STUDIA POLITOLOGICZNE VOL. 65
DOI: 10.33896/SPolit.2022.65.2

Emilia Jaroszewska[*], *Małgorzata Ołdak*[**]

Ochrona zdrowia, zdrowie i życie ludzkie jako kluczowe obszary zagrożenia w czasie pandemii COVID-19 w Polsce

Health Protection, Healthand Human Life as Key Areas of Risk During the COVID-19 Pandemic in Poland

Słowa kluczowe: *COVID, służba zdrowia, zdrowie, życie, psychika*

Keywords: *COVID, healthcare, health, life, psyche*

Abstrakt: *W tekście zestawiono bezpośrednie i pośrednie skutki pandemii COVID-19 w obszarze zdrowia, patrząc na nie z perspektywy krótko- i długookresowej. Wyodrębnione w ten sposób pola analizy objęły również takie kwestie jak deficyty utrzymujące się po zakończeniu leczenia czy zdrowotne konsekwencje zmiany stylu życia w wyniku związanych z pandemią ograniczeń lub przejścia na zdalny tryb pracy/nauki. Istotny wątek refleksji stanowi również wpływ pandemii na psychikę Polaków, w odniesieniu do określonych cech społeczno-demograficznych. Szczególnie ważnym tematem wydała nam się kwestia długu zdrowotnego i jego konsekwencji dla zdrowia polskiego społeczeństwa – zarówno w kontekście już stwierdzonych deficytów, jak i problemów, które mogą się dopiero pojawić w przyszłości.*

Abstract: *The text compares the direct and indirect effects of the COVID-19 pandemic in the area of health, looking at them from the short and long-term perspective. The fields of analysis selected in this way also included issues such as deficits persisting after the*

[*] ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-8231-3152. Dr hab., Katedra Polityki Społecznej, Wydział Nauk Politycznych i Studiów Międzynarodowych Uniwersytetu Warszawskiego. Kierownik studiów podyplomowych Specjalista ds. Zarządzania Rehabilitacją. E-mail: emjaroszewska@uw.edu.pl.

[**] ORCID ID: https://orcid.org/0000-0002-0465-5763. Dr, Katedra Polityki Społecznej, Wydział Nauk Politycznych i Studiów Międzynarodowych Uniwersytetu Warszawskiego. E-mail: m.oldak@uw.edu.pl.

end of treatment or the health consequences of lifestyle changes as a result of restrictions related to the pandemic or the transition to a remote work/study. An important thread of reflection is also the impact of the pandemic on the psyche of Poles in relation to specific socio-demographic features. A particularly important topic was the issue of the health debt and its consequences for the health of Polish society – both in the context of already identified deficits and problems that may arise in the future.

Wprowadzenie

Celem opracowania jest refleksja na temat skutków pandemii w obszarze zdrowia Polaków – zarówno tych, które wynikają z działania samego wirusa, jak i tych, które stanowią konsekwencję podejmowanych w ostatnich latach decyzji oraz działań. W związku z pojawieniem się pandemii koronawirusa obserwowane są różnorakie negatywne skutki zdrowotne. Można je podzielić na bezpośrednie i pośrednie oraz bieżące i długofalowe. Ze skrzyżowania tych kategorii wyłaniają się cztery pola analizy: skutki bezpośrednie krótkookresowe, bezpośrednie długookresowe, pośrednie krótkookresowe i pośrednie długookresowe.

Bezpośrednie zdrowotne skutki pandemii COVID-19 to konsekwencje wniknięcia wirusa do organizmu. W perspektywie krótkookresowej mamy tu do czynienia z zagrożeniami wynikającymi ze stanu zainfekowanego pacjenta podczas choroby, a skalę problemów określa jej możliwy przebieg. W perspektywie długofalowej – z mniej czy bardziej trwałymi deficytami utrzymującymi po wyleczeniu.

Pośrednie zdrowotne skutki pandemii to wszystkie zmiany w obszarze zdrowia Polaków, które nie wynikają z działania wirusa na organizm, ale są ubocznym skutkiem pandemii. Obszar ten obejmuje szereg czynników i procesów, a przede wszystkim konsekwencje ograniczenia dostępu do opieki zdrowotnej oraz wpływ stresu i lęku, tudzież zmiany stylu życia i związanych z pandemią ograniczeń na psychikę. W przypadku pośrednich skutków pandemii nie oddzielono w artykule krótko- i długookresowych jej skutków, gdyż analiza materiału pokazała, że mamy tutaj do czynienia z procesami, w których granica ta często się zaciera. Bardziej istotne wydało nam się wskazanie związanych z pandemią czynników warunkujących zdrowie oraz wyodrębnienie dwóch kluczowych obszarów negatywnych zmian – pierwszy z nich dotyczy długu zdrowotnego i nadumieralności, drugi wpływu pandemii na zdrowie psychiczne Polaków. W celu uzupełnienia analizy wskazano też pozostałe.

Główne pytanie badawcze stanowiła kwestia, jak bardzo zdrowotne konsekwencje pandemii wykraczają poza bezpośrednie skutki choroby w wyniku infekcji wirusem SARS-CoV-2, i na ile mogą być one odczuwalne w dłuższej perspektywie. Szukając odpowiedzi na to pytanie przeanalizowałyśmy dane zastane, przede wszystkim raporty z badań prowadzonych przez różne podmioty w zakresie zdrowia Polaków. Punktem wyjścia do analizy zdrowotnych skutków COVID-u była krótka charakterystyka sytuacji w polskiej służbie zdrowia w przededniu pandemii (czyli przed stwierdzeniem pierwszego przypadku infekcji wirusem SARS-CoV-2) oraz informacja na temat głównych kierunków działań. Część ta wydała nam się niezbędna do naświetlenia konsekwencji procesów toczących się w analizowanym okresie oraz obaw związanych z perspektywą najbliższych lat. Gros opracowania zajmuje analiza zmian, jakie pojawiły się we wskazanych powyżej polach, na końcu tekstu podsumowano krótko główne spostrzeżenia i wnioski.

System ochrony zdrowia w Polsce jako bariera w skutecznej walce z pandemią COVID-19

System ochrony zdrowia w Polsce od wielu lat jest w trudnej sytuacji, co przekłada się na jego słabą ocenę, gdyż przeszło połowa Polaków negatywnie ocenia polską służbę zdrowia[1]. Ograniczona dostępność i niska jakość świadczeń wynikają zarówno z niedofinansowania ochrony zdrowia oraz niezbyt efektywnego systemu zarządzania, jak i z procesów demograficznych. Coraz bardziej widoczny jest też rosnący problem braków kadrowych i starzenia się kadr w ochronie zdrowia. W Polsce mamy najniższą w UE liczbę praktykujących lekarzy (2,4) i pielęgniarek (5,1) na 1000 mieszkańców[2]. Widoczne w systemie ochrony zdrowia braki kadrowe dotyczące lekarzy, pielęgniarek, ratowników i diagnostów medycznych, przekładają się na ich liczbę oraz przepracowanie, co ma wpływ zarówno niedostępność jak i jakość udzielanych świadczeń[3]. Powszechne staje

[1] *Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027 z perspektywą do 2030 r.*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021, s. 6, https://www.gov.pl/attachment/4a9bd160-e052-4a52-8fd4-b7c546d556f8 (07.04.2022).

[2] https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b562ffe2-pl.pdf?expires=1648981798&id=id&accname=guest&checksum=081AE3B219306785C0B9D904414DECDE (01.04.2022).

[3] B. Buchelt, J. Kowalska-Babko, T. Masłyk, *Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości*, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2021, s. 12.

się przekonanie, że „polski system ochrony zdrowia zbliża się do granic swoich możliwości reagowania na nowe wyzwania, co grozi jego głęboką zapaścią pod naciskiem zjawisk demograficznych i epidemiologicznych”[4].

Jak wynika z szacunkowych danych GUS – bieżące wydatki na ochronę zdrowia w Polsce w 2020 roku wzrosły o 12% względem roku 2019 i wynosiły 165,7 mld zł[5]. Mimo tego Polska wciąż jest krajem wydającym najmniej na opiekę zdrowotną spośród państw członkowskich Unii Europejskiej (UE), jak i państw należących do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD)[6].

W efekcie m.in. opisanych powyżej problemów w 2018 roku Polska zajmowała 4. miejsce od końca (przed Albanią, Rumunią i Węgrami) w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia (EHCI), w którym poszczególne kraje porównywane są pod względem zabezpieczenia praw pacjenta, czasu oczekiwania na leczenie, wyników leczenia, zakresu i zasięgu świadczeń, profilaktyki oraz dostępności leków[7].

W 2020 roku ten słaby pod względem kadrowym, organizacyjnym i infrastrukturalnym system ochrony zdrowia w Polsce musiał zmierzyć się z wielu nowymi potrzebami w obszarze opieki medycznej i profilaktyki wynikającymi z nadzwyczajnej sytuacji pandemii COVID-19. Nowe wyzwania oznaczały konieczność szybkiego podjęcia działań mających z jednej strony zapewnić opiekę chorym na COVID, z drugiej zaś zminimalizować ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2. Kluczowe znaczenie dla opieki medycznej w okresie pandemii miało przeprofilowanie wybranych placówek na szpitale jednoimienne, specjalizujące się w kompleksowym leczeniu chorych na COVID-19. Dotychczas nie opublikowano pełnych danych charakteryzujących liczbę szpitali pełniących funkcję szpitali jednoimiennych w latach 2020–2022. Wiadomo jednak, że tylko w 2020 roku Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o przekształceniu 22 szpitali w szpitale zakaźne jednoimienne. Dla pacjentów z COVID-19 przygotowano w nich 7424 łóżka szpitalne[8]. Dodatkowo

---

4 Tamże.

5 *Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018–2020*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2021, https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/27/1/1/wydatki_na_ochrone_zdrowia_w_latach_2018-2020.pdf (06.04.2022).

6 https://stats.oecd.org/ (07.04.2022).

7 *Euro Health Consumer Index 2018*. Report, Health Consumer Powerhouse 2019, https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf (08.04.2022).

8 *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2021, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2020-roku,1,11.html (20.02.2022).

przystosowano do opieki nad chorymi na COVID-19 oddziały w innych szpitalach w całej Polsce. Uprawnienia wydawania poleceń szpitalom leżały w gestii wojewodów, w związku z czym sytuacja pacjentów w poszczególnych województwach była różna, co niekoniecznie wynikało ze stopnia zagrożenia epidemicznego[9].

Jednocześnie w początkowym okresie pandemii w bardzo dużym stopniu została zamrożona opieka ambulatoryjna. Ze względu na konieczność opieki nad pacjentami chorymi na COVID-19 oraz ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa, 15 marca 2020 roku Narodowy Fundusz Zdrowia wydał zalecenie o czasowym zawieszeniu lub ograniczeniu do niezbędnego minimum planowych świadczeń medycznych. Alternatywą dla tych działań miały być teleporady. Wprowadzone rozwiązanie ograniczyło dostęp do badań diagnostycznych i mocno odbiło się na leczeniu specjalistycznym, w którym możliwość przeprowadzenia diagnozy za pośrednictwem teleporady jest przeważnie niewystarczająca. Wytyczne te pojawiły się ponownie w październiku 2020 roku w związku z wysoką liczbą przypadków zakażeń wśród personelu medycznego i brakiem miejsc do hospitalizacji chorych na COVID[10].

W grudniu 2020 roku ruszył Narodowy Program Szczepień przeciw COVID-19, zaś wiosną 2021 roku Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) na polecenie Ministra Zdrowia (MZ)[11] opracował kompleksowy program rehabilitacji dla pacjentów, którzy chorowali na COVID-19. Oznaczało to dla polskiej służby zdrowia nowe potężne wyzwania.

Bezpośrednie krótkookresowe skutki zdrowotne pandemii COVID-19

Zgodnie z oficjalnymi statystykami od 4 marca 2020 roku do 30 lipca 2022 roku wirusem SARS-CoV-2 zaraziło się w Polsce 6 069 016 osób[12].

---

9 *Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19 Raport opracowany na podstawie sygnałów kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta za okres od stycznia do września 2020 roku*, Rzecznik Praw Pacjenta, Warszawa, październik 2020, s. 15, 26.

10 P. Żakowiecki, M. Helak, *Usługi publiczne w kryzysie: pandemia w ochronie zdrowia*, Polityka Insight, Warszawa listopad 2020 r., http://www.pte.pl/pliki/2/12/Fundacja_Przyjazny_Kraj_.pdf, s. 49 (14.04.2022).

11 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, Dz.U. z 15 lipca 2020 r. poz. 1246.

12 https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2 (30.07.2022).

Liczba ta nie oddaje jednak rzeczywistej skali pandemii, bo nie wszystkie przypadki były zgłaszane – ze względu na chęć uniknięcia ograniczeń lub brak wiedzy o infekcji przy jej bezobjawowym przebiegu. Krótkookresowe skutki bezpośrednie mogą być różne zależnie od organizmu chorego i wariantu wirusa. Choroba może występować w formie infekcji bezobjawowej, infekcji łagodnej, różnych postaci zaplenia płuc, w tym w części prowadzących do zespołu ostrej niewydolności oddechowej. Najczęstszą postacią kliniczną objawowego zakażenia SARS-CoV-2 jest ciężkie, śródmiąższowe zapalenie płuc charakteryzujące się występowaniem gorączki, kaszlu, duszności oraz obustronnych nacieków uwidocznionych w badaniach obrazowych płuc. Typowe objawy zmieniały się wraz z pojawianiem się kolejnych wariantów SARS-CoV-2, najczęściej była to jednak gorączka (38,5–39,0°C), zmęczenie, duszność, bóle mięśni i stawów, bóle głowy, nieżyt nosa i ból gardła, utrata węchu, biegunka. Średni czas powrotu do zdrowia bez zaburzeń odporności wynosi od dwóch do trzech tygodni. Do czynników zwiększających ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 zaliczono starszy wiek, choroby współistniejące, zwłaszcza choroby układu krążenia (w tym nadciśnienie tętnicze), cukrzyca, choroby nowotworowe, przewlekła niewydolność nerek i przewlekłe choroby układu oddechowego. Powikłania i śmierć występują częściej u osób starszych oraz pacjentów z chorobami współistniejącymi[13].

Bezpośrednie długookresowe skutki zdrowotne pandemii COVID-19

Jak już wspomniano, większość osób zarażonych wirusem SARS-CoV-2 wraca do pełni zdrowia w ciągu kilku tygodni. Zdarzają się jednak przypadki, gdy objawy ustępują tylko częściowo lub, że pacjenci nawet po łagodnym przejściu choroby przez wiele tygodni zgłaszają różnego rodzaju dolegliwości. W odniesieniu do tego typu zjawisk (dolegliwości zgłaszanych przez osoby po przebytym zakażeniu przez ponad 3–4 tygodnie), w literaturze naukowej, pojawiły określenia *long COVID*, *post COVID syndrome* czy PIMS (ang. *Pediatric inflammatory multisystem-*

[13] *Rehabilitacja lecznicza dla osób po chorobie COVID-19*. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Warszawa 2021, s. 3, 14, https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2021/RPT/RAPORT_rekom_art_48aa_Covid_rehabilitacja.pdf (04.04.2022).

syndrome) lub MIS-C (*multisysteminflammatory syndrom in children*). Jak wynika z raportu *Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19* wiele osób po wyzdrowieniu zgłaszało utrzymujące się objawy: zmęczenie (53,1%), duszność (43,4%), ból stawów (27,3%) i ból w klatce piersiowej (21,7%), kaszel (18%)[14]. Do najczęstszych powikłań należą objawy ze strony układu oddechowego i sercowo-naczyniowego, przedłużająca się utrata węchu i/lub omamy węchowe, problemy ze zdrowiem psychicznym, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, utrzymujące się bóle głowy, zmęczenie, osłabienie i bezsenność, zaburzenia czynności wątroby i nerek, zaburzenia krzepnięcia i zakrzepica, stany zapalne, limfadenopatia oraz wysypki skórne. W literaturze znaleźć też można informacje o wypadaniu włosów i problemach układu nerwowego (np. udary, drgawki, zwiększone ryzyko rozwoju choroby Parkinsona i choroby Alzheimera).

Grupą najbardziej zagrożoną skutkami długofalowymi są osoby hospitalizowane, jednak również w przypadku pozostałych pojawiać się mogą problemy wynikające z przebytej choroby. Ze względu na relatywnie krótki czas trwania pandemii wciąż brakuje pełnych danych, które mogłyby pozwolić na ocenę długoterminowych skutków zdrowotnych i psychospołecznych COVID-u.

Wiosną 2021 roku rząd przystąpił do wdrażania kompleksowego programu rehabilitacji pocovidowej. Zgodnie z przyjętymi założeniami celem rehabilitacji była optymalizacja stanu pacjentów poprzez minimalizację powikłań spowodowanych chorobą, odbudowę utraconych funkcji i jak najszybszy ich powrót do codziennego życia.

W ramach świadczeń w trakcie kilkutygodniowego okresu (od 2 do 6 tygodni) osoby, które zakończyły leczenie COVID-19 w ciągu ostatnich 12 miesięcy[15], mogły liczyć na opiekę lekarską i pielęgniarską oraz wsparcie psychologiczne. W zależności od kondycji pacjenta, rehabilitacja mogła być prowadzona w trybie stacjonarnym, uzdrowiskowym, ambulatoryjnym oraz w domu. Jej program opracowany na podstawie indywidualnych wskazań mógł uwzględniać m.in. kinezyterapię ćwiczeń na wolnym powietrzu, inhalacje, terenoterapię, treningi marszowe, hydroterapię, fizykoterapię, balneoterapię, masaż, edukację zdrowotną

[14] A. Carfì, R. Bernabei, F. Landi, for the Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. *Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19*, «JAMA» 2020, nr 324(6), s. 603–605, doi:10.1001/jama.2020.12603 (04.04.2022).

[15] W momencie rozpoczęcia realizacji programu był on adresowany do osób, które zakończyły leczenie COVID-19 w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Później okres ten wydłużono do 12 miesięcy.

i promocję zdrowia, treningi relaksacyjne, leczenie dietetyczne czy wspomaganie rehabilitacyjne schorzeń współistniejących[16].

Program prowadzony był przez podmioty, które miały umowę z NFZ na realizację świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym lub w leczeniu uzdrowiskowym. Za finansowanie odpowiadał NFZ, a środki na ten cel pochodziły z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz z budżetu resortu zdrowia. Obecnie nie są dostępne dane przedstawiające liczbę udzielonych świadczeń w ramach programu oraz szczegółowe dane dotyczące ich skuteczności. Przeprowadzone badania pilotażowe programu rehabilitacji po COVID-19 realizowanego przez Szpital MSWiA im. św. Jana Pawła II w Głuchołazach w okresie od 1 września do 1 stycznia 2021 roku wskazują jednak, że udzielone świadczenia w dużym stopniu wpłynęły na istotny wzrost mierzonej wydolności fizycznej[17].

Pomimo obiecujących wyników oraz istniejącego zapotrzebowania na tego typu świadczenia, zgodnie z poleceniami Ministra Zdrowia z 31 marca 2022 roku w zasadzie z dnia na dzień wstrzymano wydawanie skierowań na rehabilitację pocovidową. Od 5 kwietnia 2022 roku pacjenci posiadający wystawione wcześniej skierowanie, mają prawo do 30 czerwca 2022 roku dokończyć udział w programie. Nowi pacjenci nie otrzymują już skierowań na kompleksowy program rehabilitacji pocovidowej, mogą jedynie (jeśli ich stan zdrowia wskazuje na taką konieczność) skorzystać z rehabilitacji leczniczej finansowanej w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej objętych obowiązującymi umowami z NFZ. Można więc przypuszczać, że okres oczekiwania na te świadczenia ulegnie znacznemu wydłużeniu, mimo tego, że – jak podkreślają eksperci – okres pierwszych dwóch miesięcy po wypisie ze szpitala jest kluczowy w procesie odzyskiwania sprawności utraconej w wyniku COVID-19.

Pośrednie skutki zdrowotne pandemii COVID-19 – obszar I: dług zdrowotny i nadumieralność

W 2020 r., średnie dalsze trwanie życia w Polsce wynosiło 76,6 lat i było o cztery lata krótsze od średniej europejskiej[18]. W porównaniu

16 https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/rehabilitacja-po-covid-19 (27.03.2022).

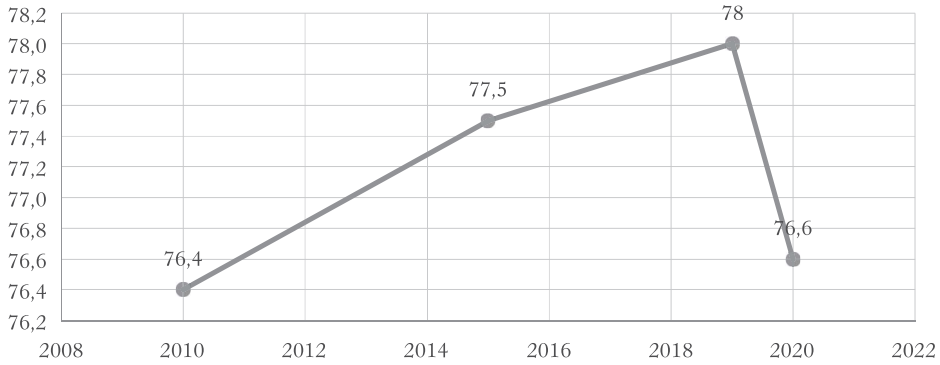
17 *Rehabilitacja lecznicza dla osób po chorobie COVID-19…*, s. 37.

18 *Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2021*, OECD and European Observatory on Health Systems and Policies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/b562ffe2-pl; https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b562ffe2-pl.pdf?expires=1648981798&id=id&accname=guest&checksum=081AE3B219306785C0B9D904414DECDE (03.04.2022).

do 2019 roku długość ta uległa skróceniu o 1,87 roku przede wszystkim w wyniku wysokiej nadumieralności spowodowanej COVID-19[19].

W okresie pandemii wystąpiło zjawisko nadmiernej umieralności, rozumianej jako umieralność przekraczająca poziom przewidywany w standardowych warunkach[20]. Jej badanie pozwala ocenić ogólny wpływ epidemii na umieralność poprzez ukazanie zarówno bezpośredniego obciążenia epidemią, jak i jej wpływu pośredniego na ogólną liczbę zgonów spowodowanych innymi problemami, w tym ograniczeniami w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku innych chorób niezwiązanych bezpośrednio z czynnikiem chorobotwórczym wywołującym epidemię[21].

Wykres 1. Oczekiwana długość życia w Polsce w momencie urodzenia w latach 2010–2020



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Jesienią 2020 roku w Polsce zaobserwowano wzrost liczby zgonów w porównaniu do lat ubiegłych. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) w 2021 roku zmarło 519 517 osób, a zgony spowodowane COVID-19 stanowiły blisko 18% wszystkich zgonów[22]. W porównaniu do roku 2019 oznaczało to wzrost o 67,1 tys., a nadwyżka względem prognozowanej liczby wyniosła około 62 tys.

19 *Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 28 marca 2022 r. w sprawie tablicy średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn*, https://stat.gov.pl/sygnalne/komunikaty-i-obwieszczenia/lista-komunikatow-i-obwieszczen/komunikat-w-sprawie-tablicy-sredniego-dalszego-trwania-zycia-kobiet-i-mezczyzn,285,10.html (30.07.2022).

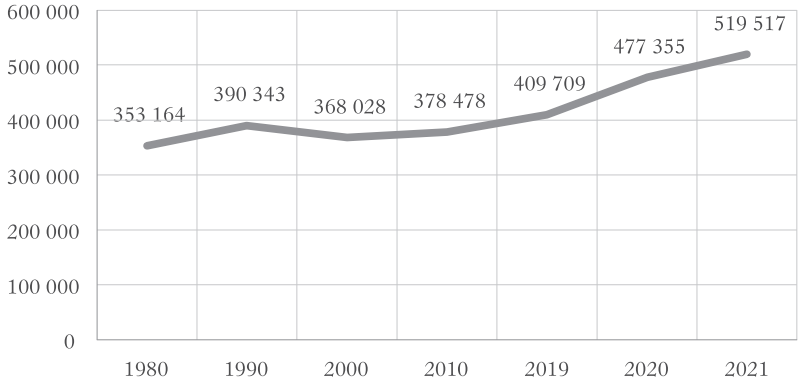
20 R. Murkowski, *Nadmierna umieralność w Polsce podczas pandemii COVID-19 w 2020 roku*, «Wiadomości statystyczne. The Polish Statistician» 2021, vol. 66, nr 7, s. 6–8, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.

21 Tamże, s. 8.

22 *Umieralność w 2021 roku. Zgony według przyczyn – dane wstępne*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2022, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/statystyka-przyczyn-zgonow/umieralnosc-w-2021-roku-zgony-wedlug-przyczyn-dane-wstepne,10,3.html (30.05.2022).

Analiza struktury wiekowej pokazuje, że w poprzednich latach wzrost liczby zgonów dotyczył każdej kategorii wiekowej, natomiast w 2020 roku i 2021 roku nadwyżka wygenerowana została w najstarszych grupach. Niemal połowę nadwyżkowych zgonów ujęto w statystykach jako zgony spowodowane SARS-CoV-2, przy czym w większości osoby te były obciążone chorobami współistniejącymi (82%).

Wykres 2. Zgony w Polsce w latach 1980–2021 według danych GUS



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Przyrost liczby zgonów obserwowany był również wśród osób cierpiących na choroby przewlekłe. Najczęściej były to schorzenia układu krążenia, cukrzyca i choroby neurologiczne. Szczegółowy przyrost liczby zgonów wśród osób cierpiących na choroby przewlekłe przedstawia tabela 1[23].

Tabela 1. Procentowy przyrost liczby zgonów wśród osób z daną chorobą w roku 2020 względem roku 2019

Choroba	Zmiana względem 2019 roku [w %]
Choroby układu krążenia	16,69
Cukrzyca	15,88
Choroby neurologiczne	14,63
Choroby układu trawiennego	13,54
Choroby psychiatryczne	12,69
Choroby płuc	10,33
Nowotwory	4,70

Źródło: *Informacja o zgonach w Polsce w 2020 roku*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021, s. 7 (07.02.2022).

[23] *Informacja o zgonach w Polsce w 2020 roku*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2021, https://www.gov.pl/attachment/489b7a0b-a616-4231-94c7-281c41d3aa30 (07.02.2022).

Analogiczne tendencje zauważyć można było w 2021 roku. Wzrost liczby zgonów w porównaniu do 2020 roku wyniósł ponad 42 tys. Przy czym, podobnie jak w 2020 roku, największy wzrost liczby zgonów odnotowano w starszych grupach wiekowych (11% przypadków dotyczyło osób w wieku 65–74 lat). Główną przyczyną wzrostu liczby zgonów była trwająca pandemia SARS-CoV-2; w 2021 roku liczba osób zmarłych z powodu koronawirusa osiągnęła poziom 91 tys. osób. W porównaniu do pierwszej połowy 2020 roku liczba zgonów z tego powodu wzrosła prawie 37-krotnie[24].

Ponieważ dane statystyczne pozwalają wyjaśnić mniej niż połowę nadwyżki zgonów, badaniem jej przyczyn zajął się Polski Instytut Ekonomiczny. Założono, że na różnicę między poziomem nadmiernej śmiertelności a podawaną w statystykach liczbą zgonów na COVID-19 składają się dwa elementy:

1) niedoszacowanie zgonów covidowych (błędy w sprawozdawczości, nietestowanie zmarłych),
2) zgony wynikające z przeciążenia systemu, czyli brak świadczeń medycznych lub złej jakości świadczenia medyczne (np. nagłe przypadki, zakłócenie procesu leczenia, choroby zbyt późno zdiagnozowane).

Z oficjalnych statystyk nie można się dowiedzieć, jaki udział ma w nadwyżce pierwsza i druga grupa. Przeprowadzono zatem analizę opartą na zestawieniu danych na temat zachorowalności i śmiertelności w perspektywie czasowej. Porównując krzywą nadmiernej liczby zgonów z krzywą oficjalnej liczby zgonów zauważono, że pierwsza z nich jest przesunięta w lewo, co skłoniło badaczy do wniosków, że niewykryte zgony z powodu COVID stanowią mniejszość w badanej nadwyżce. Wnioski te dodatkowo potwierdza silna (w zestawieniu dziennym) korelacja nadmiernej liczby zgonów z liczbą nowych przypadków zachorowań na COVID. Ponieważ ta druga zmienna równoznaczna jest z dużym obciążeniem systemu służby zdrowia, słuszna wydaje się konkluzja, że za nadwymiarowe zgony odpowiedzialne są głównie problemy z dostępem do opieki medycznej[25].

Pojawiające się w okresie pandemii problemy w dostępie do opieki medycznej wynikają z różnych przyczyn, które można podzielić na cztery typy barier:

---

[24] *Umieralność w 2021 roku. Zgony według przyczyn…*

[25] A. Czerwiński, *Nadmierna śmiertelność w Polsce w 2020 r.*, Working Paper nr 1, Polski Instytut Ekonomiczny, Warszawa 2021, https://pie.net.pl/wp-content/uploads/2018/07/PIE_Raport-Smiertelnosc.pdf, s. 6, 16–17 (03.03.2022).

I. bariery ograniczeń systemowych – odgórne decyzje (np. wspomniane wcześniej zarządzenia dotyczące reorientacji niektórych szpitali/oddziałów lub ograniczenia udzielanych świadczeń);
II. bariery po stronie personelu medycznego – ograniczenie świadczonych usług (np. jedynie teleporady)[26];
III. bariery po stronie pacjentów – odkładanie planowanego badania ze względu na unikanie kontaktu ze służbą zdrowia z powodu obawy przed zarażeniem;
IV. przypadki losowe (np. zamknięcie gabinetu/oddziału ze względu na zarażenie pacjentów/personelu).

Kategorie II i III są częściowo ze sobą powiązane. Fakt, że pracownicy służb medycznych byli szczególnie narażeni na infekcję, sprzyjał narastaniu lęku. Przy czym lęk ten pojawiał się zarówno po stronie personelu medycznego, jak i po stronie pacjentów/potencjalnych pacjentów, objawiając się unikaniem kontaktu czy nawet niechęcią (tzw. jatrofobia, która czasem skłaniała nawet do agresji w stosunku do medyków)[27]. Z prowadzonych analiz wynika jednak, że kluczowe znaczenie dla spadku dostępności do opieki medycznej w okresie pandemii miała pierwsza kategoria.

Pandemia COVID-19 niewątpliwie zaburzyła funkcjonowanie wielu sfer życia, w tym wpłynęła w sposób bezpośredni i pośredni na zdrowie i życie ludzkie, m.in. poprzez ograniczenie świadczenia planowych usług opieki zdrowotnej. W odniesieniu do tego zjawiska specjaliści z zakresu ochrony zdrowia zaczęli informować o rosnącym długu zdrowotnym. Na potrzeby niniejszego tekstu przyjęłyśmy, że dług zdrowotny to utrudniony dostęp do efektywnej opieki zdrowotnej, który powstał w konsekwencji niedrożności publicznego systemu zdrowia[28]. Składają się na niego następujące elementy:

- opóźnienie diagnostyki poprzez przesuwanie wizyt lekarskich;
- opóźnienie procesu leczenia poprzez przesuwanie planowanych zabiegów lub ich niedostępność;

---

[26] W podmiotach prywatnych barierę stanowiło też pobieranie dodatkowych opłat (np. tzw. opłaty dezynfekcyjnej, uzasadniane wzrostem wydatków ze względu na stosowanie specjalnych środków ochrony), w publicznej służbie zdrowia nie miały miejsca takie praktyki.

[27] Patrz np.: P. Żakowiecki, M. Helak, *Usługi publiczne w kryzysie…*, s. 60 albo B. Buchelt, J. Kowalska-Babko, T. Masłyk, *Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości*, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2021, s. 12.

[28] https://odpornapolska.pl/szczepienia/pacjenci-kardiologiczni-szczegolnie-narazeni-w-okresie-pandemii-ekspert-ostrzega-dlug-zdrowotny-rosnie (30.05.2022).

- brak dostępności do systemu ochrony zdrowia z uwagi na przeciążenie systemu;
- utrudniony kontakt z lekarzami, a także wspomniane już wcześniej
- obawy i lęk przed kontaktem z przedstawicielami służby zdrowia w okresie pandemii.

O dotkliwości problemu świadczą sygnały zgłaszane do Rzecznika Praw Pacjentów, których liczba wzrosła w 2020 roku o 50% (w początkowym okresie o przeszło 150%), przy czym sygnalizowane problemy dotyczyły przede wszystkim: długiego czasu oczekiwania na specjalistyczne świadczenie (odwoływanie wizyt, często bez wyznaczenia nowego terminu), jakości świadczenia (tu m.in. zastrzeżenia do teleporad), dostępu do badań diagnostycznych (np. odmowa, mimo skierowania), braku informacji na temat możliwości leczenia w nowych warunkach[29]. W szczególnie trudnej sytuacji znaleźli się najstarsi pacjenci. Badania przeprowadzone w 2020 roku Instytut Polityki Senioralnej pokazały, że osoby starsze miały problem z dostaniem się do lekarza POZ. Ponieważ w przypadku tej grupy e-wizyty spotykały się z dużą nieufnością, przeszło 2/3 ankietowanych nie wykonało w ciągu pół roku żadnych badań kontrolnych, albo jedynie podstawowe badanie moczu[30], przy czym jednocześnie spadła ich aktywność fizyczna, a kondycja znacznie się pogorszyła. Informacje na temat utrudnionego dostępu osób starszych do opieki medycznej są szczególnie istotne w świetle danych o ich wysokim udziale w nadwyżce zgonów w roku 2020.

W 2020 roku w Polsce w szpitalach ogólnych hospitalizowano ponad 5,7 mln pacjentów. Wartość ta obniżyła się w porównaniu do roku ubiegłego o 1,7 mln osób, tj. o 23,2%. Przy czym znaczną część ogółu łóżek szpitalnych przeznaczono dla pacjentów z COVID-19. W dniu 31 grudnia 2020 roku na ten cel przeznaczonych było 34 741 czyli około 1/5 ogółu łóżek w szpitalach ogólnych. W tym okresie niemal na wszystkich oddziałach szpitalnych przebywało mniej pacjentów niż w latach ubiegłych. Największy spadek w porównaniu do 2019 roku odnotowano na oddziałach pediatrycznych (o 40,3% czyli 171,2 tys. pacjentów), otorynolaryngologicznych (o 40% czyli 95,7 tys.), dermatologicznych (o 38,2% czyli 21,8 tys. osób mniej), okulistycznych (o 36,3% czyli 89,6 tys. osób), tera-

[29] *Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19 Raport opracowany na podstawie sygnałów kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta…*, s. 15 (14.03.2022).

[30] Badanie przeprowadzone na zlecenie programu społecznego Adamed (1147 badanych), *Potrzeby i zdrowie Seniorów podczas pandemii COVID-19*, Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej, 2021, https://kigs.org.pl/raport-potrzeby-i-zdrowie-seniorow-podczas-covid-19/, s. 9, 13 (02.03.2022).

pii uzależnień (o 33,4% czyli 5,8 tys.) oraz geriatrycznych (o 32,7% czyli 10,6 tys. pacjentów mniej)[31]. W szpitalach psychiatrycznych w 2020 roku leczyło się stacjonarnie 163,7 tys. pacjentów, o 31,5 tys. osób (czyli o 16,1%) mniej niż w poprzednim roku. M.in. ze względu na czasowe ograniczenia w działaniu, dużo mniej osób skorzystało również z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym. Spadek liczby pacjentów w odniesieniu do 2019 roku wyniósł aż 50,1%[32].

Zmniejszenie liczby pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych w okresie pandemii, a tym samym ograniczenie im dostępu do specjalistycznej opieki lekarskiej, niewątpliwie związane było m.in. z „utratą" części dostępnych dotąd łóżek na rzecz leczenia osób z koronawirusem w ramach szpitali zakaźnych jednoimiennych. Przekształcone w tym celu szpitale musiały przenieść swoich dotychczasowych pacjentów, a także odwołać planowane zabiegi operacyjne i planowe przyjęcia do szpitala. Ograniczenie dostępności wynikało też z częściowego zamykania placówek, czyli wyłączenia części oddziałów z realizacji standardowych procedur, co spowodowało pogłębienie problemów kadrowych, bowiem część lekarzy specjalistów wypowiedziało swoje umowy o pracę ze względu na niemożliwość wykonywania przez nich swojego zawodu w ramach posiadanej specjalizacji.

W 2020 roku odnotowano także wzrost średniego czasu dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Mediana tego czasu w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców wzrosła we wszystkich województwach i niemal we wszystkich w przypadku obszarów poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców[33]. Mogliśmy również zaobserwować zmniejszenie ilości procedur diagnostycznych i terapeutycznych w odniesieniu do chorób sercowo-naczyniowych, które są najczęstszymi przyczynami zgonów możliwych do uniknięcia.

Pandemia przyczyniła się do ograniczenia dostępu do świadczeń medycznych w przypadku chorych na nowotwory. Badania realizowane w 2020 i 2021 roku przez Fundację Onkologiczną ALIVIA pokazują, że 40% ankietowanych pacjentów onkologicznych miało problem w skontaktowaniu się z lekarzem, a u 20% zamknięto oddział. Jednocześnie w przypadku blisko 1/3 odroczono lub odwołano badania, przy czym u 13% respondentów zdarzyło się to kilkakrotnie; osoby te nie otrzymywały

[31] *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2021, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2020-roku,1,11.html (20.02.2022).

[32] Tamże.

[33] Tamże.

informacji na temat możliwości kontynuacji leczenia[34]. Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że nastąpił spadek liczby interwencji chirurgii onkologicznej o 15%[35] i wstrzymanie realizacji badań przesiewowych w kierunku raka w okresie kwiecień–maj 2020 roku. Badania wznowiono, jednak ich realizacja pozostała na niższym poziomie. Ograniczono również świadczenie usług diagnostycznych, przy czym w niektórych obszarach spadek liczby badań w stosunku do roku 2019 był bardzo wyraźny (np. kolonoskopia o 42%, endoskopia o 36%[36], cytologia o 50%, mammografia o 39%)[37]. Różnice te wynikały z przemianowania oddziałów onkologicznych na zakaźne (pierwsza fala), ale także z przesunięcia personelu medycznego (np. anestezjologów)[38] na oddziały covidowe (kolejne fale). W wyniku tych ograniczeń w 2020 roku liczba nowo rozpoznanych nowotworów w Polsce zmniejszyła się o 19% w porównaniu z rokiem poprzednim. Spadek ten jest szczególnie niepokojący z punktu widzenia skutków długofalowych, oznaczać bowiem może w przyszłości duży wzrost liczby osób w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej[39].

Pośrednie skutki zdrowotne pandemii COVID-19 – obszar II: wpływ pandemii na zdrowie psychiczne Polaków

Na temat wpływu pandemii na zdrowie psychiczne Polaków przeprowadzono wiele badań, realizowanych zarówno przez instytucje naukowe

---

[34] *Doświadczenie choroby onkologicznej w czasie epidemii perspektywa pacjentów*, Alivia – Fundacja Onkologiczna 2021 (Badanie realizowane w dniach 11–26.05.2021, N-331), https://alivia.org.pl/wp-content/uploads/sites/10/2021/06/Doswiadczenie-choroby-onkologicznej-w-czasie-epidemii.Raport-Kantar.pdf, s. 19 (12.02.2022).

[35] *Polska: profil systemu ochrony zdrowia 2021*, OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, 2022, https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b562ffe2-l.pdf (10.03.2022).

[36] *Doświadczenie choroby onkologicznej w czasie epidemii perspektywa pacjentów…*, s. 19.

[37] *Dane na temat cytologii i mammografii dotyczą okresu marzec-wrzesień 2020*, [patrz:] *Wpływ pandemii Covid-19 na system opieki onkologicznej*, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, Raport 2021, https://medtech-polska.org/wp-content/uploads/2021/08/2021_07_14_NIO_Raport-Wplyw-pandemii-COVID-19-na-system-opieki-onkologicznej.pdf (12.04.2022).

[38] B. Jagielska, *Wyzwania związane z procesem diagnostyki raka jelita grubego w okresie pandemii COVID-19 z perspektywy praktyki klinicznej ośrodka referencyjnego*, [w:] *Wyzwania diagnostyki i leczenia raka jelita grubego*, AMGEN 2021, s. 34–35, https://innowo.org/userfiles/publikacje/RAPORT-rak%20jelita-www.pdf (11.06.2022).

[39] *Doświadczenie choroby onkologicznej w czasie epidemii perspektywa pacjentów…*, s. 43.

jak i firmy komercyjne związane np. z rynkiem pracy czy ubezpieczeniami. Analizując wyniki tych badań zauważyć można rozbieżności, zależnie bowiem od przyjętej metody badawczej i sposobu formułowania pytań, uzyskane wyniki nieco się różnią. Z wszystkich raportów wynika jednak wyraźnie, że stan psychiczny Polaków w dobie pandemii pogorszył się, a jednocześnie dają się wychwycić pewne wspólne tendencje.

Podczas badania CBOS-u w czerwcu 2020 roku 2/3 respondentów przyznało się do strachu (20% duże obawy) przed koronawirusem[40], a w badaniach realizowanych przez Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk i Uniwersytet SWPS[41] 26% respondentów stwierdziło, że „czasami ich stan lęku spowodowanego sytuacją jest bliski paniki". Informacje o atakach paniki można też znaleźć w raporcie Human Power „Stresoodporni", w którym wykazano, że 80% respondentów po roku od wybuchu pandemii nadal doświadcza takich stanów. Co ciekawe, odsetek osób odczuwających stres wzrósł w ciągu roku z 57,6 do 68%, a 40% badanych stwierdziło, że ich stan psychiczny przez te miesiące się pogorszył[42]. W badaniach realizowanych przez Kantar dla Axa 1/3 badanych zauważyła pogorszenie stanu psychicznego u siebie lub bliskich osób, zaś 1/2 badanych przyznała, że przed pandemią czuła się lepiej[43].

Wzrost zaburzeń zdrowia psychicznego potwierdzają również liczby pacjentów. Dane Zakładu Ubezpieczeń Społecznych pokazują, że w pierwszym półroczu 2020 roku liczba dni absencji chorobowej z powodu problemów psychicznych wzrosła w stosunku do 2019 roku, a zaburzenia psychiczne znalazły się na drugim miejscu rankingu powodów zwolnienia z pracy (L4)[44]. Podobną tendencję zaobserwowano w badaniu realizo-

---

40 D. Penkala-Gawęcka, *COVID-19, niepewność, lęk i nadzieja. W poszukiwaniu skutecznego leku*, «Lud» 2020, t. 104, s. 194.

41 Badania prowadzone w dniach 23–24 marca 2020 r. na grupie (reprezentatywnej) 1098 osób – E. Sideris, *Człowiek w sytuacji zagrożenia COVID-19*, «Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka» 2021, vol. XLIII, nr 2, s. 40.

42 Na podstawie raportu *Stresodporni – odporność psychiczna polskich organizacji 2020* (badanie przeprowadzone w II i IV kwartale 2020 roku, 1389 respondentów), [za:] *Zdrowie psychiczne Polaków – jak po roku (nie)radzimy sobie z pandemią COVID-19*, https://www.wolterskluwer.com/pl-pl/news/zdrowie-psychiczne-polakow-jak-po-roku-nie-radzimy-sobie-z-pandemia-covid-19 (11.01.2022).

43 Tutaj wyniki są sprzeczne, bo jednocześnie około 70% badanych oceniło swoje samopoczucie jako dobre. Badanie realizowane 29.07.–2.08.2020, N – 1000; *Zdrowie psychiczne Polaków w czasach pandemii COVID-19*, raport KANTAR dla AXA, https://www.uniqa.pl/files/public/uploads/aktualnosci/Zdrowie_psychiczne_Polakow_w_czasie_pandemii_COVID19_Raport_Kantar_dla_AXA_05.08.2020-3.pdf, s. 7, 27, 28 (27.02.2022).

44 E. Sideris, *Człowiek w sytuacji zagrożenia COVID-19…*, s. 43.

wanym przez PMR, które wykazało, że również w pierwszej połowie 2021 roku zwiększyła się liczba pacjentów cierpiących na depresję i lęki[45].

Bardziej szczegółowe informacje na temat samopoczucia Polaków znaleźć można w analizach dotyczących konkretnych zaburzeń i ryzyk. W badaniu kierowanym przez Małgorzatę Gambin realizowanym na Wydziale Psychologii UW sprawdzano nasilenie objawów depresji oraz lęku uogólnionego w maju, czerwcu, lipcu i grudniu 2020. Najwyższe wyniki osiągnęły obserwowane wskaźniki w pierwszym i ostatnim okresie, przy czym w grudniu w grupie ryzyka klinicznego nasilenia objawów zespołu lęku uogólnionego znajdowało się 25,5% respondentów mężczyzn oraz 31,4% respondentów kobiet, a w grupie klinicznego nasilenia objawów depresji – 23,9% mężczyzn oraz 28,9% kobiet[46]. Podobne w przypadku depresji, a jeszcze wyższe w przypadku lęku wartości uzyskano w realizowanym również pod auspicjami WPUW badaniu „Stres i zaburzenia adaptacyjne", gdzie objawy depresji relacjonowało 26%, lęku uogólnionego – 44%, a PTSD – 2,4% badanych. Jednocześnie stwierdzono, że epidemia była we wczesnej fazie silnym stresorem dla 3/4 respondentów, a blisko połowa badanych wykazywała nasilone objawy zaburzenia adaptacyjnego, przejawiające się zakłóceniami funkcjonowania i permanentnym skupieniem na sytuacji stresowej[47]. Bardzo podobne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym przez Mateusza Babickiego i Agnieszkę Mastalerz-Migas – do objawów lęku o różnym natężeniu przyznało się w nich 71% respondentów, a w przypadku 44% zauważono zespół lęku uogólnionego (dla porównania – przed pandemią ok. 1% polskiego społeczeństwa)[48].

---

[45] M. Marszałek, *Pacjenci z większą świadomością zdrowotną – rynek psychiatrii czeka silny wzrost*, 23 sierpnia 2021, https://healthcaremarketexperts.com/dane-i-analizy/pacjenci-z-wieksza-swiadomoscia-zdrowotna-rynek-psychiatrii-czeka-silny-wzrost (22.12.2021).

[46] M. Gambin i in., *Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19. Raport z badań podłużnych* (Raport 13 z badania przeprowadzonego na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego podczas epidemii COVID-19 w 2020 r., maj: N-1179, czerwiec: N-1014, lipiec: N-857 i grudzień: N-688 2020), https://covid.psych.uw.edu.pl/raporty/, s. 2, 8–9 (14.02.2022).

[47] *Stres i zaburzenia adaptacyjne w czasie pandemii COVID-19*, Raport nr 14 z badania przeprowadzonego na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego podczas epidemii COVID-19 w 2020 r. (badanie realizowano na przełomie marca i kwietnia 2020 r., N = 1742), https://covid.psych.uw.edu.pl/raporty/

[48] M. Babicki, A. Mastalerz-Migas, *Występowanie zaburzeń lękowych wśród Polaków w dobie pandemii COVID-19*, «Psychiatria Polska» 2020, nr 188, s. 1–13 (badanie realizowano w okresie 17.04–24.04.2020 N – 2457. W badaniach zastosowano skalę GAD), http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/onlinefirst/Babicki_PsychiatrPolOnlineFirstNr188.pdf (14.02.2022).

Na zły stan psychiczny Polaków w dobie pandemii wskazywały też inne negatywne oznaki. Niepokojące wyniki uzyskano przykładowo w badaniach Zakładu Teorii i Badań Praktyk Społecznych Wydziału Nauk Społecznych Uniwersytetu Adama Mickiewicza[49], w których do pogorszenia kondycji psychofizycznej przyznała się 1/3 respondentów, przy czym wskazywali oni na następujące emocje: lęk (50,6%), niepewność/niepokój (41,5%), bezsilność, brak nadziei (30,9%), złość (25,9%), smutek (13,7%). W badaniu Stresodporni wspominano o problemach ze złością oraz agresywnymi reakcjami, które wcześniej nie miały miejsca (46,39%) oraz problemach z zasypianiem i niepożądanym budzeniem się w nocy (blisko 1/2)[50]. W innych raportach pojawiają się wzmianki o nadmiernej nerwowości, bólach głowy oraz zaburzeniach obsesyjnych na bazie zaleceń dotyczących higieny i dezynfekcji (np. przesadna dezynfekcja) tudzież tendencji do nadmiernej obserwacji własnego organizmu[51] (np. ciągłe pomiary saturacji lub temperatury).

Czynniki mające negatywny wpływ na stan psychiczny Polaków

Z analizy raportów i publikacji wynika, że podczas pandemii na stan psychiczny polskiego społeczeństwa oddziaływały różne elementy. Czynniki mające negatywny wpływ na samopoczucie Polaków można podzielić na trzy grupy:

I. obawy związane z COVID-em,
II. obawy związane z bezpieczeństwem socjalnym,
III. zdrowotne koszty zmian wynikających z *lockdownu*.

W pierwszej grupie czynników kluczowe znaczenie odgrywał strach przed zarażeniem się i chorobą (swoją lub bliskich). Dodatkowym stresorem była też niepewność w kwestii możliwości leczenia. Przykładowo w badaniach PAN i SWPS na pierwszych trzech miejscach rankingu lęków Polaków związanych z pandemią znalazły się obawy dotyczące: zbyt szybkiego rozprzestrzeniania się wirusa na skutek niestosowania się innych ludzi do zaleceń (75%), przepełnionych szpitali i niewydolnego

[49] Badania realizowane w dniach 19–24 marca 2020 na grupie (niereprezentatywnej) 1294 osób w wieku 24–44 lat w ramach projektu „Życie codzienne w czasach pandemii" – E. Sideris, *Człowiek w sytuacji zagrożenia COVID-19…*, s. 40.

[50] *Stresodporni – odporność psychiczna polskich organizacji 2020…*

[51] J. Heitzman, *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*, «Psychiatria Polska» 2020, nr 54 (2), s. 187–198, http://www.psychiatriapolska.pl/uploads/images/PP_2_2020/187Heitzman_PsychiatrPol2020v54i2.pdf (14.02.2022).

systemu służby zdrowia (73%) oraz zachorowania bliskiej osoby – 72% (o dziwo własne zarażenie uplasowało się dalej w rankingu – 59%[52]). Podobne wartości osiągnęła obawa o zdrowie swoje lub bliskich również w badaniach komercyjnych – np. Alofarm – 71,9%[53], Kantar dla Axa – 76–80%[54], co wskazuje na duże znaczenie tego obszaru lęków.

W drugiej grupie czynników należy umieścić wszystkie zmiany prowadzące (lub mogące potencjalnie prowadzić) do pogorszenia sytuacji materialnej – utrata pracy, obawy utraty pracy, ryzyko bankructwa firmy, problemy finansowe wynikające z niższych dochodów (np. zmniejszenie liczby godzin pracy lub ograniczenie działalności gospodarczej firmy). Z analizy wybranych badań można wywnioskować, że w okresie pandemii Polacy bali się utraty pracy i problemów finansowych (np. Alofarm odpowiednio: 33% i 38%)[55], kryzysu gospodarczego (np. PAN i SWPS – 71%)[56], niekorzystnych perspektyw na przyszłość (Kantar dla AXA – 70%)[57].

W trzeciej grupie czynników wskazać można wszystkie konsekwencje wprowadzanych w związku z pandemią obostrzeń. Obostrzenia oznaczały w niektórych okresach wiele negatywnych konsekwencji (np. w badaniach UAM blisko 60% respondentów wskazało na konieczność rezygnacji z ulubionych aktywności i rutyn[58]). Kluczowym stresorem w tym obszarze była jednak izolacja lub ograniczenie kontaktów ze znajomymi i rodziną, którą badani wskazywali jako jeden z głównych powodów obniżenia samopoczucia (np. badania Alofarm – 60,8%)[59]. Z problemem izolacji łączyła się kwestia zdalnej pracy/nauki, która niosła za sobą dodatkowe elementy

---

52 Badania prowadzone w dniach 23–24 marca 2020 r. na grupie (reprezentatywnej) 1098 osób – E. Sideris, *Człowiek w sytuacji zagrożenia COVID-19…*, s. 40.

53 *Polacy rok po wybuchu pandemii SARS-CoV-2*, raport czerwiec 2021, Badanie Fundacji Aflofarm, https://www.aflofarm.com.pl/media/filer_public/62/df/62df6272-14e6-49be-822a-91ea15445bc1/polacy_rok_po_wybuchu_pandemii_SARS-CoV-2_-_raport_fundacji_aflofarm.pdf, s. 15 (8.01.2022).

54 *Zdrowie psychiczne Polaków w czasach pandemii COVID-19*, raport KANTAR dla AXA…, s. 7, 27, 28.

55 *Polacy rok po wybuchu pandemii SARS-CoV-2…*, s. 15.

56 Prowadzone w dniach 23–24 marca 2020 r. na grupie (reprezentatywnej) 1098 osób – E. Sideris, *Człowiek w sytuacji zagrożenia COVID-19…*, s. 40.

57 *Zdrowie psychiczne Polaków w czasach pandemii COVID-19*, raport KANTAR dla AXA…, s. 7, 27, 28.

58 Badania realizowane w dniach 19–24 marca 2020, na grupie (niereprezentatywnej) 1294 osób w wieku 24–44 lat w ramach projektu „Życie codzienne w czasach pandemii" – E. Sideris, *Człowiek w sytuacji zagrożenia COVID-19…*, s. 40.

59 *Polacy rok po wybuchu pandemii SARS-CoV-2…*, s. 15.

obciążające. Państwowa Inspekcja Pracy zauważyła, że osoby zatrudnione w trybie zdalnym pracują zwykle dłużej, nierzadko w późnych godzinach, co powodować może trudności z koncentracją oraz rozdrażnienie, wzmagane przez poczucie dyskomfortu w wyniku pracy w mniej ergonomicznych warunkach (bóle pleców, głowy czy nadgarstka), przy czym na stan ten nakłada się dodatkowo niższa odporność na stres wynikająca w braku aktywności fizycznej[60]. W raporcie Polskiego Stowarzyszenia HR stwierdzono, że zdalna praca wpłynęła pozytywnie na poczucie autonomii pracowników oraz wzajemny wzrost zaufania pracowników i pracodawców, ale jednocześnie niekorzystnie ograniczyła kontakty i zachwiała balans pomiędzy życiem zawodowym i prywatnym[61]. Podobne konsekwencje miała zdalna nauka, która skutkowała przeciążeniem obowiązkami szkolnymi przy jednoczesnym braku ruchu i kontaktów rówieśniczych. Pisząc o konsekwencjach wprowadzanych w związku z pandemią obostrzeń dla zdrowia psychicznego warto pamiętać, że również w tym obszarze dodatkowym czynnikiem negatywnym był ograniczony dostęp do opieki medycznej i wsparcia. Pomoc potrzebującym stała się w tej sytuacji szczególnie trudna, bo bezpośredni kontakt z lekarzem terapeutą ma istotne znaczenie w budowaniu relacji, która jest podstawą skutecznego leczenia zaburzeń psychicznych.

Stan psychiczny a cechy społeczno-demograficzne i sytuacja życiowa

Z badań wynika, że istotny wpływ na odbiór sytuacji wynikających z pandemii oraz dobrostan psychiczny miały cechy społeczno-demograficzne jednostki oraz jej sytuacja życiowa. Istotne znaczenie odegrały takie zmienne jak wiek, płeć, praca i sytuacja materialna, sytuacja rodzinna, a wreszcie osobowość i stan psychiczny przed pandemią. Ze względu na swoją złożoność pierwsza zmienna omówiona zostanie nieco szerzej, pozostałe zaś jedynie zasygnalizowane.

Czynnikiem wyraźnie odbijającym się na percepcji pandemii była płeć. We wszystkich analizowanych raportach i badaniach kobiety osią-

[60] *Świadectwo pracy. Ograniczenie obciążeń psychicznych spowodowanych pandemią*, Państwowa Inspekcja Pracy, Warszawa 2021, s. 12–13, https://www.pip.gov.pl (6.11.2021).

[61] M. Tomaszewska, J. Domienik, *Profilaktyka i dług zdrowotny w okresie pandemii*, [w:] *Kapitał Zdrowia 2020. Pandemia: punkt zwrotny dla benefitów pracowniczych*, raport Polskiego Stowarzyszenia HR oraz Związku Przedsiębiorców i Pracodawców, s. 49–50, https://hrstowarzyszenie.pl/kapital-zdrowia (26.11.2021).

gały wyniki wskazujące na gorszy stan psychiczny. Wśród kobiet wyższy był odsetek osób uskarżających się na długotrwały stres[62], częściej martwiły się sytuacją (o swoich bliskich, z powodu ryzyka utraty pracy), częściej cierpiały na bóle głowy i były bardziej nerwowe. Więcej kobiet niż mężczyzn znajdowało się w grupie ryzyka klinicznego nasilenia objawów zespołu lęku uogólnionego[63], a jednocześnie osiągało wyższe wyniki w skali objawów depresyjnych[64]. Jednocześnie wielu badaczy podkreślało, że kobiety szczególnie ciężko znosiły izolację i brak kontaktów. Analogiczną tendencję zaobserwowano w przypadku chłopców i dziewcząt[65].

Czynnikiem mocno różnicującym reakcję na pandemię był również wiek, przy czym zależnie od fazy życia na pierwszy plan wysuwały się inne problemy i stresory. Największe trudności z funkcjonowaniem w warunkach izolacji miały dzieci i nastolatki. Liczne badania prowadzone w szkołach potwierdzają negatywny wpływ zdalnego nauczania na samopoczucie uczniów. Wartości w poszczególnych wynikach się różnią, ale pokazują istotny odsetek osób, a najobszerniejsza chyba analiza – przygotowana na zlecenie MEN-u przez Instytut Profilaktyki Zintegrowanej – wskazuje, że zwiększona intensywność trudnych emocji dotyczy ok. 40% chłopców i 50% dziewcząt[66]. W świetle dostępnych raportów można stwierdzić, że młodzież uskarżała się na zamknięcie w domu, brak ruchu, ograniczenie kontaktów z rówieśnikami (które dla tej grupy wiekowej są szczególnie istotne) oraz zmęczenie informacjami dotyczącymi epidemii[67], przy czym wspominano takie objawy jak bóle brzucha

62 *Polacy rok po wybuchu pandemii SARS-CoV-2…*, s. 25.

63 M. Gambin i in., *Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19…*, s. 2, 8–9.

64 Badanie realizowane w dniach 6–26 maja 2020 roku, N – 423, od 0 do 21 na skali lęku oraz od 0 do 19 na skali depresji. N. Budzyńska, J. Moryś, *Poziom objawów lęku oraz depresji w trakcie izolacji związanej z pandemią „korona wirusa" – wirusa SARS-CoV-2 w określonych grupach społecznych*, «Polskie Forum Psychologiczne» 2021, t. 26, nr 4, s. 437, 439–440.

65 *Polacy rok po wybuchu pandemii SARS-CoV-2…*, s. 7.

66 Różne badania, łącznie objęły grupę 11 326 respondentów – Sz. Grzelak, D. Żyro, *Jak wspierać uczniów po roku epidemii? Wyzwania i rekomendacje dla wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego*. Raport oparty na wynikach badań, przeprowadzonych wśród uczniów, rodziców i nauczycieli w okresie 04.2020–01.2021, Warszawa, 28.02.2021, s. 16–29, https://kuratorium.katowice.pl/index.php/wazne/raport-jak-wspierac-uczniow-po-roku-epidemii/ (16.02.2022).

67 Z. Kozański, *Zdalna edukacja w opiniach młodzieży łódzkich liceów. Radzenie sobie z nauką oraz kondycja psychiczna uczniów w okresie epidemii, izolacji społecznej i zdalnego nauczania, raport z badań*, Poradnia dla Młodzieży, wrzesień 2020, s. 30–32, https://pppdm.edu.lodz.pl/uncategorized/3572/ (28.10.2021).

lub głowy, bezsenność, brak energii, brak motywacji, smutek, rezygnacja, lęk, poczucie osamotnienia, frustracja, irytacja[68]. Jednocześnie pojawiły się sygnały, że w związku z wydłużeniem czasu spędzanego przez dzieci w Internecie i spadkiem kontroli, nastąpiło przeniesienie przemocy do sieci[69] (przykładowo wyniki badań IPZIN pokazały, że w listopadzie i grudniu 2020 wskaźniki cyberprzemocy osiągnęły dwukrotnie wyższy poziom niż w czerwcu)[70]. Połączenie tych czynników zwiększyło ryzyko zachowań suicydalnych, o czym świadczyć mogą np. wyniki analiz prowadzonych przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę (2,9% respondentów próbowało w pierwszym okresie pandemii popełnić samobójstwo, a 4,4% nie odpowiedziało na to pytanie, co również można uznać za niepokojący sygnał)[71], albo badania koordynowane przez Beatę Rajbę z Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, w których nasilone objawy depresji zauważono u 44%, a myśli samobójcze u 20% nastoletnich respondentów[72]. Niektórzy z autorów podkreślają ponadto, że w kolejnych falach epidemii stan psychiczny dzieci i młodzieży jeszcze się pogorszył[73]. Trzeba też pamiętać, że grupa ta znajduje się w fazie rozwojowej, a więc jest szczególnie narażona na negatywne oddziaływania, co może oznaczać problemy w obszarze zdrowia psychicznego w dłuższej perspektywie.

Grupą bardziej narażoną na stres byli także młodzi dorośli, na co wskazują badania koordynowane przez Małgorzatę Gambin. Właśnie osoby w wieku 18–24 lata najgorzej zniosły pierwszą falę pandemii (szczególne nasilenie objawów depresji i lęku), jednak wraz z upływem czasu ich stan się poprawił[74]. Wyraźny spadek samopoczucia młodych

---

68 Patrz np. J. Pyżalski, *Analiza potrzeb dotycząca metodyki działań profilaktycznych prowadzonych w sposób zapośredniczony w czasie lockdownu spowodowanego pandemią COVID-19 (ekspertyza)*, s. 3, https://docplayer.pl/204314072-Analiza-potrzeb-dotyczaca-metodyki-dzialan-profilaktycznych-prowadzonych-w-sposob-zaposredniczony-w-czasie-lockdownu-spowodowanego-pandemia-covid-19.html (16.02.2022) oraz Sz. Grzelak, D. Żyro, *Jak wspierać uczniów…*.

69 A. Kiełczewska, *Cyberprzemoc w czasach zarazy*, www.e-pedagogika.pl, https://epedagogika.pl/cyberprzemoc-i-zagrozenia-w-internecie/cyberprzemoc-w-czasach-zarazy-4101.html (16.02.2022).

70 Sz. Grzelak, D. Żyro, *Jak wspierać uczniów…*, s. 26.

71 *Negatywne doświadczenia młodzieży w trakcie pandemii*, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, s. 44, https://fdds.pl/co-robimy/raporty-z-badan/2020/negatywne-doswiadczenia-mlodziezy-w-trakcie-pandemii-2020.html (17.10.2021).

72 E. Sideris, *Człowiek w sytuacji zagrożenia COVID-19…*, s. 42.

73 Sz. Grzelak, D. Żyro, *Jak wspierać uczniów…*, s. 16–29.

74 M. Gambin i in., *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego*, s. 14–15, 24,

dorosłych zauważono też w badaniach przeprowadzonych na UMCS w Warszawie. Wynika z nich, że w konsekwencji pandemii pogorszyło się samopoczucie 66,2% badanych pracowników oraz 68% studentów, ale aż 1/3 studentów odczuwała potrzebę skorzystania z pomocy psychologicznej (w przypadku pracowników – 15%), przy czym szczególnie często istotne pogorszenie samopoczucia zauważono u studentów pierwszego roku studiów licencjackich. Kluczowe znaczenie wydaje się tu mieć dużo większa w przypadku tej grupy potrzeba w zakresie częstotliwości kontaktów towarzyskich, gdyż na deficyty w tym obszarze narzekało blisko 50,9% studentów (w przypadku pracowników – 33,8%)[75].

Istotne znaczenie dla percepcji pandemii miała sytuacja rodzinna. W pierwszej fazie pandemii największe pogorszenie samopoczucia zaobserwowano w grupie osób mieszkających samotnie i/lub żyjących w związkach nieformalnych, przy czym *dystres* w grupie rozwiedzionych był mniejszy i nie stwierdzono wyraźnych różnic w przypadku wdowców[76]. Wynika to w dużym stopniu z faktu, że osoby młode, mieszkające samotnie, szczególnie mocno odczuły wynikające z *lockdownu* ograniczenie kontaktów ze znajomymi. Podczas kolejnej fali pandemii grupą najbardziej dotkniętą kryzysem stali się rodzice, przy czym czynnikiem negatywnie wpływającym na ich samopoczucie były głownie wyzwania związane z nauką zdalną dzieci[77]. W okresach zamknięcia szkoły zostali oni mocno obciążeni dodatkowymi obowiązkami, a jednocześnie pozbawieni ewentualnego wsparcia ze strony dziadków, gdyż w związku z ryzykiem zarażenia wirusem kontakty między wnukami a dziadkami zostały mocno ograniczone. Sytuacja ta (obok braku prywatności i trudnych relacji) odbiła się na stanie psychicznym rodziców, co pokazały badania koordynowane przez Małgorzatę Gambin, w których zauważono wyższe niż u pozostałych respondentów nasilenie objawów depresji i lęku w grupie rodziców dzieci (w wieku do 18. roku życia) w grudniu 2020 roku,

---

http://psych.uw.edu.pl/wp-content/uploads/sites/98/2020/05/Uwarunkowania_objawow_depresji_leku_w_trakcie_pandemii_raport.pdf (14.02.2022).

75 Badania realizowane przez zespół pod kierunkiem dr hab. Andrzeja Kapusty w dniach 8.12–30.12. 2020 – 148 pracowników oraz 1448 studentów. *Sprawozdanie z badań pt. Uniwersytet w czasie pandemii realizowanych w ramach projektu Przyjazny Uniwersytet*, Lublin 2020, s. 12–16, https://phavi.umcs.pl/at/attachments/2021/0508/103111-sprawozdanie-z-badan-pt-uniwersytet-w-czasie-pandemii-w-ramach-projektu-przyjazny-unwesytet.pdf (06.03.2022).

76 M. Gambin i in., *Uwarunkowania objawów depresji i lęku…*, s. 17–18.

77 *Zdrowie psychiczne Polaków w czasach pandemii COVID-19*, raport KANTAR dla AXA…, s. 22–25.

a więc w okresie, kiedy szkoły funkcjonowały w trybie zdalnym[78]. Zespół kierowany przez Rafała Bakalarczyka zwrócił z kolei uwagę na fakt, że w szczególnie ciężkiej sytuacji byli opiekunowie osób starszych – ich obciążenia w czasie pandemii wzrosły, a jednocześnie trudniejszy stał się dostęp do systemu wsparcia[79]. Można domniemywać, że w analogicznej sytuacji znaleźli się Polacy mający pod opieką osobę niepełnosprawną.

Istotny wpływ na stan psychiczny Polaków w okresie pandemii miała praca i sytuacja materialna. Jako pierwszy czynnik można wskazać sposób wykonywania pracy – u osób pracujących zdalnie zauważono większe nasilenie lęku i depresji[80], co wydaje się mieć związek z rzadszym wychodzeniem z domu. Bardziej narażone na negatywne emocje były też w pandemii osoby na kierowniczych stanowiskach, które częściej niż pracownicy odczuwały niepokój, lęk, irytację lub gniew, przy czym przeszło połowa z nich miała problem z opanowaniem się w stresujących sytuacjach[81]. Jednocześnie większe nasilenie zaburzeń psychicznych zauważono w przypadku osób bez pracy oraz bez zatrudnienia na etat[82]. W wielu badaniach wystąpiła też korelacja lepszego samopoczucia ze stabilnością materialną[83], co potwierdza, że obawy o bezpieczeństwo socjalne stanowiły w przypadku osób o złej sytuacji materialnej dodatkowy stresor. Znaczenie tych czynników zależne było od specyfiki danej grupy – przykładowo w badaniach prowadzonych przez Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN[84] respondenci mocno obawiali się wzrostu bezrobocia i ubóstwa w kraju (odpowiednio 90% i 87%), ale nieco mniej pogorszenia własnej sytuacji finansowej (40%) i utraty pracy (ok. 20%).

---

78 M. Gambin i in., *Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19…*, s. 2, 16–17.

79 R. Bakalarczyk, M. Kocejko, *Sytuacja opiekunów rodzinnych osób starszych w czasie pandemii COVID-19*, Raport z badania, Instytut Polityki Senioralnej, Warszawa 2021, https://seniorhub.pl/sytuacja-opiekunow-rodzinnych-osob-starszych-w-czasie-pandemii-covid-19-raport-z-badania/ (21.02.2022).

80 Badanie realizowane w dniach 6–26 maja 2020 roku, N – 423, od 0 do 21 na skali lęku oraz od 0 do 19 na skali depresji. N. Budzyńska, J. Moryś, *Poziom objawów lęku…*, s. 443.

81 *Stresodporni – odporność psychiczna polskich organizacji 2020…*

82 *Stres i zaburzenia adaptacyjne w czasie pandemii COVID-19…*, s. 21.

83 Patrz np. tamże, s. 17 lub *Zdrowie psychiczne Polaków w czasach pandemii COVID-19*, raport KANTAR dla AXA…, s. 22–25.

84 Badania prowadzone 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 mieszkańcy wsi i miasteczek) – E. Sideris, *Człowiek w sytuacji zagrożenia COVID-19…*, s. 40.

Ważną rolę odegrał wreszcie stan psychiczny oraz typ osobowości. W badaniach PAN potwierdzono, że w przypadku osób cierpiących na zaburzenia psychiczne jeszcze przed pandemią, u przeszło połowy nastąpiło pogorszenie, przy czym kluczowy czynnik negatywny (90%) stanowiło w ich przypadku poczucie braku kontroli[85]. Zdaniem Piotra Długosza najgorzej reagowały na pandemię osoby niestabilne i neurotyczne – nieradzące sobie z negatywnymi emocjami[86]. Do podobnych wniosków skłonili się autorzy badań prowadzonych na Wydziale Psychologii UW we współpracy z Uniwersytetem SWPS. Wykazano w nich, że mniejsze nasilenie stresu związane było z takimi cechami, jak stabilność emocjonalna, ekstrawersja i sumienność, przy czym w przypadku osób o małej stabilności emocjonalnej, odczucie stresu, lęku i depresji rosło wraz z wydłużaniem się okresu pandemii, a jako strategia radzenia sobie ze stresem dominowało unikanie[87].

Pośrednie skutki zdrowotne pandemii COVID-19 – inne czynniki warunkujące zdrowie Polaków

Omówione powyżej obszary nie wyczerpują zbioru elementów mających wpływ na zdrowie Polaków w okresie pandemii. Istotne czynniki patogenne związane z pandemią to np. brak ruchu, alkohol, nadmierna konsumpcja, nieracjonalne przyjmowanie leków. Elementy te częściowo są powiązane z pogorszeniem stanu psychicznego, a częściowo ze zmianą stylu życia wynikającą z *lockdownu* oraz pojawiających się obostrzeń. Warto je przynajmniej krótko zasygnalizować.

Według raportu NIZP-PZH 70% Polaków nie była w 2020 roku aktywna fizycznie, a mniej więcej 1/3 zmniejszyła swoją aktywność, przy czym w grupie wiekowej 22–44 lata spadek ten był blisko dwukrotnie wyższy[88].

---

85 *Destrukcyjny wpływ pandemii na naszą psychikę. Psycholog radzi* (wywiad z psycholog dr B. Rajbą, 2 marca 2021), http://centrumprasowe.dsw.edu.pl/130156-destrukcyjny-wplyw-pandemii-na-nasza-psychike-psycholog-radzi (22.02.2022).

86 P. Długosz, *Trauma pandemii COVID-19 w polskim społeczeństwie*, CeDeWu, Warszawa 2021, s. 184.

87 *COVID-STRES*, Raport nr 15 z badania przeprowadzonego na Wydziale Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego we współpracy z Uniwersytetem SWPS podczas epidemii COVID-19 w 2020 r., (I i II faza pandemii, N-2106), https://covid.psych.uw.edu.pl/raporty/ (14.02.2022).

88 https://orka.sejm.gov.pl/opinie9.nsf/nazwa/585_20210622/$file/585_20210622.pdf, (01.03.2022).

Ograniczenie aktywności oraz długie godziny spędzone przed komputerem przełożyły się na problemy zestawami, mięśniami i kręgosłupem, sprzyjając rozwojowi dyskopatii[89].

Z drugiej strony izolacja oraz stresy prowadziły do zwiększonej konsumpcji używek. Według badań CBOS częściej sięgało po alkohol 8%[90], a w badaniach Aflofarm – 11,4% respondentów, przy czym można zauważyć wyraźnie większe wzrosty w grupach wiekowych 18–34 lata (17%) i 35–49 lat (20,1%)[91]. Negatywne tendencje dotyczyły też papierosów – zgodnie w wynikami raportu NIP-PZH 20% Polaków deklarowało, że pali więcej niż przed pandemią[92].

Inną formą odreagowywania stresu lub reakcji na nadmiar wolnego czasu było nadmierne objadanie się – w badaniach CBOS przyznało się do niego przeszło 20% badanych[93]. Warto zauważyć, że jednocześnie miała często miejsce niepokojąca zmiana diety. Z badania GfK „Towary pożądania" wynika bowiem, że w pierwszej połowie 2020 roku Polacy niekorzystnie zmienili swoje nawyki żywieniowe – kupowali mniej ryb, warzyw i owoców a więcej alkoholu, słodyczy i słonych przekąsek niż rok wcześniej, przy czym szczególnie niezdrowa była dieta osób pracujących zdalnie[94]. Konsekwencją ograniczonej aktywności i zwiększonej konsumpcji był przyrost masy ciała – w czasie pandemii zauważyła go u siebie blisko 30% Polaków. Średnia waga Polaków wzrosła od 3 do 6 kg[95], co zwiększyło ryzyko cukrzycy typu II.

W związku z pandemią częściej sięgano też środki po uspokajające i nasenne (według *PEX PharmaSequence* sprzedaż środków uspokajających i nasennych była wiosną 2020 roku o 1/4 wyższa niż w analogicznym okresie w roku 2019)[96]. Zgodnie z danymi raportu „Stresoodporni" w celu redukcji napięcia po środki uspokajające lub alkohol sięgało na

---

89 *Polacy rok po wybuchu pandemii SARS-CoV-2…*, s. 9.

90 D. Penkala-Gawęcka, *COVID-19, niepewność, lęk i nadzieja…*, s. 185–212.

91 W przypadku 4,6% konsumpcja alkoholu zmalała, przyczyną jej ograniczenia nie był jednak przeważnie covid, tylko cena, [patrz:] *Polacy rok po wybuchu pandemii SARS-CoV-2…*, s. 24.

92 A. Mamcarz, *Cukrzyca a pandemia. Postępujący problem otyłości*, https://orka.sejm.gov.pl/opinie9.nsf/nazwa/585_20210622/$file/585_20210622.pdf (03.03.2022).

93 D. Penkala-Gawęcka, *COVID-19, niepewność, lęk i nadzieja…*, s. 185–212.

94 M. Kartasińska, *Rewolucja w żywieniowym wsparciu pracowników – homeoffice okazją, a nie przeszkodą*, [w:] *Kapitał Zdrowia 2020. Pandemia: punkt zwrotny dla benefitów pracowniczych*, raport Polskiego Stowarzyszenia HR oraz Związku Przedsiębiorców i Pracodawców, s. 50, 52–53, https://hrstowarzyszenie.pl/kapital-zdrowia/ (18.07.2021).

95 A. Mamcarz, *Cukrzyca a pandemia…*

96 E. Sideris, *Człowiek w sytuacji zagrożenia COVID-19…*, s. 43.

początku pandemii 87,4%, a pod koniec 2020 roku 74% badanych[97]. Innym problemem związanym z farmaceutykami było nieracjonalne sięganie po leki w konsekwencji samodzielnego leczenia lub samodzielnej „profilaktyki" covidowej. Problem ten był na tyle zauważalny, że stał się jednym z kluczowych wątków listu otwartego ekspertów ds. zdrowia[98].

Podsumowanie

Analiza zebranych materiałów potwierdziła, że zdrowotne konsekwencje pandemii wykraczają poza bezpośrednie skutki choroby pojawiającej się w wyniku infekcji wirusem SARS-CoV-2 i mogą być odczuwalne w dłuższej perspektywie. Pandemia COVID-19 oznaczała dla opieki zdrowotnej w Polsce nowe wyzwania. Konieczność sfinansowania i zorganizowania dodatkowych świadczeń, przy jednoczesnym zachowaniu bezpieczeństwa pacjentów i medyków przyczyniła się do pogłębienia starych, znanych już problemów systemu ochrony zdrowia. W tym samym czasie mogliśmy również obserwować wzrost znaczenia jakości opieki zdrowotnej wśród czynników determinujących stan zdrowia Polek i Polaków[99]. Z perspektywy czasu niektóre decyzje można dziś uznawać za dyskusyjne, pamiętać jednak należy, że pandemia na taką skalę była zjawiskiem nowym, a zjawisku temu towarzyszył strach, więc – szczególnie w początkowym okresie – działania prowadzone były nieco „na oślep". Najwięcej dyskusji budziła decyzja o ograniczeniu świadczeń medycznych, przemianowanie części placówek na szpitale jednoimienne oraz przesunięcie dużej części personelu medycznego do opieki nad pacjentami z COVID-19. Doprowadziło to do drastycznego spadku diagnostyki oraz znacznego pogorszenia dostępu chorych do opieki (szczególnie specjalistycznej), a w konsekwencji do pogorszenia się stanu zdrowia Polaków. Szczególnie ciężka sytuacja wystąpiła w wielu obszarach podczas pierwszej fali pandemii, ale system opieki zdrowotnej był też mocno niedrożny pod koniec 2020 roku (przeciążenie w związku z dużym wzrostem przypadków) i nie wrócił do pełnej sprawności w 2021 roku. Wygenerowany w ten sposób dług zdro-

[97] *Stresodporni – odporność psychiczna polskich organizacji 2020…*

[98] *Zdrowie Polaków w obliczu pandemii COVID-19*. 17 sierpnia 2020 r. List otwarty niezależnego, interdyscyplinarnego zespołu ekspertów zdrowia „*Continuecuratio*" do pacjentów i decydentów, https://www.wum.edu.pl/sites/www.wum.edu.pl/files/uczelnia/list-otwarty-ekspertow-193-kb.pdf (18.07.2021).

[99] Jako najważniejszy czynnik w 2020 r. wskazało ją 32,2% badanych (dla porównania rok wcześniej odsetek ten wyniósł 14,2%).

wotny jest odpowiedzialny za część nadwymiarowych zgonów stwierdzonych w trakcie trwania pandemii i aktualnych problemów zdrowotnych Polaków. Będzie on też odpowiedzialny za problemy, które pojawią się w przyszłości, np. w związku ze zbyt późnym diagnozowaniem nowotworów. W przypadku osób, które chorowały na COVID-19, kluczowe znaczenie ma rehabilitacja. Badania potwierdzają jej skuteczność, a przy tym jest duża liczba chętnych, jednak brakuje miejsc wykonujących tego typu świadczenia i skończyło się (bez uprzedzenia) finansowanie przez NFZ. Potrzebnym działaniem była niewątpliwie akcja szczepień, ale poświęcone na jej propagowanie ogromne środki w nikłym stopniu przełożyły się na wzrost zainteresowania, tym bardziej że wiele elementów nie trafiało do najbardziej nieprzekonanych czyli najmłodszych. Oceniając wpływ pandemii na zdrowie Polaków warto pamiętać, że negatywną rolę odegrały też niepożądane zmiany stylu życia (brak ruchu oraz wzrost konsumpcji niezdrowej żywności i używek), które wynikały z ograniczeń mobilności (*lockdown*, zdalna praca), ale także ze stresu. Wyniki badań i analiz prowadzonych przez różne ośrodki potwierdzają, że pandemia negatywnie odbiła się na psychice Polaków, choć skala i zakres problemów zależne były od sytuacji życiowej danej osoby oraz jej cech. Szczególne obawy w tym zakresie budzi fakt, że zwiększone ryzyko zaburzeń psychicznych pojawiło się w młodszych grupach wiekowych, a jednocześnie w momencie ograniczenia możliwości systemu pomocy, Wydaje się prawdopodobne, że takie doświadczenie może trwale zmienić sposób postrzegania rzeczywistości, zwiększając ryzyko negatywnych emocji i zaburzeń psychicznych w przyszłości, na razie trudno jednak jeszcze przewidzieć, jak czas pandemii odbije się na różnych grupach społecznych w dłuższym okresie. Tym bardziej, że na traumę COVID-u nałożyła się trauma wojny toczącej się za naszą wschodnią granicą i pierwsze sygnały kryzysu gospodarczego wynikającego z konfliktu z Rosją.

Bibliografia

Babicki M., Mastalerz-Migas A., *Występowanie zaburzeń lękowych wśród Polaków w dobie pandemii COVID-19*, «Psychiatria Polska» 2020, nr 188.

Bakalarczyk R., Kocejko M., *Sytuacja opiekunów rodzinnych osób starszych w czasie pandemii COVID-19*, Raport z badania, Instytut Polityki Senioralnej, Warszawa 2021.

Buchelt B., Kowalska-Babko J., Masłyk T., *Ostatni zgasi światło. Nastroje polskich lekarzy w postpandemicznej rzeczywistości*, Małopolska Szkoła Administracji Publicznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2021.

Budzyńska N., Moryś J., *Poziom objawów lęku oraz depresji w trakcie izolacji związanej z pandemią „korona wirusa" – wirusa SARS-CoV-2 w określonych grupach społecznych*, «Polskie Forum Psychologiczne» 2021, t. 26, nr 4.

Carfì A., Bernabei R., Landi F., *Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19*, «JAMA» 2020, nr 324 (6), s. 603–605, doi:10.1001/jama.2020.12603.

Czerwiński A., *Nadmierna śmiertelność w Polsce w 2020 r.*, Working Paper nr 1, Polski Instytut Ekonomiczny, Warszawa 2021.

Długosz P., *Trauma pandemii COVID-19 w polskim społeczeństwie*, CeDeWu, Warszawa 2021.

Gambin M. i in., *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 (14.02.2022).

Grzelak Sz., Żyro D., *Jak wspierać uczniów po roku epidemii? Wyzwania i rekomendacje dla wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego*, Warszawa 2021.

Heitzman J., *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*, «Psychiatria Polska» 2020, vol. 54 (2).

Jagielska B., *Wyzwania związane z procesem diagnostyki raka jelita grubego w okresie pandemii COVID-19 z perspektywy praktyki klinicznej ośrodka referencyjnego* [w:] *Wyzwania diagnostyki i leczenia raka jelita grubego*, AMGEN 2021, https://innowo.org/userfiles/publikacje/RAPORT-rak%20jelita-www.pdf (11.06.2022).

Kiełczewska A., *Cyberprzemoc w czasach zarazy* (31.10.2020), www.e-pedagogika.pl (14.02.2022).

Kozański Z., *Zdalna edukacja w opiniach młodzieży łódzkich liceów. Radzenie sobie z nauką oraz kondycja psychiczna uczniów w okresie epidemii, izolacji społecznej i zdalnego nauczania, raport z badań*, Poradnia dla Młodzieży, Łódź 2020.

Lusawa A., Pinkas J., Zgliczyński W., Mazurek M., Wierzba W., *Nieprawdziwe informacje w zakresie szczepień jako wyzwanie dla zdrowia publicznego*, «Zdrowie Publiczne i Zarządzanie» 2019, vol. 17.

Murkowski R., *Nadmierna umieralność w Polsce podczas pandemii COVID-19 w 2020 roku*, «Wiadomości statystyczne. The Polishstatistician» 2021, vol. 66.

Penkala-Gawęcka D., *COVID-19, niepewność, lęk i nadzieja. W poszukiwaniu skutecznego leku*, «Lud» 2020, t. 104.

Sideris E., *Człowiek w sytuacji zagrożenia COVID-19*, «Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka» 2021, nr 2 (XLIII).

Tomaszewska M., Domienik J., *Profilaktyka i dług zdrowotny w okresie pandemii*, [w:] *Kapitał Zdrowia 2020. Pandemia: punkt zwrotny dla benefitów pracowniczych*, raport Polskiego Stowarzyszenia HR oraz Związku Przedsiębiorców i Pracodawców, Warszawa 2020.

Żakowiecki P., Helak M., *Usługi publiczne w kryzysie: pandemia w ochronie zdrowia*, Polityka Insight, Warszawa 2020.