

Doświadczenie zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i obowiązkowej izolacji w czasie pierwszej fali pandemii w Polsce – analiza jakościowa

Marta Mrozowicz-Wrońska¹

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Wydział Psychologii i Kognitywistyki

<https://orcid.org/0000-0002-5228-2148>

Katarzyna Ślosarczyk

Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży

<https://orcid.org/0009-0002-8336-6368>

Marta Koczurek

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Żoliborz

Poradnia Zdrowia Psychicznego

<https://orcid.org/0009-0007-6885-7085>

Streszczenie

Cel: Celem niniejszych badań była eksploracja doświadczenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 i obowiązkowej izolacji w czasie pierwszej fali pandemii w Polsce.

Metoda: W badaniu wzięło udział 5 kobiet, które zostały zakażone wirusem i przebywały w izolacji od 3 do ponad 5 tygodni. W analizach zastosowano procedurę opartą na podejściu fenomenologicznym.

Wyniki: Analiza wyłoniła pięć tematów: 1. Kryzys, 2. Zakażenie, 3. Uwięzienie, 4. Objawy, 5. Adaptacja. Zidentyfikowanie tych tematów pozwoliło uchwycić doświadczenie kryzysu i adaptacji do sytuacji zakażenia potencjalnie śmiertelnym wirusem oraz pozostawania uwięzionym we własnym domu przez dłuższy czas.

Konkluzja: Doświadczenie naszych badanych wpisuje się w szerszy kontekst czasu megakryzysu, który globalnie pojawił się wraz z wirusem SARS-CoV-2, kiedy wiedza medyczna

¹ Adres do korespondencji: marta.mrozowicz@amu.edu.pl.

na jego temat była bardzo ograniczona, a izolacja stała się jedynym narzędziem walki z zagrożeniem.

Słowa kluczowe: SARS-CoV-2, zdrowie psychiczne, IPA, izolacja

Ostatnie miesiące 2019 i początek 2020 roku to był dramatyczny czas, w którym wirus SARS-CoV-2 szybko stał się globalnym zagrożeniem (Rahimi i Abadi, 2020). Przez wiele miesięcy nieznanymi były efektywne metody leczenia powikłań związanych z zakażeniem (Poland i in., 2020). Ludzie na całym świecie musieli stawić czoła nowym i zagrażającym sytuacjom, takim jak ryzyko utraty zdrowia lub życia, utrata pracy czy konieczność pozostawania w kwarantannie lub izolacji. Liczne badania dotyczące wpływu pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne wykazały, że wpłynęła ona negatywnie na stan psychofizyczny osób na całym świecie (Dragioti i in., 2022). W badaniach zaobserwowano u uczestników wywołane zagrożeniem pandemią i jej konsekwencjami problemy ze snem (Bhat i Chokroverty, 2022; Sher, 2020; Targa i in., 2021), odczuwanie wzmożonego lęku i niepokoju (Lee, 2020; Menzies i Menzies, 2020; Wang i in., 2020) oraz doświadczanie objawów depresyjnych (Peng i in., 2020; Sommerlad, 2021; Ustun, 2021). W badaniach w polskiej populacji przeprowadzonych przez Paczkowską z zespołem (2023) 70% badanych doświadczyło objawów zaburzeń psychicznych, takich jak zaburzenia snu, wzmożony lęk i obniżenie nastroju. Badania jakościowe eksplorujące wpływ pandemii na zdrowie psychiczne i dobrostan ujawniły czynniki mogące mieć znaczący wpływ na rozwój i podtrzymywanie wymienionych wcześniej objawów, m.in. ograniczony kontakt z służbą zdrowia, lęk przed stygmatyzacją związaną z otrzymaniem pozytywnego wyniku testu, problemy rodzinne (Moradi i in., 2020; Zhang i in., 2022). W badaniach zaobserwowano także procesy wspierające adaptację do zagrożenia i trudnej sytuacji wywołanej pandemią (Olufadewa i in., 2020).

Po krótkiej fazie ignorowania ryzyka związanego z wirusem rzędy kolejnych krajów, w tym również Polski, zaczęły stosować różne formy zapobiegania rozprzestrzeniania się zakażeń (Plümper i Neumayer, 2022). W związku z tym przed obywatelami wielu krajów pojawiło się nowe wyzwanie, jakim było radzenie sobie z narzuconą przez władzę izolacją społeczną. Szczególnie dotyczyło to osób, które musiały przebywać w kwarantannie po kontakcie z osobą zakażoną, i osób, u których stwierdzono zakażenie koronawirusem (Dragan i in., 2021; Mrozowicz-Wrońska i in., 2021). W tym czasie wiedza na temat czasu inkubacji i stopnia zaraźliwości koronawirusa dopiero się tworzyła. To skutkowało m.in. bardzo surowymi zasadami izolacji dla osób zakażonych. Według przepisów obowiązujących w Polsce od 15 marca do 2 września 2020 roku, ci spośród nich, którzy nie wymagali hospitalizacji, zmuszeni byli pod karą wysokiej grzywny do pozostawania w domu, dopóki nie uzyskali kolejno dwóch negatywnych testów na obecność koronawirusa. W praktyce oznaczało to dla wielu osób pozostawanie w ścisłej izolacji domowej przez wiele tygodni.

Celem niniejszego badania było zrozumienie doświadczenia osób, które zostały zarażone wirusem SARS-CoV-2 i w związku z tym musiały podlegać bezwzględnej domowej izolacji przez wiele tygodni w czasie pierwszej fali pandemii w Polsce.

Metoda

Badanie to część większego projektu, którego celem była eksploracja doświadczenia obowiązkowej kwarantanny oraz izolacji. W analizach przedstawionych w tym artykule autorzy skoncentrowali się na doświadczeniu obowiązkowej izolacji nałożonej po pozytywnym teście na obecność koronawirusa.

Osoby badane

W badaniu zastosowano dobór celowy. Badanych rekrutowano za pomocą grup facebookowych, ogłoszeń w lokalnych mediach oraz korzystając z sieci znajomych, którzy kontaktowali autorki z osobami, pasującymi do profilu grupy badawczej. Kryteriami selekcji były: 1) pełnoletność; 2) formalnie nałożony przez sanepid obowiązek pozostawania w izolacji lub kwarantannie domowej, kontrolowanej przez policję, pod groźbą kary grzywny; 3) kwarantanna lub izolacja musiały odbywać się w Polsce i przebiegać według obowiązujących w niej zasad. Rekrutację prowadzono od 15 marca do 2 września 2020 roku. W wyselekcjonowanej w ten sposób grupie 35 osób znalazło się 5 kobiet, które po pozytywnym wyniku testu na obecność koronawirusa przebywały w obowiązkowej domowej izolacji trwającej od 21 do 41 dni. Początek kwarantanny B1 (Badana 1) i B2 przypadł na okres wprowadzania wielu obostrzeń mających zahamować rozprzestrzenianie się wirusa. Izolacja domowa B3 i B4 przypadła na moment, w którym stopniowo zaczęto znosić funkcjonujące do tej pory obostrzenia – przywrócono m.in. działalność restauracji oraz centrów handlowych, przy jednoczesnej konieczności zakrywania ust i nosa. B5 musiała natomiast pozostać w izolacji domowej w czasie, kiedy wprowadzone zostały obostrzenia dla wybranych powiatów. Badana przebywała w izolacji do 2 września, czyli do momentu zmiany regulacji wprowadzającej 10-dniowy okres izolacji po pozytywnym wyniku testu, jeśli nie występowały objawy kliniczne.

Nasze badane w różny sposób przeszły zakażenie koronawirusem. B1 zaobserwowała u siebie objawy (kaszel, biegunkę i bóle mięśni) jeszcze przed otrzymaniem wyniku testu, ale nie łączyła ich z możliwością zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Badana B2 nie zaobserwowała u siebie żadnych objawów i miała wątpliwości, czy jej test nie był fałszywie dodatni. B3 doświadczyła silnych objawów, trwających ponad tydzień, a w tym: wysokiej gorączki, silnego osłabienia i utraty węchu. B4 zaobserwowała u siebie objawy infekcji, m.in. wymioty, uczucie zimna i dreszcze, które skończyły się przed otrzymaniem dodatniego wyniku i których nie łączyła z możliwością zakażenia koronawirusem. Objawy miały natomiast jej dzieci, z którymi przechodziła izolację. B5 miała duszności i objawy przypominające przeziębienie. Stan żadnej z osób badanych nie wymagał hospitalizacji. Nikt z członków ich rodzin także nie był hospitalizowany.

Wszystkie uczestniczki badania odbywały izolację w swoich miejscach zamieszkania. B5 miała do dyspozycji duży dom, natomiast pozostałe osoby badane przebywały w mieszkaniach o średniej i dużej powierzchni. B3 odbywała kwarantannę w pojedynkę, B1, B2 i B5 z mężem, a B4 pozostawała w izolacji z mężem

i trójką dorosłych dzieci w dużym mieszkaniu z ogródkiem. Szczegółowe dane dotyczące badanych znajdują się w tabeli 1.

Tabela 1

Uczestniczki badania

Wiek	Płeć	Zawód	Potencjalne źródło zakażenia	Daty	Czas trwania izolacji (dni)	
B1	60	K	pielęgniarka	miejsce pracy (szpital)	20.03 – 10.04	21
B2	28	K	lekarka	wyjazd zagraniczny	22.03 – 23.04	32
B3	52	K	pielęgniarka	miejsce pracy (szpital)	nie przypomina sobie konkretnych dat („koniec maja, początek czerwca”, ok. 5 tygodni)	39
B4	49	K	pielęgniarka	miejsce pracy (szpital)	27.05 – 7.07	41
B5	48	K	nauczycielka, terapeutka	zakażenie syna	30.07 – 3.09	35

Procedura badawcza

Wszystkie uczestniczki badania otrzymywały szczegółowe informacje dotyczące celu i przebiegu badania oraz wyraziły zgodę na udział w nim. Dane zebrano za pomocą częściowo ustrukturyzowanego wywiadu. Osoby prowadzące wywiad miały doświadczenie i wykształcenie kliniczne potwierdzone tytułem specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej. Wywiady odbywały się online z wykorzystaniem różnych aplikacji internetowych i telefonicznych, takich jak Skype, Zoom, Messenger, Whatsapp. Wywiady były nagrywane na dyktafon i jeśli aplikacja to umożliwiała, rejestrowano także materiał wideo. Następnie wywiady zostały transkrybowane do zapisu tekstowego, który później podlegał analizie. Badane proszono, aby w sposób spontaniczny opowiedziały o swoim doświadczeniu izolacji, a po wysłuchaniu ich historii zadawano pytania dodatkowe, m.in. o samopoczucie psychiczne i fizyczne w czasie izolacji, o jej wpływ na relacje z bliskimi itp. Pierwsza autorka przeprowadziła wywiad z B1, B3, B4, B5, a druga autorka z B2.

Metoda analizy danych

Analizę przeprowadzono w podejściu fenomenologicznym, co pozwoliło na skupienie się na tym, w jaki sposób osoby badane doświadczają, rozumieją

i próbują nadać sens swojej sytuacji – bycia osobą zakażoną i odizolowaną (Lan-
dridge, 2009; Smith, 2011). Analizę przeprowadzono zgodnie z procedurą zapro-
ponowaną przez Smitha, Flowersa i Larkina (2009, zob. też Pietkiewicz i Smith,
2014). Analizę wywiadów przeprowadziła w całości pierwsza autorka. Następnie
w drodze dyskusji propozycje tematów konsultowane były z drugą autorką, która
również dokładnie zapoznała się z zapisem wszystkich wywiadów. W czasie tych
konsultacji ustalono ostateczny kształt wyodrębnionych tematów.

Wyniki

W analizie wyodrębniono pięć tematów, które pozwalają uchwycić doświad-
czenie przebywania w domowej izolacji w związku z zakażeniem wirusem SARS-
-CoV-2 w czasie pierwszej fali pandemii: 1. Kryzys, 2. Zakażenie, 3. Uwięzienie,
4. Objawy, 5. Adaptacja.

Temat 1. Kryzys

Temat odnosi się szeroko zarówno do kryzysu psychicznego, jak i kryzysu
ważnych instytucji odpowiedzialnych za zarządzanie pandemią. Kryzys psy-
chiczny odczuwalny był przez cały czas trwania izolacji. Pojawiał się z chwilą
otrzymania informacji o zakażeniu i nasilał w pewnych szczególnych momentach
związanych z procedurą izolacji i przebiegiem choroby. Objawami kryzysu psy-
chicznego były silne negatywne reakcje emocjonalne, poczucie niedysponowania
wystarczającymi sposobami radzenia sobie, trudności w tolerowaniu kumulującej
się frustracji. Instytucje zarządzające pandemią, takie jak jednostki Państwowej
Inspekcji Sanitarnej i służba zdrowia, także postrzegano jako pogrążone w kry-
zysie i nieradzące sobie z sytuacją.

Pierwszy kryzys emocjonalny pojawiał się w odpowiedzi na otrzymanie po-
zytywnego wyniku. Nasze badane opisywały tę chwilę jako coś, na co nie były
przygotowane. Ich pierwszą reakcją było zaprzeczenie. W ten sposób zareagowały
wszystkie badane. U trzech z nich (B1, B4 i B5) po pierwszym szoku nastąpi-
ła silna negatywna reakcja emocjonalna. Ilustracją zarówno szoku wywołanego
informacją o pozytywnym wyniku, jak i późniejszego załamania emocjonalnego
jest doświadczenie B1, która tak opisywała swoje przeżycia związane z dodatnim
wynikiem:

Spadło to na mnie jak grom z jasnego nieba, bo nie spodziewałam się, że będę
miała dodatni (...). Znaczy, byłam chora, źle się czułam, ale jakąś miałam taką
nadzieję, że jednak będę..., nie będę miała tego koronawirusa (...). Pierwsze
dwie minuty to było takie, taka..., taka..., no nie wiem, nie wiedziałam co...
Spadło to na mnie jak grom z jasnego nieba. (...) Życie jakby mi się urwało. Nie
wiedziałam, co robić (...), nie miałam żadnych planów, bo nie wiedziałam, czy
przeżyję. (...) wszystko runęło.

Choć stan szoku stopniowo ustępował, to przebywanie w izolacji pozostawiało sytuacją kryzysową i dyskomfortową przez cały czas jej trwania. Mimo iż badane mogły przebywać w domu, z rodziną – jeśli ją miały, to i tak był to dla nich rodzaj „stanu wyjątkowego”, co szczególnie wyraziście opisała B4:

Mam wycięty ten czerwiec całkowicie z życiorysu. Dla mnie w ogóle tego czerwca nie było (...), dosłownie do tego stopnia, że nie jestem w stanie nic odtworzyć z tego miesiąca. (...) Chyba też chcę wyrzucić jakby z pamięci ten miesiąc.

Ponadto cztery z badanych (B1, B2, B4, i B5) opisywały sytuacje, które nasilały kryzys psychiczny, gdy pod naporem nawarstwiających się negatywnych emocji wynikających z choroby i przedłużającej się izolacji dochodziło do załamania sposobów radzenia sobie. Dla B4 chwilami pogłębiającymi kryzys były kolejne dodatnie wyniki testu:

Kolejne wyniki dodatnie jak przychodzą, jest to kolejny szok i kolejna jakby trauma, że nic się nie dzieje (...), wciąż jestem dodatnia. (...) Bo... w tej izolacji są takie etapy... załamań też, przychodziły takie etapy, że już mam dosyć, już nie mam siły (...). Ile tu jeszcze będziemy zamknięci? Jak długo?... Przepraszam, jak o tym mówię, to od razu mi się chce chyba płakać. (*śmieje się przez łzy*) Jednak to wyzwala takie emocje wciąż i to mimo tego, że miesiąc minął.

Proces załamania się sposobów radzenia sobie z przedłużającą się frustracją tak opisywała B2:

W pewnym momencie [to] przestało być zabawne, a stało się męczące, bo zaczęło się dawać we znaki ubezwłasnowolnienie. (...) Ja już w pewnym momencie (...) psychicznie miałam problem, żeby, żeby... wyjść z łóżka. (...) Nawet po mojej reakcji teraz widać, (*badana płacze*) że to był ciężki czas.

Cztery spośród badanych (B2, B3, B4, i B5) nie tylko siebie postrzegały jako będące w kryzysie. Według nich kryzys dotyczył także instytucji zajmujących się walką z pandemią. Dla B1 i B4 ważna była dostrzegana przez nie niewydolność służby zdrowia, a B2, B3, B4 i B5 zwracały uwagę na nieadekwatne procedury izolacji i załamanie funkcjonowania służb sanitarnych nadzorujących izolację.

Załamanie systemu opieki zdrowotnej powodowało u badanych silne lęki o własne zdrowie. Obawiały się one, że nie uzyskają odpowiedniej opieki szpitalnej w razie pogorszenia stanu zdrowia. Tak swoje obawy opisywała B1:

Tak myślałam, że może ktoś sobie nie poradzi. Może wyląduję na tym zakaźnym (...) i ktoś mi tam nie pomoże (...), nie dopilnuje czegoś. (...) Że może jakieś nie-dopatrzenie (...) po prostu się stanie.

Ze względu na to, że od jednostek Państwowej Inspekcji Sanitarnej zależały terminy kolejnych wymazów, informowanie o wynikach testu, czas trwania i zasady izolacji, ich niewydolność wywoływała w badanych silne negatywne emocje.

Badane skarżyły się na ogromną frustrację, poczucie bezradności i bycia pozostawionym samej sobie wynikające z trudności w komunikowaniu się z tą instytucją. Dla B4 był to jeden z najtrudniejszych aspektów izolacji:

Ogromnym minusem jest kontakt z sanepidem. (...) To jest totalna porażka (...) to, co ja przeżywałam, kontaktując się z sanepidem. Sanepid (...) zamyka kogoś w domu, a potem nie ma kontaktu z nimi. (...) Nie ma takiej komunikacji pacjent–sanepid, brakuje tej relacji sanepid a pacjent.

B3 z kolei widziała jednostkę nadzorującą jako podobnie zagubioną i zaskoczoną jak osoby chorujące:

No, tutaj to ten sanepid biedny u nas (...). To na niego się chyba zważyło jak grom z jasnego nieba.

Temat 2. Zakażenie

Temat 2 opisuje, jak uczestniczki badania przeżywały zakażenie koronawirusem. Ich narracje ujawniły, że zakażenie wywołało w nich wiele lęku o własne zdrowie, niepewność co do dalszego przebiegu choroby, zaskoczenie siłą i nietypowością niektórych objawów oraz poczucie winy i ogromne obawy o zdrowie osób, które potencjalnie mogły zarazić.

Lęki dotyczące własnego zdrowia pojawiły się u badanych zaraz po otrzymaniu pozytywnego wyniku. Dotyczyło to przede wszystkim B1, B4 i B5. Przez pierwsze dni izolacji wymienione badane dużo uwagi poświęcały analizie własnego zdrowia: zastanawiały się, czy ich organizm może poradzić sobie z infekcją i były wyczułone na różne objawy fizjologiczne, które mogłyby sugerować pogorszenie się ich stanu. B4 skarżyła się na silny lęk, mimo że objawy zakażenia były dość łagodne:

Mnie nic nie było, ja fizycznie byłam zdrowa. (...) Ale ta świadomość, że to jest coś nowego, nieznanego (...), może w każdej chwili coś tam się dopłatać. (...) To powodowało taki duży strach.

Z kolei w przypadku B2 młody wiek (najmłodsza wśród badanych), przekonanie o własnej odporności i brak odczuwalnych objawów pomagały obniżyć poziom lęku, co ilustruje poniższy fragment jej wypowiedzi:

Wynik na razie mam, jaki mam, ale nic się nie dzieje. (...). Ja jestem młoda i (...) uważałam, że mnie to nic nie będzie.

Same objawy także powodowały dyskomfort psychiczny, wywołując w uczestniczkach badania stan silnego osłabienia i wymuszając wycofanie się ze wszelkich aktywności. Dotyczyło to szczególnie B3 i B5. Tak chwile najcięższych objawów opisywała B3:

Przez te 10 dni (...) przeleżałam jak Ciapek. (...) Proces prawdziwej choroby jak nastąpił, to taka męczarnia po prostu. (...). Ból ciała, niechęć taka do czegokolwiek.

W tamtym czasie brakowało rzetelnej i sprawdzonej naukowej wiedzy dotyczącej przebiegu zakażenia. Jediną pewną informacją było to, że brakuje sprawdzonego i skutecznego leku. To potęgowało uczucie strachu i niepewności. Dotyczyło to w szczególności B1, B4 i B5, a ilustracją niech będzie poniższy cytat z wywiadu z B1:

Koronawirus – coś nowego. Nie wiadomo, jak przebiega. Jest to niezbadane. (...) Za mało wiedzy jest (...), co może być z danym człowiekiem. (...) No to spowodowało, (...) że ten lęk się pojawił, że dostałam wyrok, że (...) [gdy stan zdrowia badanej się pogorszy] medycyna sobie nie poradzi.

Źródłem silnego stresu związanego z zakażeniem, silniejszego niż obawy o własne zdrowie, były obawy o możliwość zarażenia innych osób. Możliwość przeniesienia zakażenia na osoby z kontaktu rozważały wszystkie badane, a związane z tym poczucie winy najmocniej przeżywała B5, która tak opisywała swoje doświadczenie:

I, i ten lęk, żeby kogoś nie zarazić, był gorszy od lęku o to, czy ja przeżyję. (...) Chyba nigdy nie przeżyłam takiego strachu, wie pani... jak teraz. (...) Te półtora tygodnia, kiedy bałam się, że kogoś zarażiłam. To było okropne.

Zakażenie zmusiło badane do konfrontowania się z własną kruchością i śmiertelnością. Temat ten szczególnie wyraźnie ujawnił się u B1, u której konfrontacja z tym, iż może umrzeć, spowodowała, że to, co wcześniej sprawiało jej radość i na co poświęcała energię, utraciło sens:

Było to takie życie w próżni. (...). Życie bez celu. (...). Po co ja tak pracowałam, zarabiałam, oszczędzałam... (...) W tej chwili nie wiem, czy ja przeżyję? Czy będę zdrowa? (...) Czy to po prostu wszystko ma sens?

Dla B3 wyzwaniem było doświadczenie utraty węchu oraz silne osłabienie, które pojawiło się po chorobie i uniemożliwiało jej powrót do pracy. To kontrastowało z jej mocnym przekonaniem o własnej wydolności i sprawności. Ilustracją tego stanu są poniższe cytaty:

To był niby zwykły węch, a jednak, proszę wierzyć, (...) to było dla mnie nowe doświadczenie w moim życiu i bardzo totalny dyskomfort.

Będąc taką zapracowaną gdzieś osobą, nie odczuwałam tego jakoś, (...) że nie poradzę sobie po prostu w tej pracy, bo przecież już byłam zdrowa. A jednak okazało się, że ta choroba pozostawia wyczerpanie (...). Po raz pierwszy w moim życiu (...) padło określenie – wyczerpanie organizmu.

Kolejne negatywne wyniki testów i zwolnienie z obowiązku izolacji sprawiły, że te badane, które obawiały się o swoje zdrowie, odzyskiwały spokój. Zwalczenie wirusa wzmacniało w nich poczucie, że są odporniejsze niż osoby, które jeszcze nie przechorowały zakażenia. Tak mówiła o tym B5:

Bo jak teraz słyszę, co się dzieje (...), to już teraz mówię: „Boże, dziękuję Ci, chyba że przeszłam to już, że lekko przeszłam, mam to za sobą i że nic ani mnie nie grozi, ani ode mnie nikomu nic nie grozi.

Jednocześnie B1 i B4 zwiększały środki ostrożności po zakończeniu izolacji, co ilustruje następująca wypowiedź B4:

Chociaż mam tą świadomość, że jednak w tej chwili nie ma możliwości, żebym się zaraziła, to jak wróciłam do pracy, nadal się zabezpieczam, tak?

Temat 3. Uwięzienie

Temat ten odnosi się do dyskomfortu, jaki przeżywały badane w związku z koniecznością izolacji. Jako źródła tego dyskomfortu identyfikowały: bezwzględną konieczność przestrzegania wszystkich reguł niezależnie od własnych planów, pragnień czy potrzeb, izolację społeczną, brak limitu czasowego izolacji, a także konieczność polegania na innych w codziennych sprawach. Dyskomfort przeżywany był w mniejszym lub większym stopniu przez wszystkie badane.

Z chwilą nałożenia izolacji każda z badanych musiała na nieokreślony czas zrezygnować ze swoich planów, a później stale godzić się z różnymi stratami i niewygodami, które wynikały z konieczności podporządkowania się bezwzględnemu zakazowi opuszczania domu czy mieszkania. Szczególnie silną frustrację opisywała B2, co ilustruje poniższy cytat:

Chcę zrobić obiad, ale nie mam kaszy i już nie mogę zrobić obiadu (...), dopóki ktoś mi tej kaszy nie przywiezie (...), albo zjem ryż, albo nie zjem nic... (...). Te śmieci strasznie zapadły mi w pamięć: że ja nie mogłam wynieść śmieci, jak w tym smrodzie musiałam tutaj siedzieć.

Co istotne, nawet wtedy, gdy różne potrzeby badanych były zaspokojone, sam fakt przymusu pozostawania w domu wywoływał silny stres. Przeżywały go przede wszystkim B1, B4 i B5, co ilustruje poniższa wypowiedź B5:

I to, że człowiek jest tak zamknięty w tej... w tej izolacji, że nie może wyjść, że się czuje zniewolony, bezsilny. (...) Samo to, że nie mogę wsiąść do samochodu, nie mogę pojechać do miasta, nie mogę się spotkać z nikim. To było straszne zniewolenie, wie pani? Straszne.

Uzucie zmęczenia, dyskomfortu oraz irytacji wzmacniane było przez konieczność długiego oczekiwania na wyniki kolejnych testów, brak wyznaczonego

terminu końca izolacji i konieczność pozostawania w domu przez wiele dni po ustąpieniu wszelkich objawów zakażenia. O swojej frustracji z tego powodu mówiły wszystkie badane, których izolacja przeciągała się do kilku tygodni (B3, B4 i B5). Ilustracją tego doświadczenia jest poniższa wypowiedź B3:

Nie mogłam się natomiast pogodzić z organizacją czasu oczekiwania na wyniki. Oczekiwanie... już, no, silniejszej osoby, tak? (...) Takiej osoby, która powinna wrócić do pracy, (...) to takie trochę... organizacyjne nerwy, po prostu.

Izolacja nasilała także trudności w funkcjonowaniu psychicznym, ponieważ znacznie ograniczyła wszelkie kontakty społeczne. Ich brak odczuwały w mniejszym lub większym stopniu wszystkie uczestniczki badania, a wprost mówiła o tym m.in. B1, która skarżyła się, że nie mogła w pełni korzystać ze wsparcia emocjonalnego od bliskich osób:

Izolacja... nie jest wcale dobra. (...) Człowiek nie może się podzielić z drugim człowiekiem. (...) [W izolacji] nie można się podzielić, np. z jakąś przyjaciółką, z rodziną. No, telefonicznie tak. Ale, ale nie ma takiego bezpośredniego kontaktu.

Jednocześnie pozostawanie w izolacji wymuszało korzystanie ze stałej pomocy innych w załatwianiu wielu codziennych spraw. B2 i B5 widziały w tym źródło dyskomfortu, a B4 mówiła, że wywoływało to u niej silny stres, co ilustruje poniższy cytat:

Mówiłam tu o tych zakupach... Te moje siostry, oczywiście, jak najbardziej stawały na wysokości zadania, natomiast ja już miałam takie momenty, że nie, no, nie dam rady ich więcej prosić (...). Myślę, że jest to pewnym obciążeniem i też to dołuje, że trzeba kogoś wykorzystywać.

Temat 4. Objawy

Temat 4 obejmuje różne objawy psychiczne, które pojawiły się u badanych jako reakcja na zakażenie koronawirusem i konieczność przebywania w izolacji. Badane zgłaszały przede wszystkim objawy depresyjne i lękowe. Te pierwsze manifestowały się poprzez obniżenie nastroju, utratę sensu, poczucie bezradności, niemocy, niechęć do wypełniania podstawowych obowiązków. Wśród objawów lękowych na pierwszy plan wysuwały się te związane z obawą o pogorszenie stanu zdrowia, mające swoje źródło w opisywanym wcześniej braku zaufania do skuteczności medycyny w walce z nieznanym dotąd patogenem. Przeżycia te nabierały chwilami charakteru obsesyjnego, gdy badane skupiały się na wszelkich odczuciach płynących z ciała i natychmiast interpretowały je w sposób katastroficzny. W analizowanych narracjach ujawniła się też lękowa reakcja na poczucie uwięzienia. Wśród objawów pojawiło się również silne uczucie nieadekwatnego do wysiłku zmęczenia, pojawiające się już po zakończeniu izolacji, które część badanych łączyła nie tylko z zakażeniem, lecz także z psychicznym zmęczeniem izolacją.

Objawy depresyjne o mocnym nasileniu zaobserwowały u siebie B1, B2, B4 i B5. Tak chwile złego samopoczucia zapamiętała B1:

Nic mnie nie interesowało, nie sprzątałam w domu. (...) Nie miałam żadnych planów, bo nie wiedziałam, czy przeżyję, (...) wszystko runęło. (...) Powiedziałam: nie ma sensu, po co sprzątać? Po co myć? Może ja następnego dnia umrę? (...) objawy się zaostrzą, wywozają. Więc dlaczego mam to robić, dlaczego mam to sprzątać?

B5, na co dzień wykonująca zawód psychoterapeuty, wręcz używała do opisu swojego stanu języka psychopatologii:

Bardzo depresyjnie, wie pani, bardzo depresyjnie, bardzo... tak zniewalająco, taka się czułam, zniewolona (...). Bezradna też, no bo cóż mogłam zrobić. To, że nie ma lekarstwa żadnego, [byłam też] zła na tą całą sytuację, że (...) tyle nowoczesnej medycyny, a nie ma leku na to.

Z kolei dla B2 był to czas najtrudniejszego kryzysu psychicznego, jakiego kiedykolwiek doświadczyła:

No najbardziej zapadł mi w pamięć dzień, w którym stwierdziłam, że nie wstaję z łóżka, bo nie mam po co. To był najgorszy dzień w moim życiu. (...) i znowu mi się zbiera na płacz, ale to było uczucie takiej beznadziei... (...) gorzej w życiu się nie czułam. (...) Nic się nie wydarzy, nic nie zrobię, nie wyjdę, nie dowiem się (...). Tak sobie pomyślałam, że jeśli tak na co dzień się czują ludzie z depresją to... wow, no naprawdę szanuję, że żyją, bo tak się nie da żyć.

U B1 i B4 ujawniły się, poza psychicznymi, także somatyczne objawy zaburzeń depresyjnych w postaci kłopotów ze snem. Tak opisywała je ta ostatnia:

Bo tak naprawdę całe noce (...) niby wydawało mi się, że kładę się, idę spać i spałam, ale budziłam się wcześniej, w nocy też wstawałam, nie mogłam spać.

Ujawniające się objawy lękowe miały w przeważającej mierze źródło w katastroficznej antycypacji doznań cielesnych doświadczanych w okresie zakażenia. Takie objawy opisywały badane B1, B4 i B5, a tak o swoich doświadczeniach opowiadała B1:

Cały czas pojawia się taki lęk: czy nie pogorszy się mój stan zdrowia? Czy nie zacznie się duszność? Czy nie zagną się gorsze dolegliwości? (...) Jakikolwiek taki dodatkowy ból, gdziekolwiek cokolwiek się pojawiał u mnie, [sprawiało, iż] bałam się, że pogarsza mi się mój stan zdrowia.

Objawy lękowe indukowane były również poprzez poczucie uwięzienia na nieokreślony z góry czas. Mówiła o tym B4, opisując to doświadczenie w następujący sposób:

Ja to śmiałam się, że mam chyba jakiś objaw klaustrofobii, bo to, to mnie tak męczyło, że ja nie potrafię tak żyć chyba w takim zamknięciu, mimo tego, że ja miałam tą przestrzeń, tak?

Co ciekawe, niektóre z tych symptomów utrzymywały się jeszcze po zakończeniu izolacji. Badane B1, B3 i B4 wspominały o silnym zmęczeniu, którego nie umiały wyjaśnić i o trudnościach związanych z powrotem do pracy. B4 opisywała je jako zaskakujące dla niej i nieproporcjonalne do wysiłku, jaki musiała podjąć:

Mogłam robić wszystko spokojnie, bez przyspieszania i tak czułam to zmęczenie, tak? Pierwszy dyżur okropny, zmęczony człowiek po pierwszym dyżurze (...). Może tak wpływa miesiąc izolacji, bo to i psychika (...), i choroba, no wszystko się jednak kumuluje.

Temat 5. Adaptacja

Ostatni temat zidentyfikowany w danych dotyczy procesu adaptacji do wyzwań związanych z zakażeniem i izolacją. Wszystkie uczestniczki badania opisywały różne sposoby, intencjonalne i nieintencjonalne, jakich chwyciły się, aby poradzić sobie z napięciem emocjonalnym, objawami depresyjnymi i lękowymi, poczuciem bezradności i brakiem kontroli. Ujawniły się zarówno strategie zorientowane na działanie (aktywne poszukiwanie wsparcia społecznego, próby odzyskania częściowej kontroli nad sytuacją), jak i takie, które koncentrowały się wokół zmiany oceny swojej sytuacji (zmiana priorytetów, koncentracja na pozytywnych aspektach sytuacji, porównania „w dół”). Dla części badanych sposobem na poradzenie sobie z kryzysem okazało się także okresowe wycofanie społeczne i emocjonalne.

Rozwiązanie w postaci aktywnego poszukiwania wsparcia zastosowały B1, B3 i B5. Wsparcie innych osób szczególnie ważne było dla B1, która następująco opisuje, jak pomógł jej kontakt z siostrzenicą:

Dobrze, że mam taką moją siostrzenicę (...). Ona była taką moją podporą. Zadzwoiłam do niej i powiedziałam, że już chyba nie dam rady. (...) Że to się rozwinię ten koronawirus. (...) Więc [siostrzenica] mówi, ciociu, wytrzymaj, wytrzymaj jeszcze jeden dzień, musisz wytrzymać dwa dni. I tak właśnie... dzwoniłam, ona mnie tak psychicznie wspierała.

Badane B2 i B4 rozważały również możliwość skorzystania z profesjonalnej pomocy. Ilustruje to poniższy fragment wypowiedzi B2:

Miałam taki pomysł, żeby zadzwonić do jakiegoś psychologa, żeby z kimś porozmawiać (...), [bo] nie chciałam obciążać mojej rodziny.

Kolejną stosowaną przez uczestniczki badania strategię można scharakteryzować jako porównania w dół – aktywne poszukiwanie pozytywnych aspektów

swojego położenia w stosunku do sytuacji innych osób. Taką strategię zastosowała B3, czego ilustracją jest poniższy cytat:

Ja miałam, moim zdaniem, wyjątkową sytuację, bo (...) ja nie jestem dzisiaj w potrzebie odpowiadać za inną osobę. (...) Naprawdę współczuję mamie, która całą rodzinę „zamknęła” i mąż nie może pojechać do pracy. (...) Nie mogę się porównać z paniami, które (...) żyją z osobą przemocową, na przykład. No to, to już jest w ogóle... katastrofa.

Jeszcze innym sposobem adaptacji do doświadczanego kryzysu była zmiana priorytetów życiowych i koncentracja nawet na mniej znaczących, ale pozytywnych aspektach sytuacji. Taką strategię zaobserwowano u B1, B3 i B4, a potwierdzają to słowa B4:

Bo to były takie małe te... elementy tego szczęścia, bo wynik ujemny mojego dziecka, kolejnego wynik ujemny jest super, tak? Fajnie, wyjście męża, wyjście dziecka [zwolnienie z izolacji], więc to były takie pojedyncze w skali tych sześciu tygodni, takie pojedyncze elementy, które rzeczywiście przynosiły radość.

Pogłębiona analiza pozwoliła na zidentyfikowanie zachowań, które mogą być rozumiane jako sposoby radzenia sobie, choć same badane nie określały ich w ten sposób. Chodzi tu szczególnie o różne sposoby odzyskania kontroli nad swoją sytuacją, poprzez skupienie się na zadaniach, które są możliwe do zrealizowania. Takie strategie stosowały B2, B3 i B4, a przykładem jest następująca wypowiedź B4:

Walka z sanepidem (...) bo tam się nie można dodzwonić, graniczy z cudem dodzwonienie się. (...) Ja wpadłam właśnie na pomysł tych maili (...) i poskutkowało. (...) Na te maile sanepid szybko odpowiadał, więc to, mówię, może te dwa tygodnie później też, mmm... ułatwiły nam funkcjonowanie.

Wśród opisywanych zachowań znalazły się także sposoby radzenia sobie nie związane z procedurą izolacji. Na przykład B1 i B2 radziły sobie dzięki aktywności fizycznej. W przypadku B2 była ona intensywna i regularna, co ilustruje poniższy cytat:

Ja jeszcze przed pandemią zaczęłam korzystać z usług trenera personalnego i mój trener (...) zaproponował mi zajęcia online. (...) To była jedna z niewielu rzeczy, która jakby sprawiała, że chciało mi się wstawać. Taki (...) wysiłek fizyczny trochę no... odciążał głowę.

Jeszcze innym sposobem adaptacji do braku możliwości zmiany swojego położenia było emocjonalne i/lub społeczne wycofanie. Taki sposób radzenia sobie ujawniły B1, B2 i B5, co ilustruje poniższa wypowiedź B5:

Ucieczka w sen (...). Czyli uciekałam od myślenia o tym, w spanie, w sen. (...) Myślę, że chyba ten sen mi najwięcej ulgi przynosił. (...) Stale uciekałam w ten

sen. (...) Raz, że ze słabości, dwa, że chciałam uciec po prostu od, od myślenia (...). To mi dawało jakiś taki spokój.

Dyskusja

Celem naszych badań było przyjrzenie się temu, jak przeżywana była obowiązkowa, domowa izolacja przez osoby zakażone wirusem SARS-CoV-2 w czasie pierwszej fali pandemii w Polsce. Aby móc uzyskać głębszy i pełniejszy obraz tych doświadczeń, zastosowałyśmy jakościową procedurę zbierania danych i fenomenologiczne podejście do ich analizy. Uzyskane wyniki pokazują, że doświadczenie obowiązkowej izolacji okazało się wyzwaniem dla naszych badanych i ich możliwości radzenia sobie. To trudne doświadczenie ilustruje pięć zidentyfikowanych w toku analizy tematów, związanych z kryzysem, zakażeniem, uwięzieniem, symptomami, adaptacją.

Kryzys

Doświadczenie kryzysu psychicznego badanych przebiegało zgodnie z opisywaną wielokrotnie w literaturze dynamiką (Badura-Madej, 1996; Caplan, 1964). Otrzymanie pozytywnego wyniku testu uruchamiało fazę szoku, zaprzeczania i stagnacji. Niektóre badane, pomimo oczywistych sygnałów zakażenia (objawy infekcji), do końca spodziewały się ujemnego wyniku, w związku z tym otrzymana informacja całkowicie destabilizowała na pewien czas ich funkcjonowanie. Zastygały w chaosie i przerażeniu, które stopniowo ustępowało miejsca silnym emocjom o zabarwieniu negatywnym, w chwili gdy konfrontowały się z rzeczywistością i nieuchronnością zdarzenia stresowego. Podobną reakcję zaobserwowano w różnych badaniach jakościowych z udziałem osób, które zaraziły się koronawirusem (Ahmadi i in., 2022; Muslu i in., 2022; Shaban i in., 2020; Sun i in., 2021). Metaanaliza badań jakościowych przeprowadzonych w różnych krajach wykazała, że zaprzeczenie i panika związane z otrzymaniem diagnozy mogą być typową reakcją na otrzymanie informacji o pozytywnym teście (Zhang i in., 2022).

Ale nie tylko początek izolacji był dla badanych stresującym momentem. Przez cały czas sukcesywnie pojawiały się kolejne słabsze lub silniejsze stresory. Jak wskazuje Kira i in. (2023) pandemia COVID-19 jest unikatową formą doświadczenia traumatycznego. Stres w czasie pandemii doświadczany jest przez dłuższy czas i wymaga „niekończących się prób radzenia sobie z utrzymującymi się stresorami, co może wyczerpać możliwości radzenia sobie danej osoby” (s. 52). Efektem pandemii jest trauma złożona z wielu komponentów, takich jak zagrożenie życia i zdrowia, problemy ekonomiczne, stresory związane z lockdownem i izolacją (Kira i in., 2021). Analiza zebranego w naszym badaniu materiału wskazuje, że osoby zakażone wirusem przebywające w obowiązkowej izolacji w czasie pierwszej fali pandemii doświadczały właśnie takiego specyficznego rodzaju wielokomponentowego stresu. W ich przypadku silnymi stresorami były m.in. obawa,

ze pogorszy się ich stan zdrowia i że mogą umrzeć, obawa o zdrowie bliskich osób oraz czynniki związane bezpośrednio z procedurą izolacji, tj. zakaz opuszczania domu i konfrontowanie się z kolejnymi ograniczeniami, które z tego zakazu wynikały, oczekiwanie na kolejne testy i ich wyniki, konieczność kontaktowania się z instytucjami sanitarnymi itp. Ponadto ze względu na samą naturę izolacji badane zostały skutecznie odcięte od różnych typowych sposobów radzenia sobie.

W doświadczeniu uczestniczek naszych badań wyraźnie odzwierciedlił się także wyjątkowy charakter zagrożenia, jakim była pierwsza fala pandemii, klasyfikowana w literaturze jako megakryzys (Alsaqqa, 2022). Według Helsloot i in. (2012) w czasie megakryzysu tradycyjne sposoby działania władz i instytucji publicznych przestają funkcjonować i konieczne jest wypracowanie nowych. Megakryzys to megazagrożenie, ponieważ wywołuje jednocześnie głęboką niepewność i poczucie potrzeby natychmiastowych działań (Helsloot i in., 2012, s. 5). Pandemia SARS-CoV-2, szczególnie na początku, uderzyła w fundamenty funkcjonowania całego systemu społecznego i zdestabilizowała kluczowe usługi publiczne (Boin i in., 2021). W doświadczeniu naszych badanych megakryzys odzwierciedlił się poprzez utratę wiary w wydolność systemów zaangażowanych w walkę z pandemią i silne poczucie dezorientacji. Niewydolność opieki zdrowotnej i instytucji mających się zajmować osobami w izolacji sprawiały, że uczestniczki badania czuły się pozostawione same sobie i przerażone, a niewydolność systemów nadzorujących izolację i wypracowujących odpowiednie procedury wywoływała ogromną frustrację oraz poczucie braku kontroli nad własnym losem.

Zakażenie

Zakażenie wywołało w naszych badanych silny lęk o własne zdrowie. Jest to spójne z wynikami wielu badań z udziałem osób zakażonych, u których zidentyfikowano silny strach związany z chorobą (Zhang i in., 2022). Chorzy szczególnie obawiali się deterioracji zdrowia, hospitalizacji i śmierci (Aliakbari Dehkordi i in., 2019; Muslu i in., 2022; Sun i in., 2021) oraz nieznanych możliwych powikłań po zakażeniu (Ahmadi i in., 2022). Zagrożenie własnego zdrowia i życia nie było jednak najważniejszym stresorem wywołującym w uczestniczkach naszego badania negatywne emocje. Jak się okazuje, i jest to zjawisko zaobserwowane w wielu badaniach (m.in. Moradi i in., 2020; Muslu i in., 2022; Shaban i in., 2020), negatywne emocje wywołało przeżywanie siebie jako potencjalnego zagrożenia dla innych osób. Główną reakcją naszych badanych był strach o zdrowie osób, z którymi miały wcześniej kontakt, potrzeba otrzymywania informacji o ich stanie zdrowia oraz przede wszystkim silne poczucie winy. Poczucie winy wywoływało narażenie osób bliskich na zakażenie i potwierdzone zakażenie u osób bliskich. Nasze wyniki potwierdzają tezy Cavallera (2020) o silnym, negatywnym wpływie poczucia winy na dobrostan osób zakażonych koronawirusem. Rozpoznanie poczucia winy jako istotnego emocjonalnego aspektu zakażenia jest o tyle ważne, że często pozostawione bez odpowiedniej interwencji może prowadzić m.in. do pogorszenia funkcjonowania psychicznego, objawów stresu pourazowego, depresji i problematycznego używania substancji psychoaktywnych (zob. np. Haller i in., 2020).

Wyniki naszych badań wskazują także, że stan psychiczny związany z zakażeniem jest lepszy, gdy choroba przebiega bezobjawowo, oraz że samopoczucie osób izolowanych poprawia się w miarę ustępowania choroby, otrzymania kolejnych negatywnych wyników testów i w końcu z chwilą oficjalnego zwolnienia z izolacji. Jak pokazują badania (Zhang i in., 2022) wiele osób zwolnionych z izolacji po przechorowaniu doświadcza utrzymującego się lęku przed reinfekcją. Analizy narracji uczestniczek naszych badań ujawniły złożoną reakcję na kolejne negatywne testy. Z jednej strony czuły, że po przechorowaniu są bezpieczniejsze niż osoby, które nie miały styczności z wirusem, z drugiej zaś doświadczenie choroby i izolacji uświadomiło im realność zagrożenia i część z nich utrzymywała zwiększoną ostrożność.

Uwięzienie

Temat 3 ilustruje, jak trudne dla badanych było doświadczenie obowiązkowej izolacji. Sprawiała, że czuły się one uwięzione we własnych domach, odcięte od codziennych aktywności i kontaktów, zdane na pomoc innych i bezradne. Przedłużająca się izolacja wywoływała wiele negatywnych emocji i objawów psychopatologicznych. Brak jasnych reguł i przede wszystkim określonego limitu czasowego potęgował uczucie frustracji i bezradności.

Wyniki naszego badania są spójne z wynikami badań z udziałem osób objętych obowiązkową kwarantanną po kontakcie z wirusem w czasie epidemii wirusa SARS w Kanadzie w 2003 roku. W badaniach Hawryluck (2004) uczestnicy wskazywali, że stresująca była dla nich konieczność ograniczenia kontaktów społecznych przy jednoczesnej zależności od innych (np. w kwestii zakupów) oraz opisywali poczucie bycia odizolowanym od zewnętrznego świata. W badaniach Cavy i in. (2005) uczestnicy opowiedzieli o wykluczeniu społecznym oraz trudnościach związanych z koniecznością dostosowania się do reguł kwarantanny. Nasze wyniki są także spójne z badaniami jakościowymi wśród osób zakażonych i izolowanych w czasie pandemii SARS-CoV-2. Uczestnicy tych badań skarżyli się na poczucie wykluczenia społecznego (Aliakbari Dehkordi i in., 2019), destrukcyjny wpływ izolacji na ich dobrostan i kontakty społeczne (Ahmadi i in., 2022; Moradi i in., 2020), poczucie bycia odłączonym od zewnętrznego świata (Shaban i in., 2020) oraz poczucie bycia uwięzionym (Muslu i in., 2022). Wyniki naszych badań od wyżej wymienionych odróżnia pojawiająca się skarga na przedłużający się czas trwania izolacji oraz brak limitu czasowego.

Objawy

Konsekwencją załamywania się w różnych momentach izolacji dotychczasowych mechanizmów radzenia sobie było wystąpienie u badanych symptomów psychologicznych w nasileniu spełniającym kryteria objawowe zaburzeń lękowych i depresyjnych (APA, 2013; WHO, 2019). Jest to spójne z innymi, licznymi badaniami, wskazującymi m.in. na zwiększone ryzyko zaburzeń adaptacyjnych

(Ben-Ezra i in., 2021), depresyjnych (Zhang i in., 2022), lękowych (Hasannezhad Reskati i in., 2023) oraz problemów ze snem (Bhat i Chokoverthy, 2022; zob. też artykuł przeglądowy autorstwa Serafini i in., 2020) u osób zakażonych.

Na początkowym etapie u badanych dominowały objawy lękowe: uczucie ciągłego niepokoju, zdenerwowania, obawy i katastroficzne przewidywania dotyczące przyszłości, z towarzyszącymi objawami fizjologicznymi (ból serca czy stałe uczucie napięcia wewnętrznego). Lęki ogniskowały się głównie wokół niepewności co do przebiegu zakażenia. Jest to spójne z wynikami wielu badań jakościowych, w których zidentyfikowano u badanych silny lęk przed konsekwencjami zakażenia (Zhang i in. 2022). Co ciekawe, podobnie jak w badaniach Podwalskiego i in. (2022), profesjonalna wiedza medyczna większości naszych badanych nie zmniejszała tego niepokoju, ponieważ, jak podkreślały badane, patogen jest nowy i medycyna może okazać się wobec niego bezradna. Kolejnym czynnikiem zwiększającym poziom lęku u badanych była niewydolność służby zdrowia i brak zaufania, że w razie pogorszenia otrzymają one odpowiednią pomoc.

Wraz ze stopniową adaptacją do myśli o zakażeniu i brakiem pogorszenia stanu zdrowia objawy lękowe zaczynały ustępować miejsca objawom depresyjnym, takim jak obniżony nastrój, obniżony napęd psychoruchowy, ograniczenie zainteresowań, zanik zdolności do odczuwania przyjemności, zmęczenie i poczucie braku energii, zaburzenia snu, problemy z koncentracją. Odpowiadała za to przede wszystkim przedłużająca się w czasie izolacja, co jest zgodne z wynikami badań wskazującymi na pozytywny związek między czasem trwania izolowania się a siłą objawów psychopatologicznych (Henssler i in., 2021). W naszych analizach zidentyfikowałyśmy wiele czynników związanych z zakażeniem oraz izolacją, mogących wywoływać i utrzymywać objawy depresyjne. Są to m.in. brak kontroli nad własnym losem, o którym w dużej mierze decydują wyniki testów oraz nakazy instytucji nadzorujących izolację, całkowita zależność od zewnętrznej pomocy w realizowaniu codziennych potrzeb, odcięcie od wielu ważnych źródeł przyjemności i aktywności, utrata poczucia sensu spowodowana zagrożeniem życia, poczucie winy za zakażenie i narażenie na zakażenie innych osób.

Po zakończeniu izolacji niektóre objawy nadal towarzyszyły badanym (szczególnie przewlekłe zmęczenie i poczucie braku siły), choć na podstawie naszych wyników trudno wyrokować, na ile był to objaw psychiczny, a na ile somatyczny, związany z przechorowaniem infekcji.

Adaptacja

Ostatecznie wszystkim badanym udało się uruchomić rozmaite strategie adaptacyjne umożliwiające przetrwanie okresu izolacji. Z uwagi na specyfikę stresorów (zakażenie, konieczność pozostania w domu) znacząco utrudnione było stosowanie strategii skoncentrowanych na rozwiązaniu problemu. W zamian badane uruchamiały szereg aktywności zaradczych adekwatnych w sytuacjach, w których zgodnie z transakcyjnym modelem stresu Lazarusa i Folkmana (1984) z wtórnej oceny poznawczej wynika niemożliwość działania ukierunkowanego na usunięcie stresorów. Do aktywności tych należały: pozytywne

przewartościowanie (Folkman i Moskowitz, 2000), porównania w dół (Taylor i in., 1983), a także skupienie się na tych aspektach sytuacji problemowej, które były możliwe do skontrolowania i dawały poczucie sprawczości (np. „walka” z sanepidem). Ponadto niektóre badane stosowały unikanie jako sposób radzenia sobie (Endler i Parker, 1990), np. angażując się w czynności zastępcze (ćwiczenia fizyczne) lub „przesypiając” czas izolacji. W innych okolicznościach można byłoby uznać takie sposoby radzenia sobie za nieefektywne, ale tutaj wydają się adekwatne, ponieważ pozwoliły zablokować proces stałej konfrontacji z poczuciem bezradności.

Badane podkreślały również istotną rolę wsparcia społecznego w procesie adaptacji. Pomagało ono w mobilizacji sił, podejmowaniu wysiłków zaradczych, regulowaniu emocji, a czasami już sama świadomość możliwości skorzystania ze wsparcia działała uspokajająco.

Z metaanalizy Zhanga i in. (2022) wynika, że nasze rezultaty są spójne z wynikami innych badań prowadzonych nad psychologicznymi aspektami zakażenia i izolacji. Wśród sposobów radzenia sobie Zhang i in. (2022) zidentyfikowali m.in. odwracanie uwagi od trudnej sytuacji czy korzystanie ze wsparcia rodziny i przyjaciół. Tym, co udało się nam zidentyfikować, a co – według naszej wiedzy – nie ujawniło się w innych badaniach, są opisane sposoby radzenia sobie nastawione na odzyskanie choć częściowej kontroli nad własną sytuacją.

Podsumowanie

Analiza fenomenologiczna wywiadów z pięcioma kobietami, które w czasie pierwszej fali pandemii w Polsce po otrzymaniu pozytywnego testu na obecność koronawirusa musiały się poddać obowiązkowej izolacji, ujawniła w przeważającej mierze negatywny wpływ tego doświadczenia na ich dobrostan i zdrowie psychiczne. Zakażenie koronawirusem oraz izolacja wywołały kryzys, objawy lękowe i depresyjne. Badane przystosowały się do tej sytuacji, stosując różne strategie adaptacyjne, ale dla większości z nich było to nieprzyjemne doświadczenie, które często wyczerpywało ich możliwości radzenia sobie.

Bibliografia

- Ahmadi, S., Irandoost, S. F., Ahmadi, A., Yoosefi Lebni, J., Mohammadi Gharehghani, M. A., Baba Safari, N. (2022). Explaining experiences, challenges and adaptation strategies in COVID-19 patients: a qualitative study in Iran. *Frontiers in Public Health*, 9, artykuł 778026. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.778026>
- Aliakbari Dehkordi, M., Eisazadeh, F., Aghajanbigloo, S. (2019). Psychological consequences of patients with coronavirus (COVID-19): A Qualitative Study. *Iranian Journal of Health Psychology*, 2(2), 9–20.

- Alsaqqa, H. H. (2022). Building the Culture of Public Health as a Positive Reflection from the COVID-19 Crisis. *Risk Management and Healthcare Policy*, 15, 1683–1693. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S365233>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (wyd. 5). Authors. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Badura-Madej, W. (1996). Podstawowe pojęcia teorii kryzysu i interwencji kryzysowej. W: W. Badura-Madej (red.), *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej. Poradnik dla pracowników socjalnych* (s. 15–34). Wydawnictwo Interart.
- Ben-Ezra, M., Hou, W. K., Goodwin, R. (2020). Investigating the relationship between COVID-19-related and distress and ICD-11 adjustment disorder: two cross-sectional studies. *BJPpsych open*, 7(1), artykuł e21. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.158>
- Bhat, S., Chokroverty, S. (2022). Sleep disorders and COVID-19. *Sleep Medicine*, 91, 253–261. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2021.07.021>
- Boin, A., McConnell, A., Hart, P. (2021). *Governing the pandemic: The politics of navigating a mega-crisis*. Springer Nature. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-72680-5>
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic Books.
- Cava, M. A., Fay, K. E., Beanlands, H. J., McCay, E. A., Wignall, R. (2005). The experience of quarantine for individuals affected by SARS in Toronto. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 22(5), 398–406. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2005.220504.x>
- Cavalera, C. (2020). COVID-19 psychological implications: The role of shame and guilt. *Frontiers in Psychology*, 11, artykuł 571828. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.571828>
- Dragan, M., Grajewski, P., Shevlin, M. (2021). Adjustment disorder, traumatic stress, depression and anxiety in Poland during an early phase of the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), artykuł 1860356. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1860356>
- Dragioti, E., Li, H., Tsitsas, G., Lee, K. H., Choi, J., Kim, J., Choi, Y. J., Tsamakidis, K., Estradé, A., Agorastos, A., Vancampfort, D., Tsiptsios, D., Thompson, T., Mosina, A., Vakadaris, G., Fusar-Poli, P., Carvalho, A. F., Correll, C. U., Han, Y. J., Park, S., Solmi, M. (2022). A large-scale meta-analytic atlas of mental health problems prevalence during the COVID-19 early pandemic. *Journal of Medical Virology*, 94(5), 1935–1949. <https://doi.org/10.1002/jmv.27549>
- Endler, N. S., Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
- Folkman, S., Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647–654. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.647>
- Haller, M., Norman, S. B., Davis, B. C., Capone, C., Browne, K., Allard, C. B. (2020). A model for treating COVID-19–related guilt, shame, and moral injury. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), 174–176. <https://doi.org/10.1037/tra0000742>
- Hasannezhad Reskati, M., Kheradmand, M., Moosazadeh, M., Assadi, T., Shafizad, M., Hedayatizadeh-Omran, A., Hosseini, S. H., Elyasi, F. (2023). Comparing mental health status and COVID-19 event impact between survivors and the general

- population during the second wave of the pandemic in Iran. *Nursing Open*, 10(2), 738–753. <https://doi.org/10.1002/nop2.1341>
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206–1212. <https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Helsloot, I., Boin, A., Jacobs, B., Comfort, L. K. (2012). *Mega-crises: Understanding the prospects, nature, characteristics, and the effects of cataclysmic events*. Charles C Thomas Publisher.
- Henssler, J., Stock, F., van Bohemen, J., Walter, H., Heinz, A., Brandt, L. (2021). Mental health effects of infection containment strategies: quarantine and isolation—a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271(2), 223–234. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01196-x>
- Kira, I. A., Shuwiekh, H. A., Rice, K. G., Ashby, J. S., Elwakeel, S. A., Sous, M. S. F., [...] Jamil, H. J. (2021). Measuring COVID-19 as traumatic stress: Initial psychometrics and validation. *Journal of Loss and Trauma*, 26(3), 220–237. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1790160>
- Kira, I. A., Shuwiekh, H. A., Ashby, J. S., Elwakeel, S. A., Alhuwailah, A., Sous, M. S. F., [...] Jamil, H. J. (2023). The impact of COVID-19 traumatic stressors on mental health: Is COVID-19 a new trauma type. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21(1), 51–70. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00577-0>
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393–401. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1748481>
- Menzies, R. E., Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: theoretical explanations and clinical implications. *Cognitive Behaviour Therapist*, 13, artykuł e19. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000215>
- Ministerstwo Zdrowia. (2020). *Mapa zarażeń koronawirusem (SARS-CoV-2)*. <http://web.archive.org/web/20200415162619/https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>
- Moradi, Y., Mollazadeh, F., Karimi, P., Hosseingholipour, K., Baghaei, R. (2020). Psychological disturbances of survivors throughout COVID-19 crisis: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03009-w>
- Mrozowicz-Wrońska, M., Ślosarczyk, K., Koczurek, M. (2021). Czynniki stresowe i sposoby radzenia sobie w sytuacji obowiązkowej kwarantanny w czasie pandemii SARS-CoV-2 w Polsce. W: W. J. Paluchowski, L. Bakiera (red.), *Psychospołeczny obraz pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce* (s. 95–106). Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Muslu, L., Kolutek, R., Fidan, G. (2022). Experiences of COVID-19 survivors: A qualitative study based on Watson’s Theory of Human Caring. *Nursing & Health Sciences*, 24(3), 774–784. <https://doi.org/10.1111/nhs.12979>
- Olufadewa, I. I., Adesina, M. A., Oladokun, B., Baru, A., Oladele, R. I., Iyanda, T. O., Abudu, F. (2020). “I was scared I might die alone”: a qualitative study on the physiological and psychological experience of COVID-19 survivors and the quality of care

- received at health facilities. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 8(2), 51–57. <https://doi.org/10.34172/ijtmgh.2020.09>
- Paczkowska, A., Nowakowska, E., Michalska, J., Ficner, H., Tyrchniewicz, J., Szymański, A., Wańkiewicz, K., Namyślak, K., Gala, A., Sulimiera Michalak, S., Bryl, W., Michalak, M. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic and lockdown on mental health among the general population in Poland and on the availability of psychological support. *Psychology, Health & Medicine*, 28(1), 179–188. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2061719>
- Peng, M., Mo, B., Liu, Y., Xu, M., Song, X., Liu, L., Fang, Y., Guo, T., Ye, J., Yu, Z., Deng, Q., Zhang, X. (2020). Prevalence, risk factors and clinical correlates of depression in quarantined population during the COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*, 275, 119–124. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.035>
- Pietkiewicz, I., Smith, J. A. (2014). A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, 20(1), 7–14. <https://doi.org/10.14691/CPJ.20.1.7>
- Plümper, T., Neumayer, E. (2022). The Politics of Covid-19 Containment Policies in Europe. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 81, artykuł 103206. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2022.103206>
- Podwalski, P., Szczygiel, K., Tyburski, E., Samochowiec, A., Samochowiec, J. (2022). Obawy, postawy i porównanie wpływu epidemii COVID-19 na stan psychiczny pracowników medycznych oraz osób niewykonyjących zawodu medycznego. *Psychiatria Polska*, 56(2), 277–288. <https://doi.org/10.12740/PP/127006>
- Poland, G. A., Ovsyannikova, I. G., Crooke, S. N., Kennedy, R. B. (2020). SARS-CoV-2 Vaccine Development: Current Status. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(10), 2172–2188. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.07.021>
- Rahimi, F., Abadi, A. T. B. (2020). Practical strategies against the novel coronavirus and COVID-19—the imminent global threat. *Archives of Medical Research*, 51(3), 280–281. <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2020.03.005>
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians*, 113(8), 531–537. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
- Shaban, R. Z., Nahidi, S., Sotomayor-Castillo, C., Li, C., Gilroy, N., O'Sullivan, M. V., Bag, S. (2020). SARS-CoV-2 infection and COVID-19: The lived experience and perceptions of patients in isolation and care in an Australian healthcare setting. *American Journal of Infection Control*, 48(12), 1445–1450. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.08.032>
- Sher, L. (2020). COVID-19, anxiety, sleep disturbances, and suicide. *Sleep Medicine*, 70, 124. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.04.019>
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9–27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>
- Smith, J. A., Flowers, P., Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis Theory, Method, and Research*. SAGE.

- Sommerlad, A., Marston, L., Huntley, J., Livingston, G., Lewis, G., Steptoe, A., Fancourt, D. (2021). Social relationships and depression during the COVID-19 lockdown: longitudinal analysis of the COVID-19 Social Study. *Psychological Medicine*, 52(15), 1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291721000039>
- Sun, N., Wei, L., Wang, H., Wang, X., Gao, M., Hu, X., Shi, S. (2021). Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. *Journal of Affective Disorders*, 278, 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.040>
- Targa, A. D. S., Benítez, I. D., Moncusí-Moix, A., Arguimbau, M., de Batlle, J., Dalmaes, M., Barbé, F. (2021). Decrease in sleep quality during COVID-19 outbreak. *Sleep & Breathing = Schlaf & Atmung*, 25(2), 1055–1061. <https://doi.org/10.1007/s11325-020-02202-1>
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161–1173. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.38.11.1161>
- Ustun, G. (2021). Determining depression and related factors in a society affected by COVID-19 pandemic. *The International Journal of Social Psychiatry*, 67(1), 54–63. <https://doi.org/10.1177/0020764020938807>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), artykuł 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (wyd. 11). <https://icd.who.int/en>
- Zhang, H., Xie, F., Yang, B., Zhao, F., Wang, C., Chen, X. (2022). Psychological experience of COVID-19 patients: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *American Journal of Infection Control*, 50(7), 809–819. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.01.023>