44,47; SD = 15,769). Wśród osób badanych 37,6% było mieszkańcami wsi, 12,6% małego miasta (do 20 tys. mieszkańców), 20,9% średniego miasta (20-99 tys. mieszkańców), 17,3% dużego miasta (100-500 tys. mieszkańców), a 11,5 % badanych mieszkało w wielkim mieście (powyżej 500 tys. mieszkańców). Struktura demograficzna próby odzwierciedlała strukturę demograficzną całej populacji Polaków. Charakterystyka próby w kolejnych falach została zaprezentowana w tabeli A1 w załączniku A.

Sytuacja w Polsce w czasie zbierania danych^c

Szczegółowy opis sytuacji w trakcie poszczególnych fal badania został zamieszczony w załączniku B. Pierwsza fala badania była przeprowadzona między 4 a 8 maja 2020 roku. Od wykrycia pierwszego przypadku zakażenia koronawirusem w Polsce minęły wówczas 2 miesiące, a od początku tzw. lockdownu sześć tygodni. Od drugiej połowy kwietnia wszyscy Polacy mieli obowiązek noszenia maseczek, ale najbardziej restrykcyjne zalecenia, nakazujące pozostanie w domach, zostały już zniesione.

Druga fala badania miała miejsce między 4 a 17 czerwca. Minęły 3 miesiące pandemii. W kilku województwach pogorszyła się sytuacja i występowały duże ogniska zakażeń (kopalnie, domy opieki społecznej, szpitale). Jednocześnie prawie wszystkie ograniczenia wprowadzone w celu zahamowania pandemii zostały uchylone.

Trzecia fala badania miała miejsce między 7 a 17 lipca. Minęły 4 miesiące pandemii. Prasa donosiła o ogniskach zakażeń w pojedynczych szpitalach, zakładach pracy, ośrodkach wypoczynkowych oraz po uroczystościach rodzinnych (weselach, chrzcinach czy pogrzebach). Zapowiadane było przez Ministra Zdrowia odmrożenie branż, które jeszcze były zamknięte, czyli

^c Pani Joanna Kowalczyk i Pan Adam Jarosz oraz firma Be Communications (becomms.pl) dostarczyli dane dotyczące sytuacji w Polsce do wszystkich fal badania. Szczegółowe informacje na temat sposobu zbierania tych danych opisane są w załączniku B.

m.in. przywrócenie masowych imprez. Czas badania w ramach trzeciej fali był silnie naznaczony polityką i drugą turą wyborów prezydenckich. Premier zapewniał, że sytuacja związana z koronawirusem stabilizuje się.

Ostatnia, czwarta fala badania, miała miejsce między 3 a 22 grudnia. W związku z dużym wzrostem liczby zakażeń w październiku od około czterech tygodni w szkołach i na uczelniach obowiązywała zdalna nauka oraz zamknięte były placówki kultury i sportowe oraz lokale gastronomiczne. Po listopadowych przyrostach zakażeń oscylujących wokół 20 tys. dziennie i rekordowej liczbie zgonów (ponad 600 osób dziennie) w ostatnim dniu listopada i na początku grudnia liczba zakażeń spadła do poziomu z połowy października. Na ulicach w Polsce trwały protesty kobiet, do których dołączyli przedsiębiorcy. Wielka Brytania jako pierwsze państwo zachodnie 8 grudnia rozpoczęła szczepienia przeciw COVID-19 natomiast w Polsce ogłoszony został plan szczepień.

Narzędzia badawcze

Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta PHQ-9 (Kroenke i in., 2001) to narzędzie przesiewowe służące do oceny ryzyka zaburzeń depresyjnych. Składa się ono z 9 pytań zasadniczych i jednego pytania dodatkowego. Pytania zasadnicze dotyczą częstości występowania w ostatnich dwóch tygodniach objawów depresji, opisanych w kryteriach diagnostycznych DSM-IV. Osoba badana udziela odpowiedzi na skali: od 0="wcale nie dokuczały" do 3="niemal codziennie". Pytanie dodatkowe, które nie jest wliczane do wyniku ogólnego, odnosi się do stopnia, w jakim objawy zakłócały funkcjonowanie badanego. Im wyższy wynik w PHQ-9 (w zakresie od 0 do 27 punktów), tym większe nasilenie objawów depresyjnych. W polskich badaniach ustalono, że optymalny punkt odcięcia, sugerujący klinicznie istotne nasilenie objawów depresyjnych wynosi > 12 punktów (Kokoszka i in., 2016). Kwestionariusz charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. W badaniu wykorzystaliśmy polskie tłumaczenie PHQ-9 opracowane przez MAPI Research Institute (www.phqscreeners.com). Wartość współczynnika rzetelności alfa Cronbacha dla kwestionariusza wyniosła w naszym badaniu $\alpha = 0,91$.

Kwestionariusz Zespołu Łęku Uogólnionego GAD-7 (Spitzer i in., 2006) to narzędzie przesiewowe służące do oceny ryzyka zespołu łęku uogólnionego. Składa się ono z 7 pytań dotyczących częstotliwości występowania objawów zespołu łęku uogólnionego w czasie ostatnich dwóch tygodni. Osoba badana odnosi się do pytań, udzielając odpowiedzi na czteropunktowej skali, od 0="wcale nie dokuczały" do 3="niemal codziennie". Im wyższy wynik (w zakresie od 0 do 21 punktów), tym większe nasilenie objawów zespołu łęku uogólnionego. Autorzy narzędzia donoszą, że optymalny punkt odcięcia sugerujący klinicznie istotne nasilenie zespołu łęku uogólnionego to 10

punktów. W naszym badaniu wykorzystaliśmy wersję GAD-7 przetłumaczoną na język polski przez MAPI Research Institute (www.phqscreeners.com). Uzyskana wartość współczynnika rzetelności alfa Cronbacha dla kwestionariusza wyniosła w naszym badaniu $\alpha = 0,94$.

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

Pytania dotyczące sytuacji związanej z epidemią: bycie w kwarantannie lub izolacji domowej, zakażenie SARS-CoV-2 lub podejrzenie bycia zakażonym, sytuacja zawodowa związana z epidemią.

Pytania dotyczące zmiennych demograficznych: wiek, wykształcenie, stan cywilny/sytuacja osobista, posiadanie dzieci, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna.

Skala Postrzeganego Ryzyka COVID-19 to narzędzie stworzone przez członków naszego zespołu badawczego, w którym pojawiło się sześć pytań dotyczących tego, jak osoby badane oceniają ryzyko wystąpienia zdarzeń takich jak zakażenie się koronawirusem, ryzyko negatywnych skutków zdrowotnych i możliwych powikłań związanych z zakażeniem oraz ryzyko zagrożenia życia w wyniku zarażenia. Osoby badane odpowiadały na wszystkie stwierdzenia, odnosząc się do oceny poziomu ryzyka dotyczących ich samych, jak i ich najbliższych. W tej skali osoba badana odnosi się do wszystkich stwierdzeń, udzielając odpowiedzi na pięciopunktowej skali, od 0="bardzo niskie" do 5="bardzo wysokie". Im wyższy wynik (w zakresie 6-30), tym większa skala postrzeganego ryzyka COVID-19. Alfa Cronbacha wyniosła $\alpha = 0,94$.

Skala Trudności Epidemii. Również to narzędzie zostało stworzone przez nasz zespół. Skala ta zawiera szesnaście pytań na temat możliwych trudności podczas epidemii koronawirusa. Osoby badane wskazywały, w jakim stopniu każda sytuacja jest dla nich problematyczna i odpowiadały na skali od 1="w ogóle nie jest to dla mnie problem" do 4="zdecydowanie jest to dla mnie problem". Na podstawie analiz stworzyliśmy cztery podskale: relacje i trudności w domu (4 pytania, $\alpha = 0,80$), brak kontaktów towarzyskich (2 pytania, $\alpha = 0,83$), zewnętrzne obostrzenia (3 pytania, $\alpha = 0,69$) oraz lęk i niepewność związane z przebiegiem pandemii (2 pytania, $\alpha = 0,72$). Im wyższy wynik, tym większe nasilenie odczuwanych trudności.

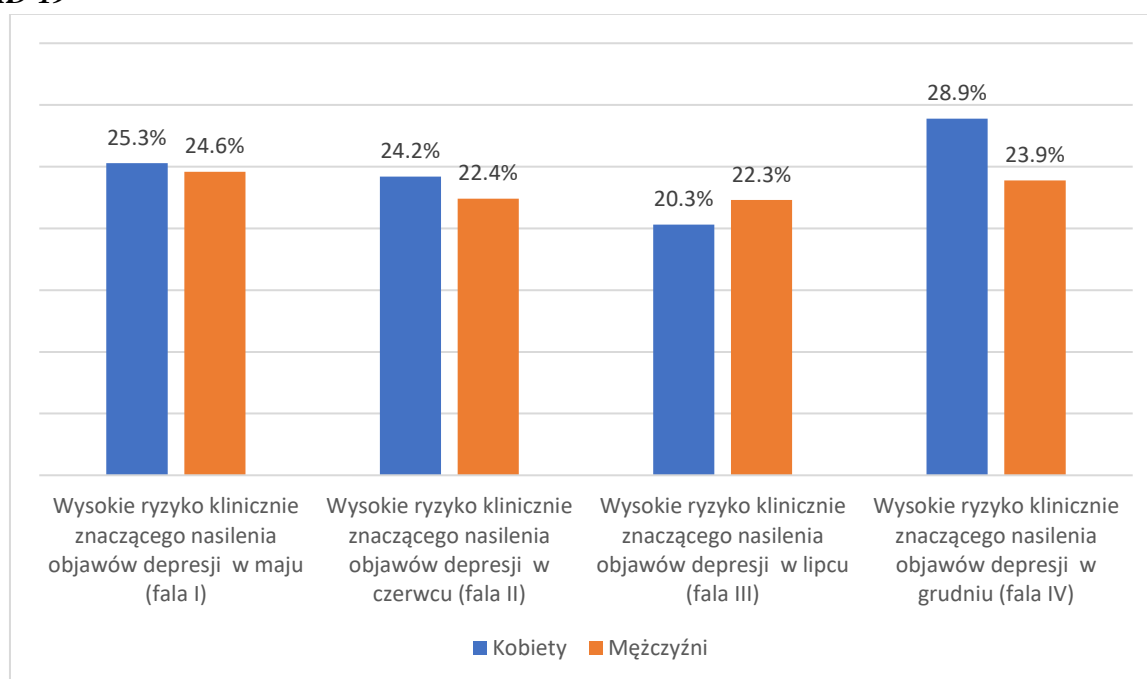
Skala Wsparcia Społecznego. Skala ta również została opracowana przez nas zespół badawczy. Uczestnikom zadano pięć pytań dotyczących czterech rodzajów wsparcia społecznego: (i) wsparcia informacyjnego, (ii) wsparcia materialnego; (iii) wsparcia emocjonalnego; (iv) wsparcia instrumentalnego. Uczestnicy odpowiadali, w jakim stopniu uzyskują określoną formę wsparcia w skali od 1 - zdecydowanie nie do 5 - zdecydowanie tak. Alfa Cronbacha wyniosła $\alpha = 0,81$.

Strategia analizy danych została przedstawiona w załączniku C.

RYZIKO KLINICZNEGO NASILENIA OBJAWÓW DEPRESJI I LĘKU W TRAKCIE PANDEMII U KOBIET I MĘŻCZYŹN

W celu określenia ryzyka klinicznego nasilenia objawów depresyjnych i lękowych w trakcie pandemii COVID-19 u kobiet i mężczyzn w poszczególnych falach badania (maj, czerwiec, lipiec oraz grudzień 2020), sprawdzono, jaki odsetek osób badanych podzielonych ze względu na płeć doświadcza klinicznie istotnego natężenia symptomów depresji i lęku uogólnionego^d. Następnie określono, jaki procent badanych kobiet i mężczyzn uważa, że objawy depresyjne i lękowe doświadczane w czasie ostatnich dwóch tygodni (o ile występowały) wiążą się z epidemią i jej konsekwencjami. Zaprezentowane poniżej wykresy ukazują wyniki tych analiz (Rysunek 1, 2, 3 i 4).

Rysunek 1. Ryzyko kliniczne znaczącego nasilenia objawów depresji u kobiet i mężczyzn w trakcie pandemii COVID-19^e



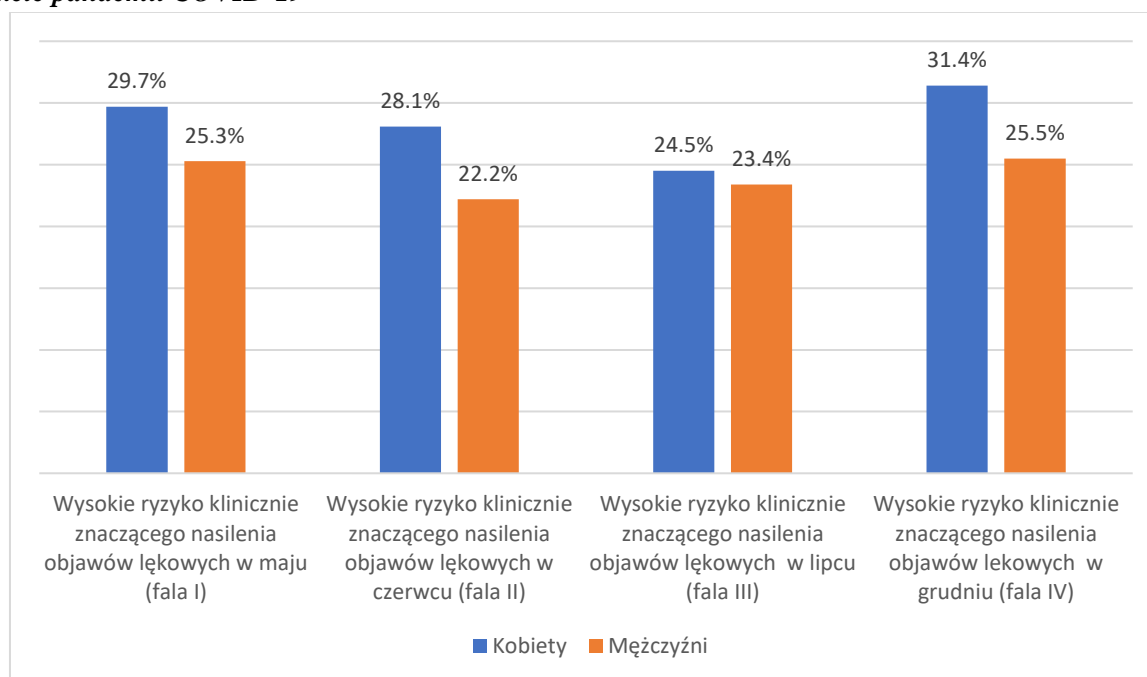
Uzyskane wyniki wskazują, że w grudniu 2020 tylko około jedna trzecia badanych (zarówno kobiet jak i mężczyzn) zdecydowanie lub raczej nie wiązała doświadczanych przez siebie objawów depresyjnych i lękowych z pandemią COVID-19 i jej konsekwencjami. Ponadto, około jedna czwarta

^d Osiąga powyżej 12 punktów w skali PHQ-9 mierzącej nasilenie objawów depresyjnych i powyżej 9 punktów w skali GAD-7 mierzącej nasilenie objawów zespołu lęku uogólnionego.

^e Nie wykazano istnienia statystycznie istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie klinicznie znaczącego nasilenia objawów depresji w poszczególnych miesiącach: maj (RR = 1,025; p = 0,801; 95%CI [0,841; 1,250]; OR = 1,034; p = 0,801; 95%CI [0,795; 1,347]), czerwiec (RR = 1,087; p = 0,465; 95%CI [0,869; 1,360]; OR = 1,115; p = 0,465; 95%CI [0,834; 1,493]), lipiec (RR = 0,907; p = 0,462; 95%CI [0,700; 1,176]; OR = 0,884; p = 0,461; 95%CI [0,636; 1,228]), grudzień (RR = 1,211; p = 0,135; 95%CI [0,942; 1,360]; OR = 1,296; p = 0,135; 95%CI [0,922; 1,556]).

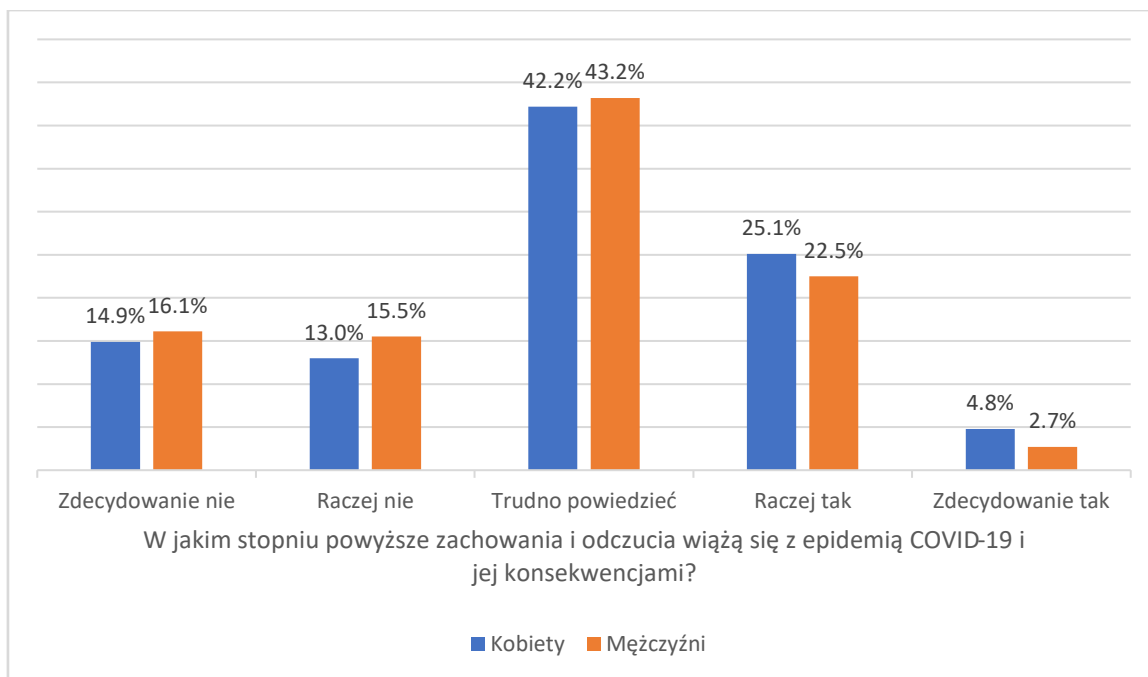
respondentów raczej zdecydowanie lub zdecydowanie łączyła swoje objawy z pandemią. Rezultaty te świadczą o świadomości realnych konsekwencji epidemii dla osobistego dobrostanu psychicznego wśród badanej populacji. Z drugiej strony większość respondentów zadeklarowała, że nie może jednoznacznie stwierdzić, czy doświadczane przez nich w grudniu 2020 symptomy depresyjne i lękowe wiążą się bezpośrednio z pandemią i jej konsekwencjami. Wynikać może to z faktu, że - poza przypadkami własnej choroby lub choroby bliskich - trudności związane z pandemią mają często charakter pośredni, utrudniając w pewnym stopniu radzenie sobie z wyzwaniami i obowiązkami (zawodowymi, rodzinnymi i/lub edukacyjnymi), które są źródłem pewnego stresu a z którymi mierzyć trzeba się niezależnie od pandemii.

Rysunek 2. Ryzyko klinicznie znaczącego nasilenia objawów zespołu lęku uogólnionego u kobiet i mężczyzn w trakcie pandemii COVID-19^f

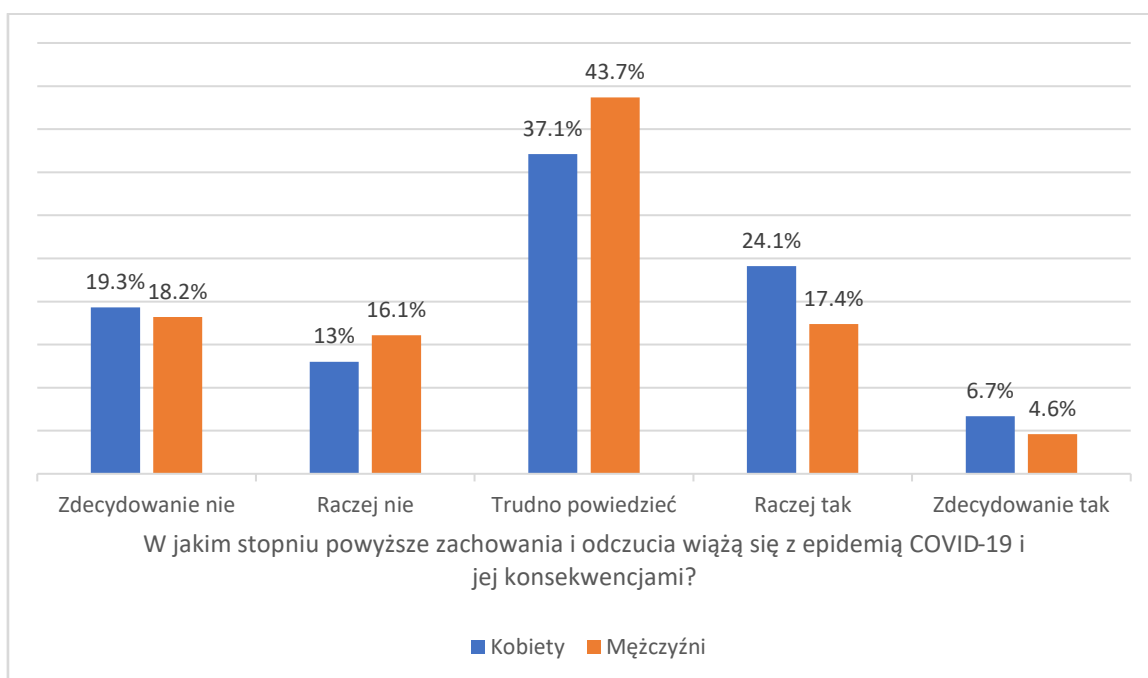


^f Nie wykazano istnienia statystycznie istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie klinicznie znaczącego nasilenia objawów zespołu lęku uogólnionego w następujących miesiącach: maj (RR = 1,174; p = 0,091; 95%CI [0,975; 1,414]; OR = 1,247; p = 0,091; 95%CI [0,965; 1,611]), lipiec (RR = 1,056; p = 0,654; 95%CI [0,831; 1,342]; OR = 1,075; p = 0,654; 95%CI [0,784; 1,472]) oraz grudzień (RR = 1,234; p = 0,084; 95%CI [0,972; 1,566]; OR = 1,341; p = 0,084; 95%CI [0,961; 1,871]). Natomiast wykazano istnienie statystycznie istotnej różnicy pomiędzy grupami w zakresie prawdopodobieństwa wystąpienia klinicznie znaczącego nasilenia objawów zespołu lęku uogólnionego w czerwcu: (RR = 1,273; p = 0,027; 95%CI [1,027; 1,578]; OR = 1,380; p = 0,027; 95%CI [1,037; 1,835]).

Rysunek 3. Postrzegany przez kobiety i mężczyzn związek objawów depresji z pandemią COVID-19 i jej konsekwencjami w grudniu (IV fala)



Rysunek 4. Postrzegany przez kobiety i mężczyzn związek objawów zespołu lęku uogólnionego z pandemią COVID-19 i jej konsekwencjami w grudniu (IV fala)

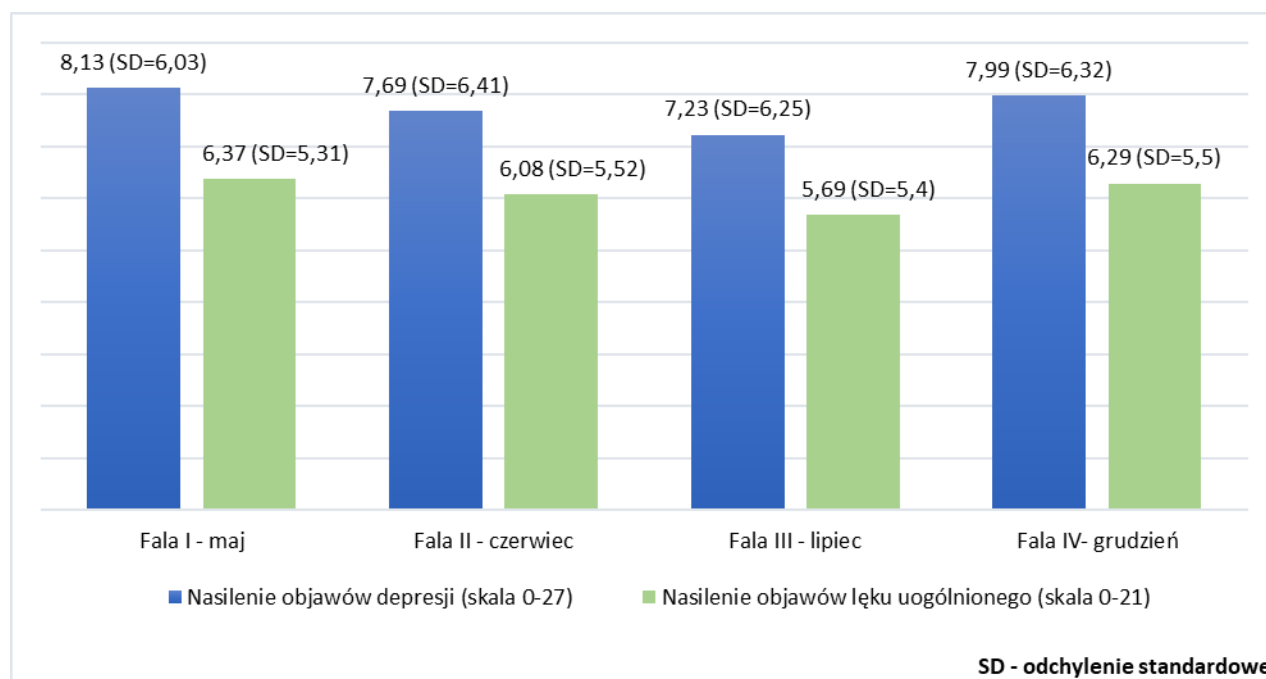


PORÓWNANIE NASILENIA OBJAWÓW DEPRESJI I LĘKU UOGÓLNIONEGO W POPULACJI W MAJU, CZERWCU, LIPCU ORAZ GRUDNIU 2020

Uzyskane wyniki^g wykazały, że osoby badane istotnie różniły się nasileniem objawów depresji^h oraz lęku uogólnionegoⁱ w poszczególnych falach badania: przejawiały istotnie wyższe nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego w maju i w grudniu niż w lipcu^j.

Wydaje się, że niższy poziom objawów depresji i lęku w populacji w lipcu niż w maju i grudniu 2020 wiązał się ze zmniejszonymi ograniczeniami i obawami, oraz z większą nadzieją na zakończenie epidemii w okresie wakacyjnym. W lipcu dzienna liczba nowych pozytywnych wyników testów na obecność koronawirusa w Polsce była stabilna, nie obserwowano wzrostu liczby zakażeń (pomimo występowania lokalnych ognisk zakażeń).

Rysunek 5. Średnie nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego w kolejnych falach badania



W tym okresie obowiązywało najmniej restrykcji. Polacy masowo wyjeżdżali na wakacje, nawet byli zachęceni do tego bonami turystycznymi. Odbywały się kolonie i obozy dla dzieci. Dla studentów był to czas odpoczynku od nauki zdalnej, a dla rodziców zakończenie czasu, kiedy wspierali dzieci w nauce zdalnej. Dodatkowo, premier zapewniał, że epidemia jest w odwrocie i zachęcał do udziału w

^g Przeprowadzono analizy wariancji (ANOVA) z powtarzanymi pomiarami.

^h $F(3,2061) = 8,261, p < 0.0001, \eta^2 = 0,012$

ⁱ $F(3,2061) = 8,251, p < 0.0001, \eta^2 = 0,012$

^j $ps < 0.01$

wyborach. Wszystko to przyczynić się mogło do okresowego wzrostu psychicznego dobrostanu w populacji Polski w lipcu 2020 w porównaniu do maja i grudnia 2020.

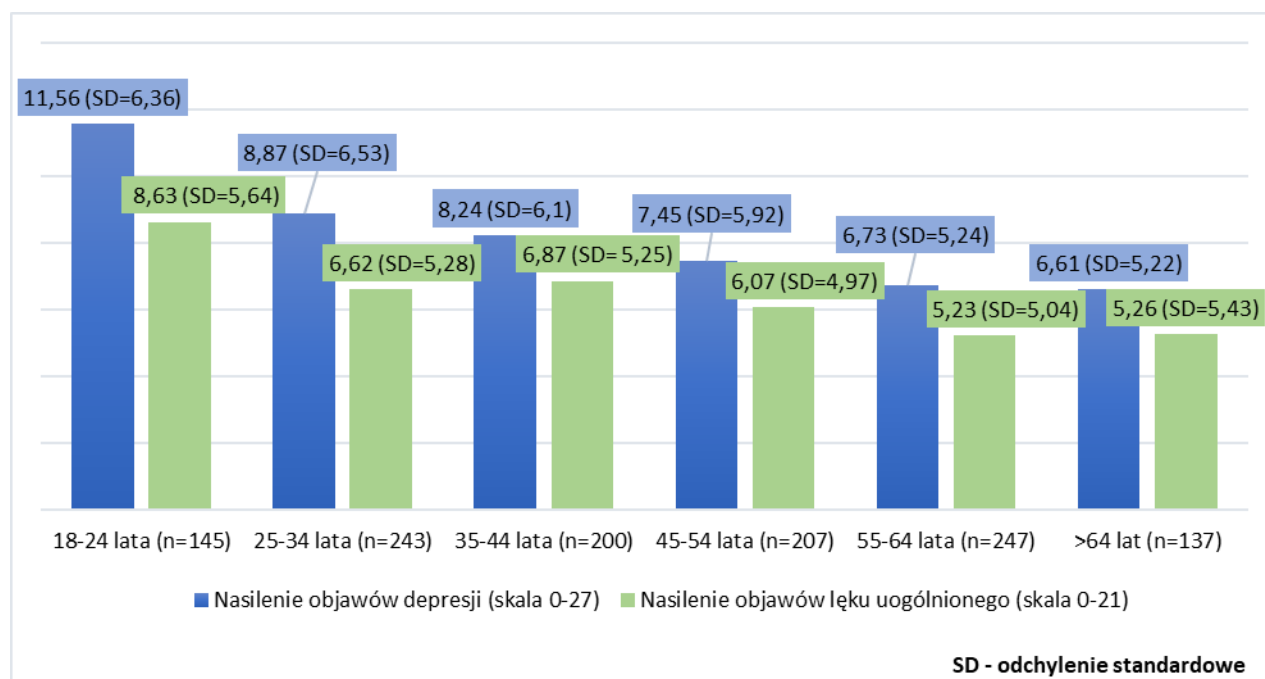
OBJAWY DEPRESJI I LĘKU A ZMIENNE DEMOGRAFICZNE

Poszukując grup, które są w sposób szczególnie narażone na rozwinięcie objawów depresyjnych i lękowych w czasie pandemii, przeprowadziliśmy porównania nasilenia symptomów depresji i lęku: w różnych grupach wiekowych; u osób posiadających dzieci w wieku 0-18 lat i bez dzieci w takim wieku; u osób z różnym poziomem wykształcenia i różną sytuacją materialną; u osób z różnym stanem cywilnym/sytuacją osobistą; oraz u osób mieszkających na wsi i w miastach o różnej wielkości.

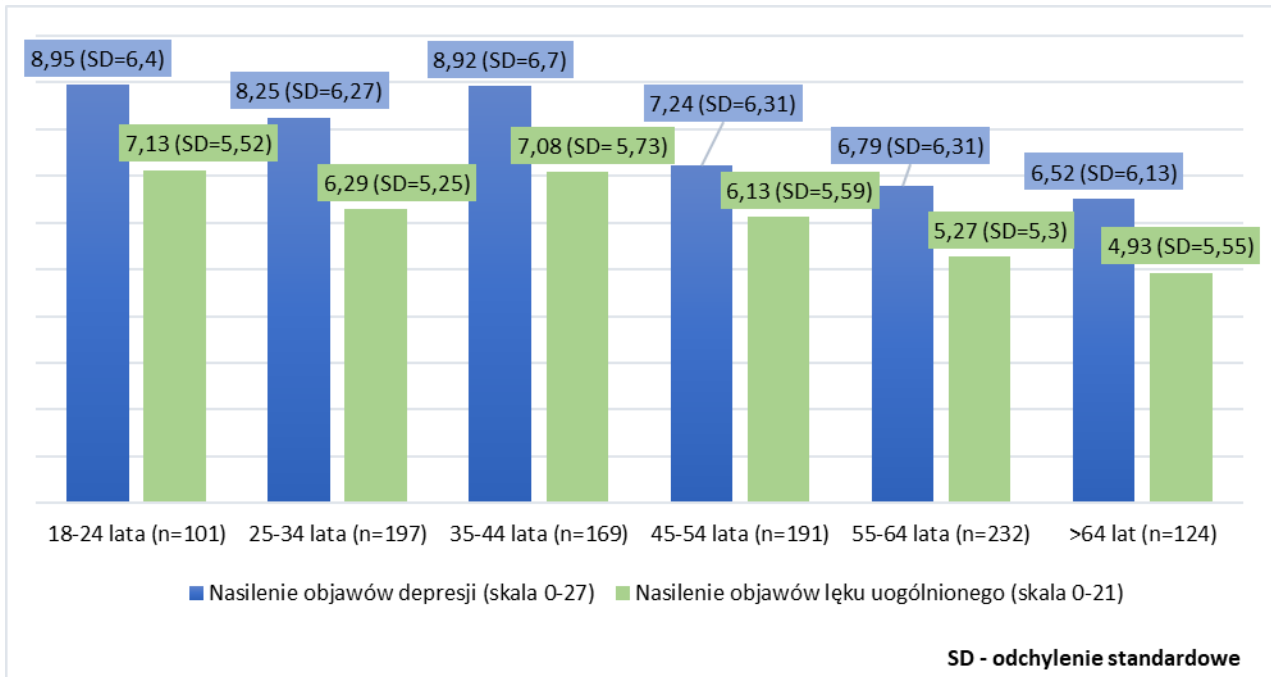
Różne grupy wiekowe

Przeprowadzono porównanie różnych grup wiekowych pod względem nasilenia objawów depresji oraz lęku uogólnionego w poszczególnych falach (rysunki 6-9). We wszystkich falach występowały istotne różnice między grupami w nasileniu objawów depresji lub lęku uogólnionego (szczegółowe statystyki dotyczące porównania grup są zaprezentowane w załączniku D).

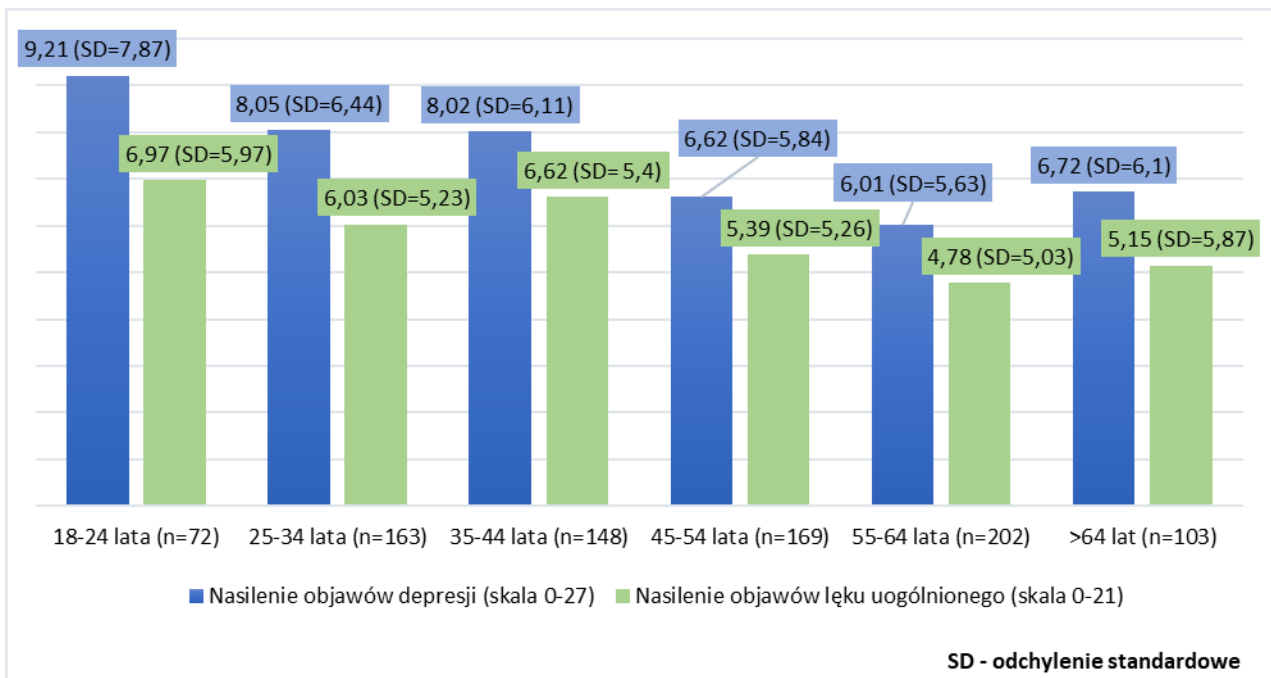
Rysunek 6. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego w różnych grupach wiekowych w maju (I fala)



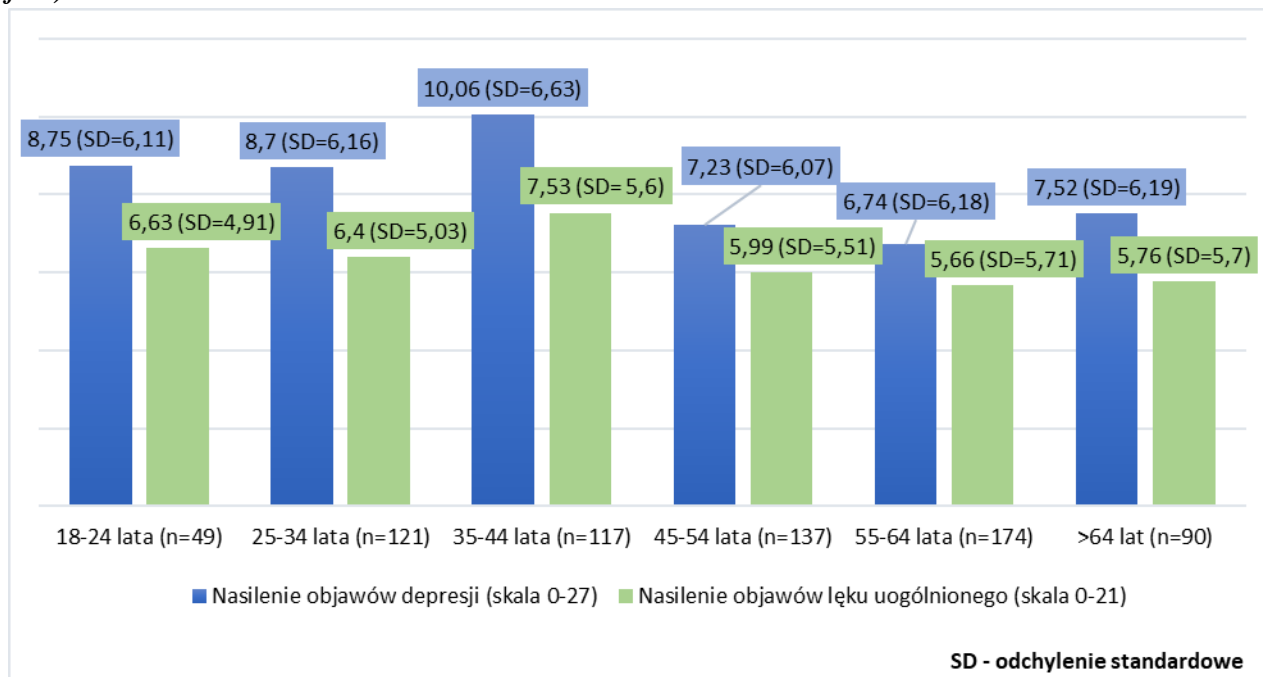
Rysunek 7. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego w różnych grupach wiekowych w czerwcu (II fala)



Rysunek 8. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego w różnych grupach wiekowych w lipcu (III fala)



Rysunek 9. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego w różnych grupach wiekowych w grudniu (IV fala)



Osoby w przedziale wiekowym 18-24 lata doświadczały bardzo wysokiego nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego w maju, który następnie obniżył się. Można przypuszczać, że okres lockdownu był szczególnie trudny dla osób w wieku 18-24 lata w związku z ograniczonymi możliwościami realizacji potrzeb charakterystycznych dla tej grupy wiekowej (rozwoju autonomii, spotkań z przyjaciółmi, osobami spoza rodziny, podróży). Dodatkowo, w tej grupie wiekowej było wielu uczniów klas maturalnych i studentów^k, dla których początki nauki zdalnej były bardzo trudne i stresujące - z jednej strony ze względu na własne trudności w przystosowaniu się do takiej formy nauczania, z drugiej strony ze względu na trudności nauczycieli akademickich i szkolnych w prowadzeniu zajęć efektywnie w tej formie na początkowym etapie. Maturzyści i studenci zostali postawieni w bardzo trudnej sytuacji - nie wiedzieli w jakiej formie i kiedy będą odbywały się egzaminy, co mogło wiązać się z bardzo dużym niepokojem, niepewnością i obawami. Wraz ze zniesieniem restrykcji oraz końcem roku akademickiego i szkolnego poziom objawów depresji i lęku w tej grupie obniżył się. Wynikać mogło to z wypracowania przez młodych dorosłych nowych,

^k Studenci i uczniowie stanowili 47% grupy wiekowej 18-24 lata.

względnie skutecznych sposobów radzenia sobie z wyzwaniami narzuconymi przez epidemię, a także ze stopniowego przyzwyczajania się do nowej sytuacji.

Podobne wyniki – wystąpienie największego dystresu emocjonalnego u osób młodych wraz z początkiem pandemii i lockdownu oraz postępująca poprawa stanu psychicznego w kolejnych miesiącach – uzyskano również w innych badaniach europejskich (Fancourt i in., 2020). Jak sugerują ich autorzy, poprawa ta może mieć między innymi związek z gwałtownym rozwojem komunikacji i rozrywki cyfrowej wraz z przedłużaniem się ograniczeń związanych z pandemią.

W trakcie wszystkich fal naszego badania poziom objawów depresji i lęku uogólnionego był wyższy w grupach wiekowych poniżej 45. roku, niż w grupach wiekowych powyżej 45 lat. Nasilenie symptomów było także ujemnie związane z wiekiem (im niższy wiek, tym wyższe nasilenie objawów). Uzyskane wyniki są zgodne z wieloma badaniami przeprowadzonymi w różnych częściach świata wskazującymi na to, że młodzi dorośli przejawiają wyższy poziom dystresu emocjonalnego w trakcie epidemii niż osoby starsze (m.in. Moghanibashi-Mansourieh, 2020; Shevlin i in., 2020).

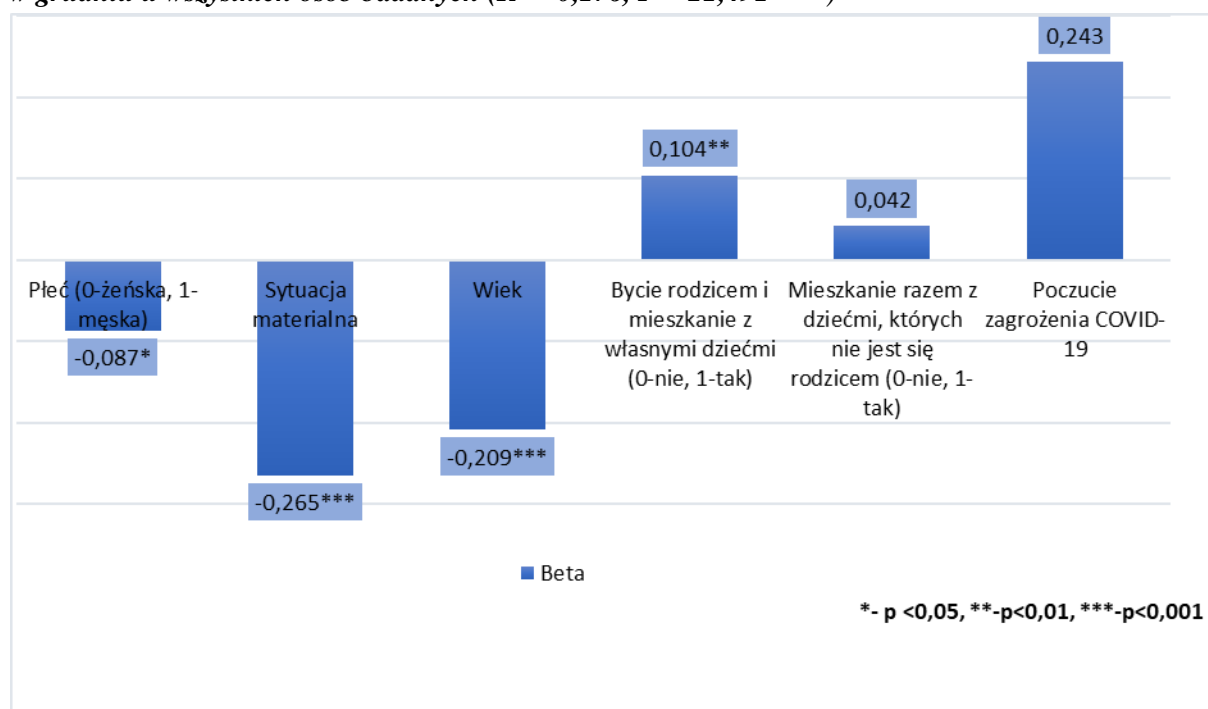
Można przypuszczać, że osoby starsze w trakcie epidemii mają więcej zasobów do radzenia sobie ze zmianami związanymi z epidemią (więcej doświadczeń życiowych), mogą mieć więcej dystansu do sytuacji epidemii ze względu na to, że doświadczyły w swoim życiu już wcześniej wielu zmian, m.in. związanych z transformacją ustrojową. Dodatkowo, wydaje się, że zaspokojenie ich potrzeb rozwojowych jest w mniejszym stopniu ograniczone epidemią niż u osób młodych. Być może styl życia osób powyżej 45. roku życia w mniejszym stopniu wiąże się ze spędzaniem czasu poza domem (w restauracjach, klubach, pubach). Osoby w wieku średnim i starsze mają również bardziej stabilną sytuację zawodową i rodzinną, tak więc pandemia może zakłócać w mniejszym stopniu ich codzienne funkcjonowanie niż u osób młodych. Dodatkowo, starsi respondenci najczęściej nie muszą mierzyć się z trudnościami łączenia pracy zawodowej z opieką nad dziećmi oraz wspieraniem dzieci w nauce zdalnej w trakcie epidemii.

W grudniu osoby w wieku 35-44 lata miały najwyższy poziom objawów, jednak kiedy porównanie przeprowadzono wśród osób badanych, które nie mają dzieci w wieku 0-18 lat, ta grupa wiekowa nie różniła się istotnie od pozostałych w nasileniu depresji i lęku uogólnionego. Można przypuszczać, że wyzwania wynikające z opieki nad dziećmi przyczyniły się do wysokiego nasilenia objawów depresji w tej grupie wiekowej (trudności doświadczane przez rodziców w trakcie epidemii zostały opisane poniżej).

Objawy depresji i lęku u rodziców dzieci w wieku do 18 lat

Bycie rodzicem dziecka w wieku do 18 roku życia (z którym się razem mieszka) nie było istotnym predyktorem objawów lęku uogólnionego w żadnej z fal, gdy kontrolowane były zmienne demograficzne, oraz nie było istotnym predyktorem objawów depresji w maju, czerwcu i lipcu. Jednak bycie rodzicem dziecka w wieku 0-18 lat okazało się istotnym predyktorem objawów depresji w grudniu, nawet wtedy, gdy kontrolowane były inne zmienne demograficzne (wiek, płeć, sytuacja materialna, poczucie zagrożenia COVID-19) (Rysunek 10). Dodatkowo, płeć żeńska, niższa sytuacja materialna, młodszy wiek oraz wyższe poczucie zagrożenia COVID-19 były istotnymi predyktorami objawów depresji.

Rysunek 10. Rysunek obrazujący analizę regresji wielozmiennowej. Predyktory nasilenia objawów depresji w grudniu u wszystkich osób badanych ($R^2 = 0,176$, $F = 21,491$ *)¹**



W grudniu dzieci w wieku szkolnym były objęte nauką zdalną. Wielu rodziców też w mniejszym stopniu niż przed epidemią korzystało ze wsparcia dziadków, aby nie narażać ich na zakażenie COVID-19. Niektórzy rodzice nie wysyłali dzieci do przedszkola lub zrezygnowali z pomocy niań, aby nie narażać rodziny na zakażenie COVID-19. Natomiast, część rodziców dzieci, które w trakcie epidemii uczęszczały do przedszkoli lub żłobków, doświadczało obaw i niepewności

¹ W grudniu w badanej próbie było 183 rodziców dzieci do 18 roku życia (25.1% całej próby badanej)

ze względu na informacje o pojawiających się w przedszkolach ogniskach zakażeń. Niektóre przedszkola były z tego powodu czasowo zamknięte, a rodzice rezygnowali z dalszego uczęszczania dziecka do placówki w obawie przed powtórzeniem się takiej sytuacji. Tak więc, w grudniu wielu rodziców doświadczało przedłużającego się czasu niepewności, zmęczenia, obciążenia obowiązkami, braku czasu i przestrzeni na realizację własnych potrzeb. Niektórzy z nich musieli mierzyć się z wyzwaniami związanymi z frustracją i niepokojem doświadczanym przez dzieci uczące się zdalnie, mającymi ograniczone kontakty z rówieśnikami. Wielu rodziców dzieci w wieku szkolnym od dłuższego czasu było zmuszonych pomagać dzieciom w nauce zdalnej a młodszym organizować czas w domu, godząc z tym własną pracę zawodową. Niepewność związana zarówno z sytuacją materialną, jak i rozwojem pandemii mogła dodatkowo pogłębiać niepokój i dystres rodziców, którzy ponosząc odpowiedzialność nie tylko za siebie, ale i za dobrostan dzieci odczuwali coraz większe obciążenie.

Z badań zespołu *Rodzice i dzieci wobec pandemii COVID-19* kierowanego przez dr hab. Grażynę Kmitę wynika, że część rodziców (ok. 70% badanej próby) deklarowała, że wiosenny lockdown miał również pozytywne strony dla relacji dziecko-rodzic: pomimo doświadczanego niepokojem, niepewności i zmian wielu rodziców doświadczało większej bliskości w relacji z dzieckiem lub dziećmi, odkrywało wraz z dzieckiem/dziećmi nowe wspólne aktywności i zabawy, obserwowało, że dzieci uczą się nowych umiejętności i są bardziej twórcze. Predyktorami pozytywnych doświadczeń w relacji dziecko-rodzic w trakcie lockdownu były m.in. poczucie posiadania wsparcia społecznego w trakcie epidemii oraz poczucie własnej skuteczności rodziców (zapraszamy do zapoznania się z artykułem: <https://psyarxiv.com/yhtqa/>). Wydaje się, że takie pozytywne doświadczenia w relacji z dzieckiem mogły chronić rodziców przed wysokim poziomem dystresu emocjonalnego. Jednak, wraz z przedłużaniem się czasu trwania pandemii i związanych z nią wyzwań, dostrzeganie pozytywów mogło dla rodziców stawać się coraz trudniejsze lub coraz bardziej nad pozytywnymi doświadczeniami przeważać mogły frustracja i negatywne emocje.

Objawy depresji i lęku a sytuacja materialna

Im wyżej osoby badane oceniały sytuację materialną własnej rodziny, tym niższe deklarowały nasilenie objawów depresji i lęku we wszystkich falach badania (załącznik E). Czas pandemii COVID-19 w Polsce wiązał się z dużą niestabilnością zatrudnienia oraz stałych dochodów. Tak więc, wydaje się, że dobra sytuacja materialna rodziny była związana z większym poczuciem bezpieczeństwa, stabilizacji i w związku z tym mogła być czynnikiem ochronnym, obniżającym nasilenie negatywnego nastroju i lęku. Ten wynik jest zgodny również z wcześniejszymi badaniami podłużnymi prowadzonymi przed pandemią wskazującymi na to, że obniżenie się statusu socjoekonomicznego jest

predyktorem wystąpienia objawów depresji (Freeman i in., 2016; Lorant i in., 2007). Z drugiej strony, obecność objawów depresyjnych i lękowych wiązać się może z nadmiernie negatywną, nierealistyczną oceną swojej sytuacji finansowej.

Objawy depresji i lęku a wykształcenie, sytuacja osobista i miejsce zamieszkania

Istotne statystycznie różnice w nasileniu objawów depresji i lęku uogólnionego pomiędzy osobami (i) z różnym poziomem wykształcenia oraz (ii) z różnym stanem cywilnym/sytuacją osobistą występowały jedynie w I fali naszego badania. Szczegółowy opis tych wyników znajduje się w naszym pierwszym raporcie. W żadnej z fal naszego badania nie wystąpiły istotne różnice w nasileniu dystresu emocjonalnego pomiędzy osobami, które są ze wsi, małego miasta, średniego miasta, dużego miasta i wielkiego miasta. Analiza korelacyjna wskazuje, że wielkość miejscowości zamieszkania respondentów nie wiąże się istotnie zarówno z nasileniem objawów depresyjnych, jak i lękowych w poszczególnych falach badania (dla wszystkich analiz korelacji z tą zmienną: $p > 0,05$).

CZYNNIKI ZWIĄZANE Z EPIDEMIĄ KORONAWIRUSA

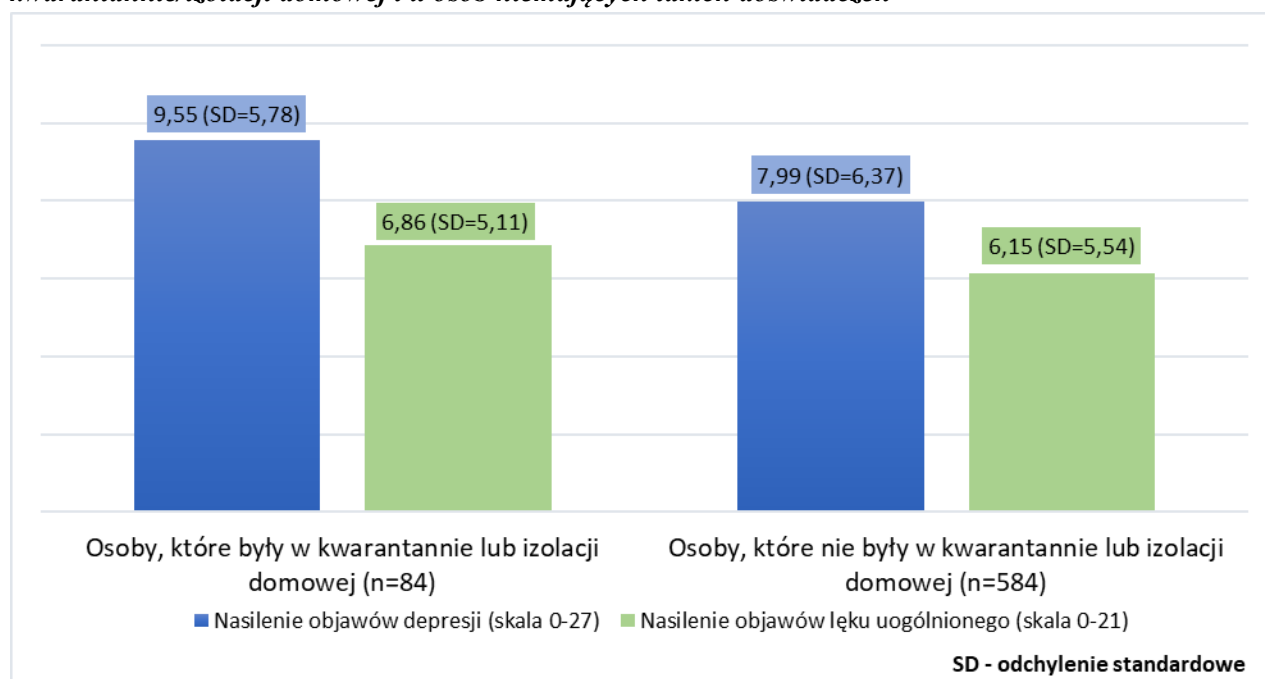
Na koniec, przeprowadziliśmy analizy dotyczące różnic między osobami, które bezpośrednio mierzyły się z określonymi, specyficznymi problemami związanymi z epidemią COVID-19 i jej konsekwencjami, a pozostałymi osobami badanymi. Naszym zamiarem było zbadanie, czy takie doświadczenia jak: (i) przebywanie w izolacji domowej lub kwarantannie, (ii) zakażenie koronawirusem lub przekonanie, że było się zakażonym, a także (iii) utrata ciągłości wynagrodzenia w czasie epidemii mogą stanowić czynniki ryzyka rozwinięcia objawów depresji i zespołu lęku uogólnionego. Ta część analiz została przeprowadzona jedynie dla ostatniej, grudniowej fali naszego badania, gdyż w maju, czerwcu oraz lipcu grupy osób, które były zakażone COVID-19 oraz osób, które przebywały w izolacji domowej lub w kwarantannie były mało liczne.

Objawy depresji i lęku u osób w kwarantannie

Przeprowadzono porównanie osób, które przebywały w trakcie pandemii w domowej izolacji lub kwarantannie, z pozostałymi osobami badanymi, pod względem nasilenia objawów depresji oraz lęku uogólnionego (rysunek 11).

Osoby, które były w kwarantannie lub izolacji domowej różniły się istotnie nasileniem objawów depresji od osób, które nie miały takich doświadczeń^m: przejawiały wyższe nasilenie objawów depresji w grudniu 2020. Jednakże nie różniły się istotnie pod względem nasilenia objawów lęku uogólnionegoⁿ.

Rysunek 11. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego w grudniu 2020 u osób przebywających w kwarantannie/izolacji domowej i u osób niemających takich doświadczeń



Dotychczasowe badania wykazały, że przebywanie w przymusowej kwarantannie lub izolacji domowej wiąże się z wieloma stresorami, które stanowią ryzyko dla wystąpienia problemów emocjonalnych, w tym nasilonych objawów depresji (Brooks i in., 2020). Osoby przebywające w kwarantannie lub izolacji domowej mogą obawiać się poważnego zagrożenia dla własnego zdrowia i życia, jak również niepokoić się, że mogły/mogą zarazić inne osoby. Ponadto domowa izolacja lub kwarantanna wiązać się może z nudą, frustracją z powodu braku wolności osobistej, a także poczuciem oddzielenia od reszty świata, w tym często od najbliższych. Dodatkowo, często związana jest z przebywaniem w zamknięciu przez długi okres czasu całego systemu rodzinnego, co może powodować eskalację konfliktów, a w niektórych przypadkach może dochodzić do aktów przemocy domowej. Z raportu Fundacji Dajemy Dzieciom Siłę wynika, że 10,8% nastolatków raportowało doświadczenie przemocy ze strony bliskich osób z rodziny w okresie między marcem a czerwcem

^m Mann Whitney U = 22275.000, p <0,01

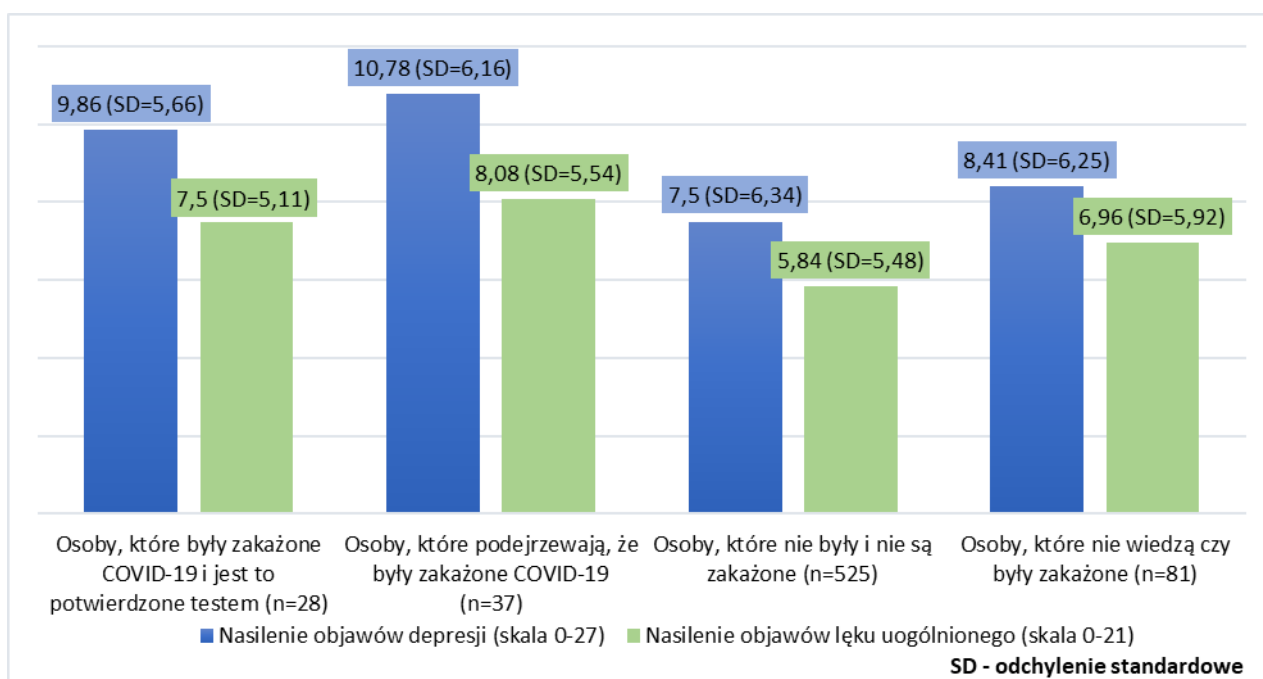
ⁿ Mann Whitney U = 24914.500, p = 0,148

2020 roku^o. Ponadto, osoby w kwarantannie są zależne od pomocy innych, w bardzo podstawowych kwestiach bytowych takich, jak np. zapewnienie pożywienia. Osoby, które przebywały w kwarantannie lub w izolacji mogły lub mogą doświadczać stygmatyzacji i odrzucenia ze strony najbliższego środowiska społecznego (Brooks i in., 2020), co może dodatkowo nasilać negatywne emocje. Dodatkowo, mogą obawiać się o bezpieczeństwo finansowe swoje i rodziny, oraz o swoją pracę.

Objawy depresji i lęku u osób zakażonych koronawirusem

Grupy badane z różnymi doświadczeniami związanymi z zakażeniem COVID-19 różniły się między sobą nasileniem depresji i lęku uogólnionego w grudniu^p (rysunek 12). Osoby badane, które podejrzewały, że były w trakcie epidemii zakażone COVID-19 (ale nie było to potwierdzone testem), przejawiały wyższe nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego niż osoby bez takich doświadczeń. Osoby, które przeszły w 2020 roku zakażenie COVID-19 (i było to potwierdzone testem), nie różniły się pod względem nasilenia objawów depresyjnych i lękowych od pozostałych grup.

Rysunek 12. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego u osób, które były zakażone lub są prawie pewne, że były zakażone koronawirusem oraz u osób bez takich doświadczeń



^o<https://fdds.pl/wp-content/uploads/2020/11/Negatywne-doswiadczenia-mlodziezy-w-trakcie-pandemii.-Raport-z-badan-iloosciowych-1.pdf>

^p Kruskal-Wallis H = 14,238, p < 0,01; Kruskal-Wallis H = 11,334, p < 0,01

Ze względu na małe liczebności grup badanych należy podejść z ostrożnością do uzyskanych wyników. Badania prowadzone przez zespół badawczy NeuroCovid^q kierowany przez prof. Emilię Łojek dotyczące konsekwencji neuropsychologicznych i psychospołecznych zakażenia COVID-19 pozwolą na uzyskanie większej liczby informacji na ten temat. Wstępne wyniki z badania NeuroCovid wskazują na to, że średnie nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego w grupie osób po COVID-19 nie jest wyższe niż w naszej grupie badanej (grupa badana osób po COVID-19 zbadana w ramach projektu NeuroCovid: nasilenie depresji: $M = 6,458$, $SD = 6,217$; nasilenie lęku uogólnionego: $M = 5,602$, $SD = 5,314$, $n = 120$). W przyszłości zostaną przeprowadzone bardziej szczegółowe analizy z uwzględnieniem większych grup osób badanych i kontrolą zmiennych demograficznych.

Osoby, które podejrzewały, że były zakażone COVID-19, ale z różnych powodów nie zostało to potwierdzone testem, mogą przejawiać wyższy poziom dystresu emocjonalnego, gdyż nie miały możliwości weryfikacji swoich przypuszczeń i pozostawały w niepewności co do swojego stanu zdrowia, zagrożeń, z jakimi mogły się zetknąć one same bądź ich najbliżsi, co jest źródłem niepokoju, zamartwiania się czy smutku. Nie mogą mieć także pewności czy są odporne na COVID-19. Możliwe jest jednak również, że osoby, które są niemal pewne, że były zakażone koronawirusem, ale zarazem nie miały przeprowadzonego testu, charakteryzowały się już wcześniej wysokim poziomem objawów depresji i lęku uogólnionego i z tego wynikały ich obawy a nawet przekonanie dotyczące zakażenia. Wysoki poziom depresji lub lęku uogólnionego mógł być również jednym z czynników, które przyczyniły się do nieprzeprowadzenia testu.

Objawy depresji i lęku a utrata ciągłości wynagrodzenia

Przeprowadzono porównanie osób, które utraciły ciągłość wynagrodzenia na początku epidemii oraz pomiędzy lipcem a grudniem 2020 z osobami, które mają zapewnioną ciągłości wynagrodzenia pod względem nasilenia objawów depresji oraz lęku uogólnionego (rysunek 13)^r. Występują istotne różnice między grupami w nasileniu depresji^s oraz nasileniu lęku uogólnionego^t. Osoby, które utraciły ciągłość wynagrodzenia pomiędzy lipcem a grudniem 2020 miały istotnie wyższe nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego od osób, które nie utraciły ciągłości wynagrodzenia w trakcie epidemii. Osoby, które utraciły ciągłość wynagrodzenia pomiędzy marcem a lipcem nie różniły się pod względem nasilenia objawów depresji w grudniu 2020 od pozostałych grup.

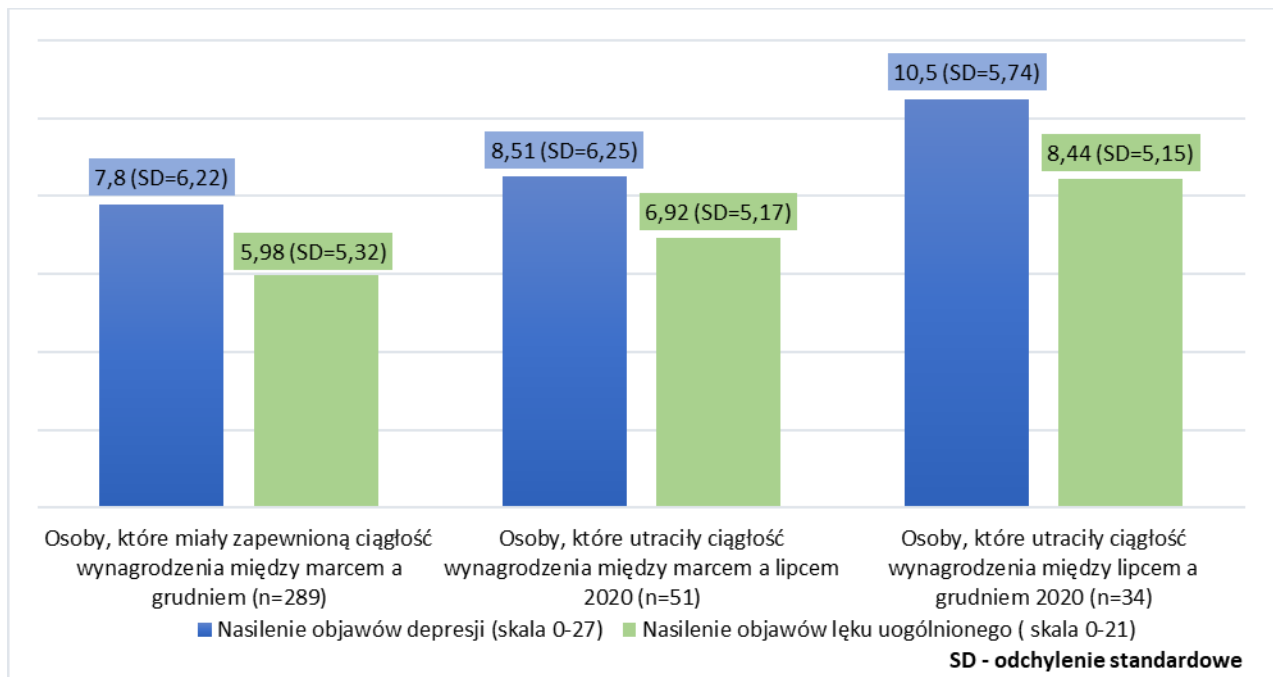
^q <https://www.uw.edu.pl/badanie-dotyczace-funkcji-neuropsychologicznych-i-jakosci-zycia-po-chorobie-covid-19/>

^r Na to pytanie odpowiedziało część osób badanych. Wśród osób, które nie odpowiedziały na to pytanie przeważali emeryci i renciści oraz osoby prowadzące własną działalność gospodarczą.

^s Kruskal-Wallis $H = 6,639$, $p < 0,05$

^t Kruskal-Wallis $H = 7,660$, $p < 0,05$

Rysunek 13. Nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego u osób, które straciły ciągłość wynagrodzenia oraz osób, które mają zapewnioną ciągłość wynagrodzenia w trakcie pandemii COVID-19



Związki trudności związanych z epidemią, postrzeganego ryzyka COVID-19 oraz wsparcia społecznego z nasileniem objawów depresji i lęku uogólnionego

W całej grupie badanej objawy depresji i lęku uogólnionego w grudniu wiązały się najsilniej z trudnościami doświadczanymi w domu (trudnymi relacjami z bliskimi, poczuciem braku prywatności, zmęczeniem nadmiarem obowiązków) oraz z niepokojem i niepewnością związaną z rozprzestrzenianiem się wirusa. Dodatkowo, dystres emocjonalny wiązał się z trudnościami związanymi z ograniczonymi kontaktami społecznymi, trudnościami doświadczanymi w związku z restrykcjami poza domem (niewygodą związana z noszeniem masek, ograniczenia w robieniu zakupów, poczucie ograniczenia własnej autonomii i niezależności), postrzeganym ryzykiem COVID-19 dla zdrowia i życia własnego i bliskich, a także niskim poziomem wsparcia społecznego. Porównano siły korelacji pomiędzy wymienionymi wyżej zmiennymi w grupie osób, które są i które nie są rodzicami dzieci między 0 a 18 lat. W grupie rodziców postrzegane ryzyko COVID-19 dla zdrowia i życia własnego i bliskich wiązało się silniej z objawami depresji i lęku uogólnionego niż u osób, które nie są rodzicami dzieci w wieku 0-18 lat^u. Ponadto, w grupie rodziców trudności

^u Porównanie siły korelacji wykorzystując transformację Fischera: $z = -2,395$, $p < 0,01$; $z = -2,161$, $p < 0,01$, Korelacje pomiędzy postrzeganym zagrożeniem a objawami depresji i lęku w grupie rodziców: $r(173) = 0,373$, $p < 0,001$; $r(173) = 0,382$, $p < 0,001$

doświadczane w domu (trudne relacje z bliskimi, poczucie braku prywatności, zmęczeniem nadmiarem obowiązków) wiązały się silniej z objawami depresji i lęku uogólnionego niż grupie osób, które nie są rodzicami^v.

Tabela nr 1. Związki objawów depresji i lęku uogólnionego z trudnościami epidemii, poczuciem zagrożenia COVID-19 i wsparciem społecznym w całej grupie badanej w grudniu

	Objawy depresji	Objawy lęku uogólnionego
Trudności doświadczane w domu	0,552***	0,548***
Trudności związane z ograniczonymi kontaktami społecznymi	0,194***	0,206***
Trudnościami doświadczane w związku z restrykcjami poza domem	0,337***	0,323***
Niepokój i niepewność związana z rozprzestrzenianiem się wirusa	0,469***	0,523***
Postrzegane ryzyko COVID-19 dla zdrowia i życia	0,213***	0,244***
Wsparcie społeczne	-0,170***	-0,125**

* - $p < 0,05$, ** - $p < 0,01$, *** - $p < 0,001$

Korelacje pomiędzy postrzeganym zagrożeniem a objawami depresji i lęku w grupie osób, które nie są rodzicami: $r(515) = 0,178$, $p < 0,001$; $r(515) = 0,203$, $p < 0,001$

^v Porównanie siły korelacji wykorzystując transformację Fischera: $z = -2,094$, $p < 0,05$; $z = -2,401$, $p < 0,01$

Korelacje pomiędzy trudnościami doświadczonymi w domu a objawami depresji i lęku w grupie rodziców: $r(173) = 0,634$, $p < 0,001$; $r(173) = 0,650$, $p < 0,001$

Korelacje pomiędzy trudnościami doświadczonymi w domu a objawami depresji i lęku w grupie osób, które nie są rodzicami: $r(515) = 0,510$, $p < 0,001$; $r(515) = 0,510$, $p < 0,001$

W trakcie epidemii dużo większa część społeczeństwa spędza więcej czasu w domu wspólnie z bliskimi niż przed epidemią. W związku z tym trudne relacje w domu, poczucie obciążenia obowiązkami, jak również brak prywatności mogą w jeszcze większym stopniu przyczyniać się do dystresu emocjonalnego w porównaniu z sytuacją przed epidemią. Szczególnie może to być ważnym czynnikiem sprzyjającym występowaniu wyższego nasilenia objawów depresji u rodziców dzieci poniżej 18. roku życia. Wielu z nich w trakcie epidemii z trudnością starało się pogodzić obowiązki zawodowe, domowe i rodzicielskie. Poczucie zagrożenia negatywnymi konsekwencjami COVID-19 dla zdrowia i życia własnego oraz bliskich może w większym stopniu oddziaływać na nasilenie objawów depresji i lęku u rodziców, gdyż mogą oni obawiać się, że nie będą w stanie zaopiekować się dzieckiem lub dziećmi w przypadku zachorowania. Dodatkowo, rodzice, którzy w większym stopniu obawiają się konsekwencji COVID-19, mogą bardziej izolować się od kontaktów społecznych z innymi (ze znajomymi, własną rodziną) i w efekcie w bardziej dotkliwym stopniu odczuwać skutki epidemii.

PODSUMOWANIE

Z naszego badania wynika, że nasilenie objawów depresji i lęku zmieniało się dynamicznie w maju, czerwcu, lipcu i grudniu 2020 w populacji Polaków. Poza tym pokazuje ono, że największe zmiany następowały w grupach wiekowych poniżej 45. roku życia. Na początku epidemii osoby młode w wieku 18-24 lata zareagowały najwyższym nasileniem przygnębienia i niepokoju związanego prawdopodobnie z ogromnymi zmianami w stylu życia i ograniczeniami w realizacji własnych potrzeb. Na późniejszym etapie epidemii, w grudniu 2020, osoby w wieku 35-44 lata doświadczały największego nasilenia objawów depresji ze wszystkich grup wiekowych. Było tak przypuszczalnie ze względu na zmęczenie i przeciążenie łąčeniem obowiązków zawodowych i rodzicielskich, wspieranie dzieci w nauce zdalnej, jak również prawdopodobnie odczuwanie niepokoju dotyczącego swojej sytuacji zawodowej i finansowej.

Z naszego raportu oraz wcześniejszych opracowań (Gambin, in., 2020a, 2020b) wynika, że płeć żeńska, wiek poniżej 45. roku życia, niższy status socjoekonomiczny oraz doświadczanie trudnych relacji z bliskimi w domu są ważnymi czynnikami ryzyka objawów depresji i lęku na wszystkich etapach epidemii. Wydaje się, że te czynniki mogą sprzyjać chronicznemu nasileniu tych objawów w czasie epidemii. Dodatkowo, bycie rodzicem dziecka poniżej 18. roku życia okazało się ważnym predyktorem objawów depresji na późniejszym etapie epidemii. W świetle wcześniejszych badań wskazujących na to, że objawy depresji u rodzica utrzymujące się w dłuższym okresie czasu mają negatywne skutki dla funkcjonowania emocjonalnego dzieci i całej rodziny (m.in. Kopala-Sibley

i in., 2016; Gotlib, Colich, 2014; Kane, Garber, 2004), bardzo ważne wydaje się poświęcenie szczególnej uwagi i wsparcia rodzinom z dziećmi w czasie epidemii.

Pewnym ograniczeniem naszego badania jest fakt, że brały w nim udział wyłącznie osoby, które były użytkownikami internetu i członkami panelu internetowego. Co prawda badana próba była reprezentatywna pod względem demograficznym dla całej populacji, jednak w przypadku najstarszej grupy wiekowej (w której wiele osób nie korzysta z internetu) powinno się zachować ostrożność uogólniając wyniki na wszystkie osoby starsze. Można przypuszczać, że osoby najstarsze biorące udział w naszym badaniu (powyżej 70., a tym bardziej powyżej 80. roku życia) były w dobrej kondycji zdrowotnej oraz psychicznej, co pozwoliło im na wzięcie udziału w badaniu.

Poprawa samopoczucia u znacznej części grupy badanej w lipcu (w okresie mniejszego wzrostu zakażeń oraz mniejszych restrykcji) daje nadzieję, że u większości populacji wysoki poziom objawów depresji i lęku uogólnionego jest przejściową reakcją na wiele zmian, niepewności, zagrożeń, wyzwań oraz przeciążenie obowiązkami rodzinnymi i zawodowymi. Ponadto, poprawa samopoczucia latem może pokazywać, że znaczna część osób z czasem potrafi adaptować się do nowych okoliczności i wyzwań. Możemy mieć nadzieję, że kiedy sytuacja epidemiologiczna będzie lepsza i w związku z tym restrykcje będą mogły zostać rozluźnione oraz Polacy zaadaptują się do związanych z tym kolejnych zmian, poziom objawów depresji i lęku u większości społeczeństwa się zmniejszy.

Podziękowania

Podziękowania dla firmy *Ogólnopolski Panel Badawczy Ariadna* za bardzo sprawną i rzetelną realizację badania w ramach panelu badawczego, jak również za współpracę i wsparcie w planowaniu badania podłużnego.

Podziękowania dla Pani Joanny Kowalczyk i Pana Adam Jarosza oraz firmy *Be Communications* (becomms.pl) za dostarczenie danych dotyczących sytuacji w Polsce do wszystkich fal badania (w maju, czerwcu, lipcu oraz grudniu 2020).

Literatura

Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. Chapman and Hall.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920.

- Fancourt, D., Steptoe, A., & Bu, F. (2020). Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *The Lancet Psychiatry*. doi:10.1016/S2215-0366(20)30482-X
- Freeman, A., Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Chatterji, S., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J. L., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J. M. (2016). The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*, 16(1), 1098.
- Fritz, C. O., Morris, P. E., Richler, J. J. (2012). Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation. *Journal of Experimental Psychology: General*, 141(1), 2–18.
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Wnuk, A., Oleksy, T., Cudo, A., i in. (2020a). 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*, 105, 152222.
- Gambin, M., Sękowski, M., Woźniak-Prus, M., Cudo, A., Hansen, K., Gorgol, i in. (2020b). *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/wp-content/uploads/sites/98/2020/05/Uwarunkowania_objawow_depresji_leku_w_trakcie_pandemii_raport.pdf
- Gotlib, I. H., Colich, N. L. (2014). Children of parents with depression. W: I. H. Gotlib, C. L. Hammen (Red.), *Handbook of depression* (str. 240–258). The Guilford Press.
- Heitzman, J. (2020). Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne. *Psychiatria Polska*, 54(2), 187-198.
- Jia, R., Ayling, K., Chalder, T., Massey, A., Broadbent, E., Coupland, C., Vedhara, K. (2020). Mental health in the UK during the COVID-19 pandemic: early observations. doi: 10.1101/2020.05.14.20102012
- Kane, P., Garber, J. (2004). The relations among depression in fathers, children's psychopathology, and father-child conflict: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 339–360.

- Kokoszka, A., Jastrzębski, A., Obrębski, M. (2016). Ocena psychometrycznych właściwości polskiej wersji Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-9 dla osób dorosłych. *Psychiatria*, 13(4), 187-193.
- Kopala-Sibley, D. C., Jelinek, C., Kessel, E. M., Frost, A., & Klein, D. N. (2016). Parental depressive history, parenting styles, and child psychopathology over six years: The contribution of each parent;s depressive history to the other's parenting styles. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(10), S133–S134.
doi:10.1016/j.jaac.2016.09.107
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613.
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Delière, D., Mackenbach, J., Anseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatry*, 190(4), 293-298.
- Mazza, C., Ricci, E., Biondi, S., Colasanti, M., Ferracuti, S., Napoli, C., Roma, P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(9), 3165. doi: 10.3390/ijerph17093165
- Moghanibashi-Mansourieh, A. (2020). Assessing the anxiety level of Iranian general population during COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102076
- Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Gibson Miller, J., Hartman, T., & Levita, L. et al. (2020). Anxiety, Depression, Traumatic Stress, and COVID-19 Related Anxiety in the UK General Population During the COVID-19 Pandemic. doi: 10.31234/osf.io/hb6nq
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.

ZAŁĄCZNIK A. Charakterystyka demograficzna próby w poszczególnych falach

Tabela A1. Charakterystyka demograficzna próby w poszczególnych falach

Zmienna	Kategoria	Fale badania							
		Maj (N =1179)		Czerwiec (N =1014)		Lipiec (N =857)		Grudzień (N =688)	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Wiek		44,47	15,77	45,72	15,40	46,20	15,03	47,30	14,89
		N	%	N	%	N	%	N	%
Płeć	Kobieta	586	49,7	488	48,1	400	46,7	315	45,8
	Mężczyzna	593	50,3	526	51,9	457	53,3	373	54,2
Edukacja	Wykształcenie podstawowe	38	3,2	29	2,9	23	2,7	20	2,9
	Wykształcenie zawodowe	110	9,3	99	9,8	89	10,4	72	10,5
	Wykształcenie średnie	378	32,1	314	31,0	263	30,7	209	30,4
	Wykształcenie policealne	123	10,4	98	9,7	83	9,7	64	9,3
	Wykształcenie wyższe	530	44,9	474	46,8	399	46,6	323	47

Miejsce zamieszkania	wieś	443	37,6	384	37,9	327	38,2	270	39,2
	małe miasto (do 20 tys, mieszkańców)	149	12,6	126	12,4	101	11,8	76	11,0
	średnie miasto (od 20 do 99 tys, mieszkańców)	247	20,9	210	20,7	187	21,8	156	22,7
	duże miasto (od 100 do 500 tys, mieszkańców)	204	17,3	177	17,5	141	16,5	103	15,0
	wielkie miasto (powyżej 500 tys, mieszkańców)	136	11,5	117	11,5	101	11,8	83	12,1

M - średnia, SD - odchylenie standardowe

Załącznik B. Szczegółowy opis sytuacji w trakcie czterech fal badania²³

Pierwsza fala badania było przeprowadzona między 4 a 8 maja 2020 roku. Od wykrycia pierwszego przypadku zakażenia koronawirusem w Polsce minęły wówczas dwa miesiące, a od początku lockdownu sześć tygodni. Liczba osób zakażonych koronawirusem przekroczyła 14 tysięcy osób, liczba ofiar śmiertelnych zbliżała się do 700, a około 4 tysięcy osób wyzdrowiało. W mediach eksponowane były informacje o niewystarczającej liczbie przeprowadzanych testów wykrywających obecność koronawirusa (zwłaszcza wśród medyków) oraz opinie ekspertów, że liczba zakażonych może wahać się między 40-50 tysięcy chorych. Od drugiej połowy kwietnia wszyscy Polacy mieli obowiązek noszenia maseczek, ale najbardziej restrykcyjne zalecenia, nakazujące pozostanie w domach (np. zaka rekreacji w lasach i parkach), zostały już zniesione. Więcej mówiono w mediach o kosztach gospodarczych lockdownu, tarczy antykrzysowej i kolejnych terminach odmrażania poszczególnych branż (z początkiem maja przedszkoli i żłobków, galerii handlowych, hoteli). Polska była wśród 4 krajów w Europie, w których liczba zachorowań nie spadała.

Druga fala badania miała miejsce między 4 a 17 czerwca. Minęły 3 miesiące pandemii. Liczba chorych na koronawirusa przekroczyła 28.200, liczba zgonów wyniosła 1200, a 13700 osób wyzdrowiało. Liczba zachorowań nie spadała, a eksperci nie mieli pewności, czy osiągnięty został szczyt zachorowań. W kilku województwach pogorszyła się sytuacja i występowały duże ogniska zakażeń (kopalnie, domy opieki społecznej, szpitale). Jednocześnie trwało tzw. odmrażanie kraju. Prawie wszystkie ograniczenia wprowadzone w celu zahamowania pandemii zostały uchylone. Obowiązywało tylko noszenie maseczek w sklepach, środkach komunikacji, przestrzeniach zamkniętych oraz zachowanie dystansu społecznego, ale coraz mniej osób respektowało te ograniczenia. Chociaż liczba osób zakażonych koronawirusem, w stosunku do stanu sprzed miesiąca, niemal się podwoiła, media komentowały, że „społeczeństwo spontanicznie ogłosiło koniec pandemii”.

²³ Pani Joanna Kowalczyk i Pan Adam Jarosz oraz firma Be Communications (becomms.pl) w ramach działań wolontaryjnych dostarczyli dane dotyczące sytuacji w Polsce do wszystkich fal badania (w maju, czerwcu, lipcu oraz grudniu). Zbieranie informacji poprzedzało każdą falę badania o kilka dni i dalej było kontynuowane w czasie trwania danej fali badania. Obejmowało kilka głównych obszarów dotyczących sytuacji epidemicznej w Polsce i na świecie. Dane statystyczne dotyczące zachorowań zostały zebrane z oficjalnych stron WHO (<https://covid19.who.int/>) i Ministerstwa Zdrowia (<https://www.gov.pl/web/koronawirus/pliki-archiwalne-dane-historyczne>). Dane dotyczące zmian w przepisach i ograniczeniach wprowadzanych przez polski rząd oraz sytuacji polityczno-gospodarczej oraz społecznej zostały zebrane za pomocą wyszukiwarki Google. Obejmowały najbardziej znane polskie serwisy informacyjne i użyto news.google.com jako słowa kluczowego do wyszukiwania.

Trzecia fala badania miała miejsce między 7 a 17 lipca. Minęły 4 miesiące pandemii. Liczba osób zakażonych koronawirusem przekroczyła 38.700, liczba zgonów z powodu tej choroby doszła do 1600 osób, a około 28500 osób wyzdrowiało. Dzienna liczba zachorowań w Polsce cały czas wahała się między 200 a 400 przypadkami. Prasa donosiła o ogniskach zakażeń w pojedynczych szpitalach, zakładach pracy, ośrodkach wypoczynkowych oraz po uroczystościach rodzinnych (weselach, chrzcinach czy pogrzebach). Potrzeba powrotu do normalności była widoczna. Coraz mniej osób dbało o zachowanie reżimu sanitarnego. Zapowiadane było przez Ministra Zdrowia odmrożenie branż, które jeszcze były zamknięte, czyli m.in. przywrócenie masowych imprez. Czas badania w ramach trzeciej fali był silnie naznaczony polityką i drugą turą wyborów prezydenckich. Premier zapewniał, że sytuacja związana z koronawirusem stabilizuje się i jesteśmy w fazie oczekiwania na szczepionkę, która problem definitywnie rozwiąże. Zależnie od rodzaju medium i nadawcy przekazy nt. zagrożenia koronawirusem bywały ze sobą coraz bardziej sprzeczne.

Ostatnia, czwarta fala badania, miała miejsce między 3 a 22 grudnia. W szkołach i na uczelniach obowiązywała od niemal czterech tygodni nauka zdalna. Zamknięte były placówki kultury i sportowe oraz lokale gastronomiczne. Ograniczenia dotyczyły wszystkich publicznych przestrzeni i przemieszczania się. Dzienna liczba zakażeń koronawirusem wahała się między 5 a 6 tysięcy osób. Liczba zgonów dochodziła do 100 osób dziennie, a podawana na dany dzień liczba hospitalizowanych wahała się wokół 20 tysięcy. Zbioreza liczba osób, które wyzdrowiały od początku pandemii wynosiła prawie 870 tysięcy. Po listopadowych przyrostach zakażeń oscylujących wokół 20 tys. dziennie i rekordowej liczbie zgonów (ponad 600 osób dziennie) w ostatnim dniu listopada liczba zakażeń spadła do poziomu z połowy października. Premier oświadczył, że „wygrywamy z epidemią i włączony hamulec bezpieczeństwa przynosi skutki”. Eksperci studzili optymizm, komentując, że spadek zachorowań to efekt weekendu i mniejszej liczby testów. Rósł sceptycyzm co do wiarygodności podawanych przez Ministerstwo Zdrowia danych (zwłaszcza po dodaniu do łącznej liczby zakażonych, „zgubionych” wcześniej 22 tysięcy przypadków). W środę 2 grudnia, po niemal dziewięciu miesiącach od potwierdzenia pierwszego przypadku koronawirusa w Polsce, przekroczona została granica miliona zakażeń. Chodziło tu o wykryte i odnotowane zakażenia, bo łącznie szacowano, że zakażonych w Polsce było przynajmniej 4-5 mln osób, a może i więcej. Ofiarami epidemii były także osoby, które nie zostały zakażone koronawirusem, ale z powodu zapaści w systemie ochrony zdrowia w Polsce nie otrzymały koniecznej pomocy medycznej na czas. Odnotowano, że koronawirusem zaraziło się w sumie

54,5 tys. medyków, czyli 7 proc. wszystkich stwierdzonych w kraju zakażeń. Lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni byli na skraju wyczerpania. Na ulicach w Polsce trwały protesty kobiet, do których dołączyli przedsiębiorcy. Koronawirusem na całym świecie zaraziło się wtedy już ponad 50 milionów osób. Niektóre kraje na świecie rozpoczęły szczepienia przeciw Covid-19 a w Polsce ogłoszono plan szczepień.

Załącznik C. Strategia analizy danych

Ryzyko klinicznego *nasilenia objawów depresji* oraz *nasilenia objawów lęku uogólnionego* zostało zoperacjonalizowane zgodnie z wytycznymi przedstawionymi przez autorów poszczególnych narzędzi badawczych lub ich adaptacji (Kokoszka i in., 2016; Kroenke i in., 2001; Spitzer i in., 2006). W celu sprawdzenia czy prawdopodobieństwo wystąpienia istotnego kliniczne nasilenie objawów depresji i objawów lęku uogólnionego jest podobne w grupie kobiet i mężczyzn, wykorzystano współczynnik ryzyka względnego (RR) oraz iloraz szans (OR; Altman, 1991). Dla współczynnika ryzyka względnego (RR) oraz ilorazu szans (OR) wyznaczono również 95% przedziały ufności (95% CI).

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

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

Załącznik D. Porównanie nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego w różnych grupach wiekowych w czterech falach

Przeprowadzono porównanie różnych grup wiekowych pod względem nasilenia objawów depresji oraz lęku uogólnionego w poszczególnych falach. We wszystkich falach występowały istotne różnice między grupami w nasileniu depresji (Tabela D1). W trzech pierwszych falach występowały istotne różnice między grupami w nasileniu objawów lęku uogólnionego, jednak w ostatniej czwartej fali różnice nie były istotne statystycznie.

Tabela D1. *Analizy wariancji. Porównanie nasilenia objawów depresji i lęku uogólnionego w różnych grupach wiekowych w czterech falach*

	<i>F</i>	wartość p	η^2
Nasilenie objawów depresji w maju	15,997	< 0,001	0,064
Nasilenie objawów lęku uogólnionego w maju	9,645	< 0,001	0,039
Nasilenie objawów depresji w czerwcu	4,414	< 0,001	0,021
Nasilenie objawów lęku uogólnionego w czerwcu	4,047	< 0,01	0,020
Nasilenie objawów depresji w lipcu	4,573	< 0,001	0,026
Nasilenie objawów lęku uogólnionego w lipcu	3,312	< 0,01	0,019
Nasilenie objawów depresji w grudniu	4,957	< 0,001	0,035
Nasilenie objawów lęku uogólnionego w grudniu	1,951	0,084	0,014

W maju osoby w przedziale wiekowym 18-24 lata charakteryzowały się najwyższym poziomem objawów depresji i lęku uogólnionego oraz różniły się istotnie pod tym względem od wszystkich pozostałych grup wiekowych.

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

W pierwszej połowie czerwca osoby w wieku 35-44 lata przejawiały istotnie wyższe nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego od osób w wieku 55-64 i powyżej 64 lat. Natomiast osoby w wieku 18-24 deklarowały wyższy poziom objawów lęku uogólnionego niż osoby powyżej 64 roku życia. W pierwszej połowie lipca osoby w wieku 18-24 lata przejawiały istotnie wyższe nasilenie objawów depresji niż osoby w wieku 45-54 lat i 55-64 lata. Natomiast osoby w wieku 25-34 lata i 35-44 lata przejawiały wyższe nasilenie objawów depresji niż osoby w wieku 45-54 lata. Uczestnicy badania w wieku 18-24 oraz 35-44 lata deklarowali wyższe nasilenie objawów lęku uogólnionego niż osoby wieku 55-64 lata.

W IV fali osoby w wieku 35-44 lata przejawiały wyższe nasilenie objawów depresji niż osoby w wieku 45-54 lata i 55-64 lata. Jednak sprawdzono, że osoby w wieku 35-44 lata, które nie są rodzicami i nie mieszkają razem z dziećmi poniżej 18 roku życia nie różniły się istotnie od pozostałych grup wiekowych w nasileniu objawów depresji w grudniu.

Dodatkowo, porównano nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego dzieląc osoby badane na dwie grupy (osoby powyżej i poniżej 45 roku życia). We wszystkich falach osoby badane w wieku powyżej 45 roku miały wyższe nasilenie objawów depresji i lęku uogólnionego niż osoby młodsze ($p < 0.01$).

Załącznik E. Objawy depresji i lęku a sytuacja materialna

Im wyżej osoby badane oceniały sytuację materialną własnej rodziny tym niższe deklarowały nasilenie objawów depresji i lęku we wszystkich falach badania.

Tabela E1. *Korelacje pomiędzy sytuacją materialną rodziny a nasileniem objawów depresji i lęku uogólnionego w poszczególnych falach badania.*

	Sytuacja materialna rodziny
Objawy depresji w maju	-.143**
Objawy depresji w czerwcu	-.234**
Objawy depresji w lipcu	-.202**
Objawy depresji w grudniu	-.251**
Objawy lęku uogólnionego w maju	-.167**
Objawy lęku uogólnionego w czerwcu	-.220**
Objawy lęku uogólnionego w lipcu	-.201**
Objawy lęku uogólnionego w grudniu	-.267**

** - $p < 0.01$