

OCENA POZIOMU ZMĘCZENIA PANDEMIĄ COVID-19 WŚRÓD POLSKIEJ POPULACJI



RAPORT



dr n. o zdr. Katarzyna Domosławska-Żylińska
dr n. o zdr. Magdalena Krysińska-Pisarek

Rekomendacje:
dr hab. n. o zdr. Dorota Włodarczyk

Recenzja naukowa:
dr hab. profesor wizytujący Katarzyna Czabanowska



Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH
– Państwowy Instytut Badawczy
ul. Chocimska 24
00-791 Warszawa
telefon centrali: (22) 54-21-200, 54-21-400
fax: (22) 849-74-84, 849-35-13
email: dyrektor@pzh.gov.pl

ISBN 978-83-65870-51-3

Raport finansowany ze środków Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH
– Państwowy Instytut Badawczy w ramach realizacji projektu: 1ZKBW/21

© Copyright by Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, 2022

Przedruk materiałów w całości lub części jest możliwy wyłącznie za zgodą Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego. Cytowanie i wykorzystanie danych empirycznych dozwolone za podaniem źródła.



SPIS TREŚCI

Wstęp.....	4
Metodyka.....	9
Wyniki.....	11
Charakterystyka respondentów	11
Zmęczenie pandemią.....	15
Stosowanie się do zachowań ochronnych.....	26
Poziom zmęczenia pandemią a stosowanie zachowań ochronnych ...	30
Podsumowanie, wnioski i rekomendacje.....	31

WSTĘP



W obliczu pandemii COVID-19 rządy musiały podejmować szybkie i zdecydowane działania, aby chronić zdrowie i życie obywateli. Jednak wprowadzone

strategie wiązały się z ogromnymi kosztami społeczno-ekonomicznymi. Wprowadzenie m.in. lockdownu, nauki zdalnej, ograniczeń w dostępie do usług czy lekarzy może mieć długofalowe konsekwencje w obrębie różnych aspektów życia.¹

W czasie trwania pandemii obowiązywały w różnym zakresie restrykcje oraz zalecenia dotyczące zachowań prewencyjnych. Wśród nich wymienia się m.in. częste mycie rąk, kaszel i kichanie w zgięcie łokciowe (nie w dłoń), unikanie dotykania oczu, nosa i ust, ograniczenie spotkań towarzyskich i czasu spędzanego w zatłoczonych miejscach, unikanie bliskiego kontaktu z osobą chorą, czyszczenie i dezynfekcję często dotykanych przedmiotów i powierzchni. Powyższe zalecenia miały na celu ograniczenie transmisji wirusa.²

Według badań respektowanie zasad dotyczących noszenia maseczek oraz innych zachowań higienicznych kształtowało się na wysokim poziomie (ok. 90%). Jednak można zauważyć, iż częstotliwość stosowania zachowań ochronnych obniżała się wraz z czasem trwania pandemii.³ Taka sytuacja może być efektem zmęczenia pandemią, które jest zgłaszane przez państwa członkowskie w całym Europejskim Regionie WHO.⁴ Według ekspertów, mimo dostępności szczepionek nadal ważne jest utrzymanie wysokiego stopnia przestrzegania przez społeczeństwo zalecanych zachowań prewencyjnych, aby ograniczyć rozprzestrzenianie się choroby, zminimalizować ryzyko mutacji oraz chronić zdrowie i życie.⁵

1 OECD. COVID-19: Protecting people and societies. 2020: https://read.oecdilibrary.org/view/?ref=126_126985-nv145m3l96&title=COVID-19-Protecting-people-and-societies&_ga=2.92611416.496279576.1626077359-1928558800.1626077359

2 WHO. COVID-19 transmission and protective measures: <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/covid-19/information/transmission-protective-measures>

3 Badanie zachowań i reakcji na obostrzenia w funkcjonalizowaniu społecznym związanych z pandemią COVID-19, badanie własne, NIZP PZH-PIB

4 WHO. Pandemic fatigue – reinvigorating the public to prevent COVID-19. Policy framework for supporting pandemic prevention and management. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

5 Christie A, Mbaeyi SA, Walensky RP. CDC Interim Recommendations for Fully Vaccinated People: An Important First Step. JAMA 2021;325(15):1501-1502. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.4367>



WHO zdefiniowało zmęczenie pandemią jako demotywność do wykonywania zalecanych zachowań ochronnych, która pojawia się stopniowo w czasie pod wpływem emocji, doświadczeń i spostrzeżeń. Autorzy definicji podkreślają, iż słowo „zmęczenie” używane jest w kontekście bardziej potocznym niż klinicznym czy diagnostycznym. Odnosi się ono do poczucia wyczerpania i odczuwanego zmęczenia związanego z restrykcjami nakładanymi w celu ograniczenia i powstrzymania pandemii COVID-19.^{4, 6, 7}

Stopniowy brak motywacji jest naturalną reakcją społeczną związaną z sytuacją kryzysową. Na początku kryzysu obserwuje się wysoką mobilizację społeczną do dostosowania się do zaleceń, aby przetrwać sytuację stresującą. Zazwyczaj wysoki poziom mobilizacji ma charakter krótkotrwały. W przypadku kiedy sytuacja kryzysowa jest rozległa w czasie wymusza zmianę stylu radzenia sobie ze stresem co w konsekwencji może przybierać formę zmęczenia i demotywności.^{8, 9}

Rozwój demotywności jest skutkiem interakcji czynników, które mają wpływ na stosowanie zachowań prewencyjnych. Wśród tych czynników wymienia się m.in. indywidualny poziom motywacji i dostosowania się do zmian oraz wpływ środowiska kulturowego, społecznego, gospodarczego i prawnego. Wraz z czasem trwania pandemii, ludzie oswiają się z obecnością koronawirusa co może zmniejszać postrzeganie ryzyka. Dodatkowo nakładane ograniczenia związane z życiem społecznym, rodzinnym, ekonomicznym, kulturowym mogą wywołać poczucie straty lub niesprawiedliwości (szczególnie wśród osób nie będących w grupie

-
- 6 Morrison M, Parton K, Hine DW. Increasing belief but issue fatigue: changes in Australian Household Climate Change Segments between 2011 and 2016. *PLoS ONE*. 2018;13(6):e0197988. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197988>
 - 7 Masten AS, Motti-Stefandi F. Multisystem resilience for children and youth in disaster: reflections in the context of COVID-19. *Advers Resil Sci*. 2020;1–12. <https://doi.org/10.1007/s42844-020-00010-w>
 - 8 Masten AS, Cicchetti D. Resilience in development: progress and transformation. In: Cicchetti D, editor. *Developmental psychopathology*. Volume 4. Risk, resilience, and intervention. 3rd edition. Hoboken: Wiley; 2016:271–333. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy406>
 - 9 Habersaat KB, Betsch C, Danchin M, Sunstein CR, Böhm R, Falk A et al. Ten considerations for effectively managing the COVID-19 transition. *Nature Hum Behav*. 2020;4:677–87. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0906-x>



podwyższonego ryzyka). Dodatkowo, nakładane obostrzenia mogą przez społeczeństwo być rozpatrywane w kategorii kosztów. Kosztem jest mycie rąk, noszenie maseczek, izolacja, zachowanie dystansu. Koszty ponoszone są przez społeczeństwo w danej chwili. Korzyści natomiast są odległe i niepewne. Mogą pojawić się pytania:

1. Czy jeśli będę myć ręce (koszt) na pewno nie zachoruję (korzyść)?
2. Ile razy dziennie muszę myć ręce aby mieć pewność, że nie zostanę zakażony?

Biorąc pod uwagę niecierpliwą naturę ludzką, preferowane są sytuacje kiedy to korzyści widoczne są od razu a koszty są odroczone w czasie. Sytuacja związana z pandemią i ograniczeniami jest odwrotnością oczekiwanego schematu, co może stanowić barierę w przestrzeganiu obostrzeń.^{10, 11} Przyczyną zmęczenia pandemią może być fakt poczucia zmniejszenia kontroli nad własnym życiem wynikającym z nakładanych obostrzeń, które mają charakter zmienny, uniemożliwiający długoterminowe planowanie. Dodatkowo może występować zjawisko zmęczenia decyzyjnego (ang. *decision fatigue*). *Przejawia się ono przez niechęć do podejmowania decyzji, kierowanie się wyborami domyślnymi lub impulsywnymi – tak, aby możliwie zmniejszyć wysiłek związany z dokonywaniem wyborów.*¹² Ilość podejmowanych dziennie decyzji prowadzi do obniżenia jakości wyborów.¹³ W ciągu dnia człowiek podejmuje ponad 30 tysięcy decyzji. Sytuacja związana z COVID-19 zmienia styl życia codziennego, pracy, mobilności co wymaga podejmowania nowych decyzji w nowych warunkach. Niektóre decyzje mogą być bezpośrednio

-
- 10 Chapman G., Loewenstein G., Why Americans are tiring of social distancing and hand-washing – 2 behavioral scientists explain, 28.05.2020, <https://theconversation.com/why-americans-are-tiring-of-social-distancing-and-hand-washing-2-behavioral-scientists-explain-139625>
 - 11 Wasilewska M. Ekonomia behawioralna a COVID-19: czemu nie zawsze zachowujemy się tak, jak powinniśmy i jak temu zaradzić? Fundacja Lipińskiego: https://fundacjalipinskiego.pl/ekonomia-behawioralna-a-covid-19-czemu-nie-zawsze-zachowujemy-sie-tak-jak-powinnismy-i-jak-temu-zaradzc/#_ftn4
 - 12 Ember S. The boredom economy. The New York Times, 21.02.2021, <https://www.nytimes.com/2021/2/20/business/gamestop-investing-economy.html>
 - 13 Danziger, Shai, Jonathan Levav, Liora Avnaim-Pesso. Extraneous factors in judicial decisions. Proc Natl Acad Sci USA 2011;108(17):6889-6892 doi: <https://doi.org/10.1073/pnas.1018033108>



związane ze zdrowiem i możliwością zakażenia: wybór pomiędzy publicznym środkiem transportu a rowerem w drodze do pracy lub spotkanie ze znajomymi a samotne spędzenie wieczoru. Konsekwencje decyzji podjętej w sposób automatyczny, mogą być bardziej ryzykowne dla zdrowia. Zmęczenie decyzyjne może stanowić element zmęczenia pandemią.^{10,11} Długotrwała samokontrola również może wpływać na zmęczenie pandemią poprzez wywołanie stanu związanego z wyczerpaniem woli, wyczerpaniem ego (ego-depletion). Samokontrola, rozumiana jako świadomy, wymagający wysiłku, pochłaniający zasoby mentalne proces powstrzymywania impulsu w celu osiągnięcia długoterminowego celu lub postępowania zgodnie z regułami.¹⁴ Wyczerpanie ego wpływa m.in. na zdolność kontrolowania, ale także na podstawowe procesy poznawcze, chęć podjęcia nowych działań i przezwycięzenie bierności oraz zdolność reagowania na normy społeczne.¹⁵ Codziennej samokontroli wymaga mycie rąk, utrzymywanie dystansu społecznego, noszenie maseczki, co pochłania zasoby mentalne. Jeśli ich wyczerpanie doprowadzi do wyczerpania ego nastąpi utrata samokontroli i obniżenie częstości przestrzegania obostrzeń i restrykcji dotyczących COVID-19.

Do zmęczenia pandemią może prowadzić także przyzwyczajenie się do sytuacji kryzysowej, która trwa długo. Ludzie stopniowo akceptują zagrożenie jakie niesie ze sobą pandemia, co skutkuje zachowaniem spokoju i brakiem chęci podejmowania dodatkowych działań prewencyjnych.^{4, 16, 17}

-
- 14 Muraven M. Ego depletion: theory and evidence. In: Ryan Richard M., editor. The Oxford handbook of human motivation. Oxford: Oxford University Press; 2012.
 - 15 van Grunsven J. Perceptual breakdown during a global pandemic: introducing phenomenological insights for digital mental health purposes. *Ethics Inf Technol.* 2020 Sep 1: 1–8. <https://doi.org/10.1007/s10676-020-09554-y>
 - 16 Hutchins HJ et al. COVID-19 Mitigation Behaviors by Age Group — United States, April–June 2020. *US Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report.* 2020;69(43):1584-90
 - 17 Fisher KA, Tenforde MW, Feldstein LR, et al. Community and close contact exposures associated with COVID-19 among symptomatic adults ≥18 years in 11 outpatient health care facilities—United States, July 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1258–64. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6936a5>





W trakcie trwania lockdownu głównym źródłem informacji o pandemii stały się media społecznościowe.¹⁸ Badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii pokazuje, iż przeciążenia informacyjnego dotyczącego tematyki związanej z COVID-19 doświadczają osoby reprezentujące pokolenie Z (osoby urodzone w okresie od połowy lat 90. do początku 2010 roku), jako główni użytkownicy mediów społecznościowych, co negatywnie wpływa na ich samopoczucie psychiczne.¹⁵

Zmęczenie pandemią składa się z dwóch, silnie skorelowanych czynników – zmęczenia behawioralnego i zmęczenia informacyjnego. Zmęczenie behawioralne to przykładowo poczucie demotywacji i napięcia w walce z COVID-19. Przykładem zmęczenia informacyjnego jest poczucie zmęczenia słuchaniem o COVID-19. Oba czynniki przyczyniają się do ogólnego odczuwania przez społeczeństwo zmęczenia pandemią. Częściej jest ono odczuwalne przez osoby młodsze, z wysokim poziomem ekstrawersji. Przyczyny upatruje się w przeczuciu tych osób, iż muszą stale stawiać potrzeby osób z grupy podwyższonego ryzyka (np. seniorów) przed swoimi potrzebami.¹³

Niniejszy dokument został opracowany w celu przedstawienia wyników badania dotyczącego oceny poziomu zmęczenia pandemią COVID-19 wśród populacji polskiej oraz przedstawienia rekomendacji dotyczącej komunikacji mającej na celu wspieranie aktywności i poparcia społecznego dla zachowań profilaktycznych.

18 Elbarazi I, Saddik B, Grivna M, Aziz F, Elsoni D, Stip E, Bendak E. The Impact of the COVID-19 “Infodemic” on Well-Being: A Cross-Sectional Study. *J Multidiscip Healthc.* 2022;15:289-307 <https://doi.org/10.2147/JMDH.S346930>



METODYKA



Badanie zmęczenia pandemią przeprowadzono przy użyciu techniki CATI (Computer Assisted Telephone Interview). Badanie miało miejsce w listopadzie 2021 podczas IV fali pandemii. W badaniu uczestniczyło 1060 respondentów. Metoda doboru badanej próby – losowa próba reprezentatywna dla ludności Polski w wieku 18 lat i starszym o liczebności minimum $n=1060$ przy założeniach:

- a)** liczba osób w próbie w każdym województwie powinna być proporcjonalna do wielkości liczby mieszkańców w województwie,
- b)** w każdym województwie powinna być zachowana proporcja płci i wieku (18-39; 40-59; 60+),
- c)** ponadto w skali całego kraju musi być zachowana proporcja mieszkańców miast i wsi według płci i wieku (18-39; 40-59; 60+).

W celu zebrania danych zastosowano kwestionariusz ankietowy. Pierwszą część stanowiły dane socjodemograficzne, druga część zawierała Skalę Zmęczenia Pandemią (Pandemic Fatigue Scale) – pytania adaptowane m.in. z kwestionariusza badania COSMO (COVID-19 Snapshot MOnitoring) za pomocą metody backtranslation¹⁹. Skala zmęczenia pandemią zawiera 6 stwierdzeń (np. jestem zmęczony ilością informacji na temat COVID-19 w programach telewizyjnych, gazetach i programach radiowych etc. oraz mam dość stosowania się do zaleceń dotyczących COVID-19, tylko dlatego żeby chronić osoby z grup ryzyka). Każde ze stwierdzeń jest oceniane w 7-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza zdecydowanie się nie zgadzam, a 7 – zdecydowanie się zgadzam. Kolejna część, również nawiązywała do kwestionariusza badania COSMO, znalazły się w niej pytania dotyczące zachowań ochronnych (17 zachowań w 4 kategoriach: higiena, dystans społeczny, noszenie maseczki oraz poszukiwanie informacji). W tej części również przy konstruowaniu pytań zastosowano metodę backtranslation.

Przed realizacją badania głównego wykonano badanie pilotażowe celem sprawdzenia poprawności i czytelności narzędzia badawczego.

¹⁹ Tłumaczenie wsteczne – pytania z języka angielskiego zostały przetłumaczone na język polski i ponownie na język angielski przez innego badacza w celu uzyskania jak największej dokładności tłumaczenia



Uzyskane wyniki poddano analizom statystycznym. W celu obliczenia korelacji pomiędzy poszczególnymi wskaźnikami (części socjodemograficznej, zmęczenia pandemią, zachowań ochronnych), wskaźniki te obliczone zostały jako mediana odpowiedzi z poszczególnych bloków pytań. Dla ustalenia niezależności dwóch zmiennych kategoriycznych wykorzystano test Chi-kwadrat. W przypadku zależności pomiędzy zmienną ilościową, a zmienną jakościową, ze względu na brak rozkładu normalnego wśród badanych zmiennych ilościowych, wykorzystano nieparametryczne testy U Manna-Whitneya (w przypadku dwóch grup) lub Kruskala-Wallisa (w przypadku trzech lub więcej grup). Jako poziom istotności przyjęto wartość 0,05, a wartości p przedstawiono jako kolejne poziomy prawdopodobieństwa: $p < 0,05$, $p < 0,01$ oraz $p < 0,001$. W celu sprawdzenia monotonicznych zależności pomiędzy dwiema zmiennymi wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana. Wszystkie obliczenia i wykresy wykonano w programie R1 (wersja 4.0.0) i Microsoft Excel.



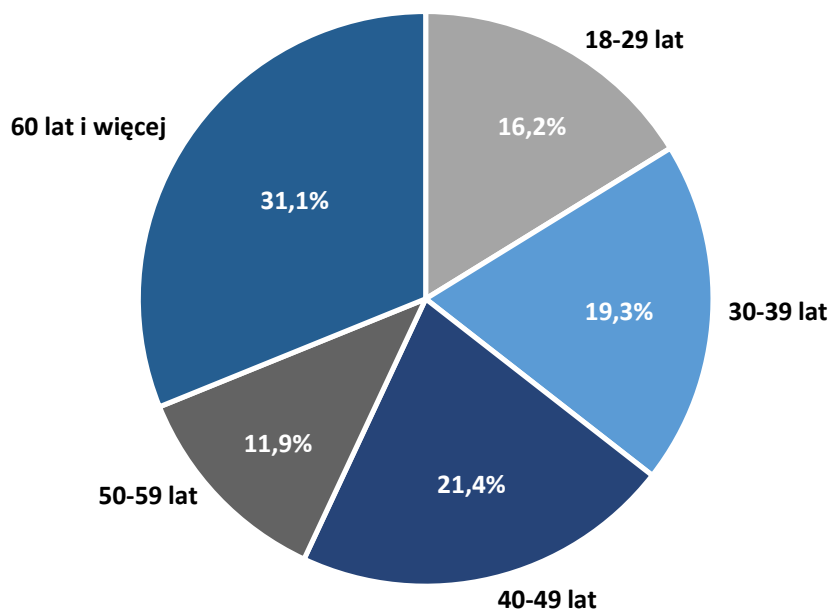
WYNIKI



W tej części zostaną przedstawione wyniki dotyczące zmęczenia pandemią, stosowania zachowań ochronnych przez respondentów oraz korelacje między zmęczeniem pandemią a stosowaniem zachowań ochronnych.

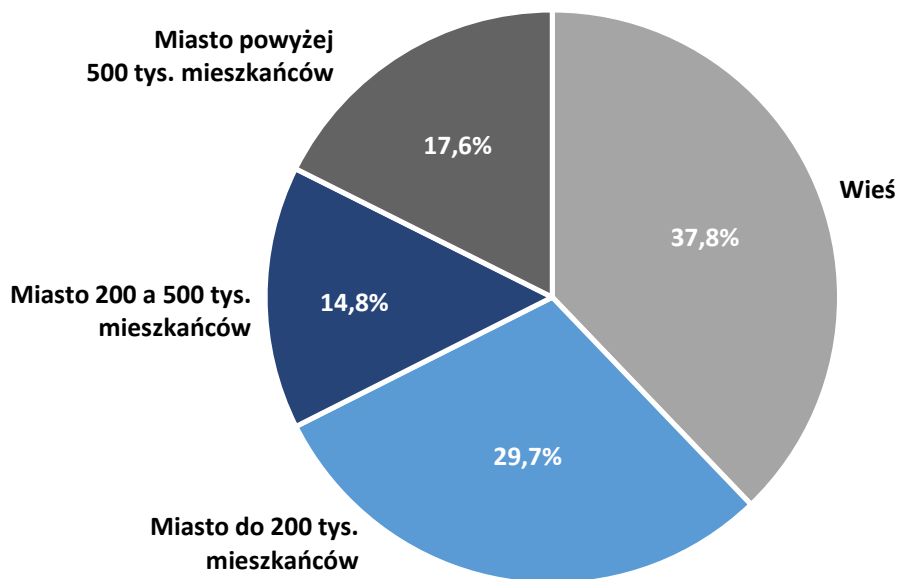
CHARAKTERYSTYKA RESPONDENTÓW

W badaniu uczestniczyło 1060 badanych w wieku od 18 lat, z czego 52,4% stanowiły kobiety. W badaniu uczestniczyły osoby od 18 roku życia. Osoby pomiędzy 18 a 39 rokiem życia stanowiły 35,5% badanych, podczas gdy około 33,3% ankietowanych miało pomiędzy 40 a 59 lat. Najstarsi respondenci (powyżej 60 roku życia) stanowili około 31,1% wszystkich uczestników badania (Rycina 1).



Rycina 1. Wiek respondentów (n=1060)

Wśród uczestników badania najczęściej (ok. 37,8%) było mieszkańcami wsi, najmniej (14,8%) mieszkańcami miast od 200 do 500 tys. mieszkańców (Rycina 2).



Rycina 2. Miejsce zamieszkania respondentów (n=1060)

Najwięcej badanych mieszkało w województwie mazowieckim (13,8%) i śląskim (11,8%), najmniej w lubuskim (2,7%) i opolskim (2,7%) (Tabela 1).

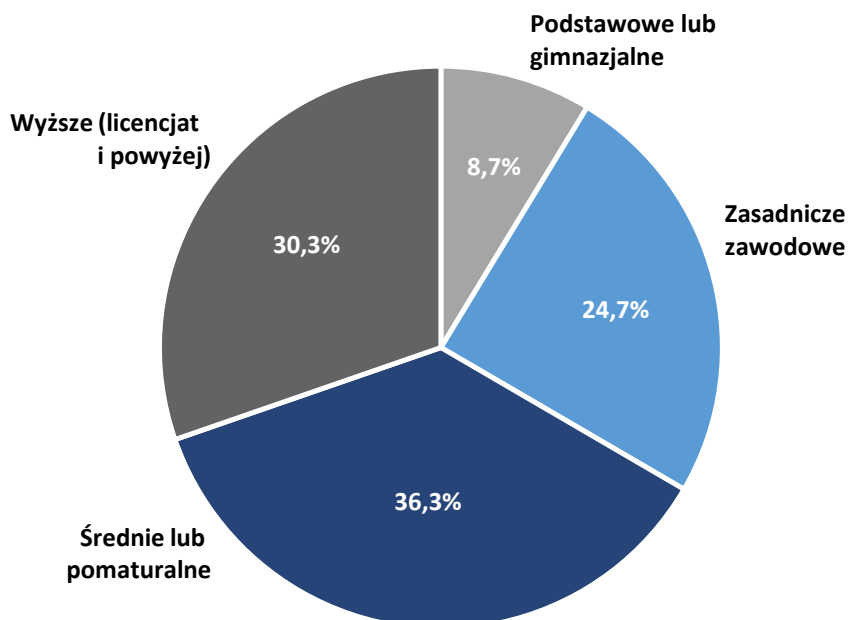
Tabela 1. Miejsce zamieszkania respondentów (n=1060)

Województwo	Ogółem	Województwo	Ogółem
Mazowieckie	13,8%	Podkarpackie	5,3%
Śląskie	11,8%	Kujawsko-pomorskie	4,5%
Wielkopolskie	9,0%	Zachodniopomorskie	4,5%
Małopolskie	8,9%	Warmińsko-mazurskie	3,8%
Dolnośląskie	7,5%	Świętokrzyskie	3,4%
Łódzkie	6,4%	Podlaskie	3,0%
Pomorskie	6,0%	Lubuskie	2,7%
Lubelskie	5,6%	Opolskie	2,7%



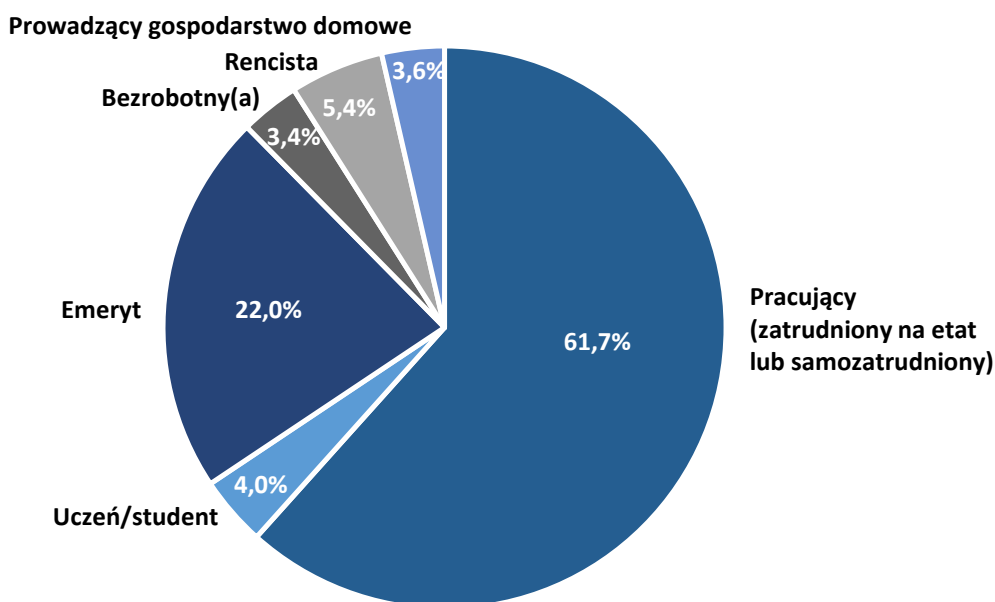


Wśród uczestników badania około 36,3% deklaroowało wykształcenie średnie bądź pomaturalne, 30,3% wykształcenie wyższe. Jedna czwarta (24,7%) respondentów miała wykształcenie zasadnicze zawodowe, a najmniej (8,7%) uczestników badania zadeklarowało wykształcenie podstawowe lub gimnazjalne (Rycina 3).

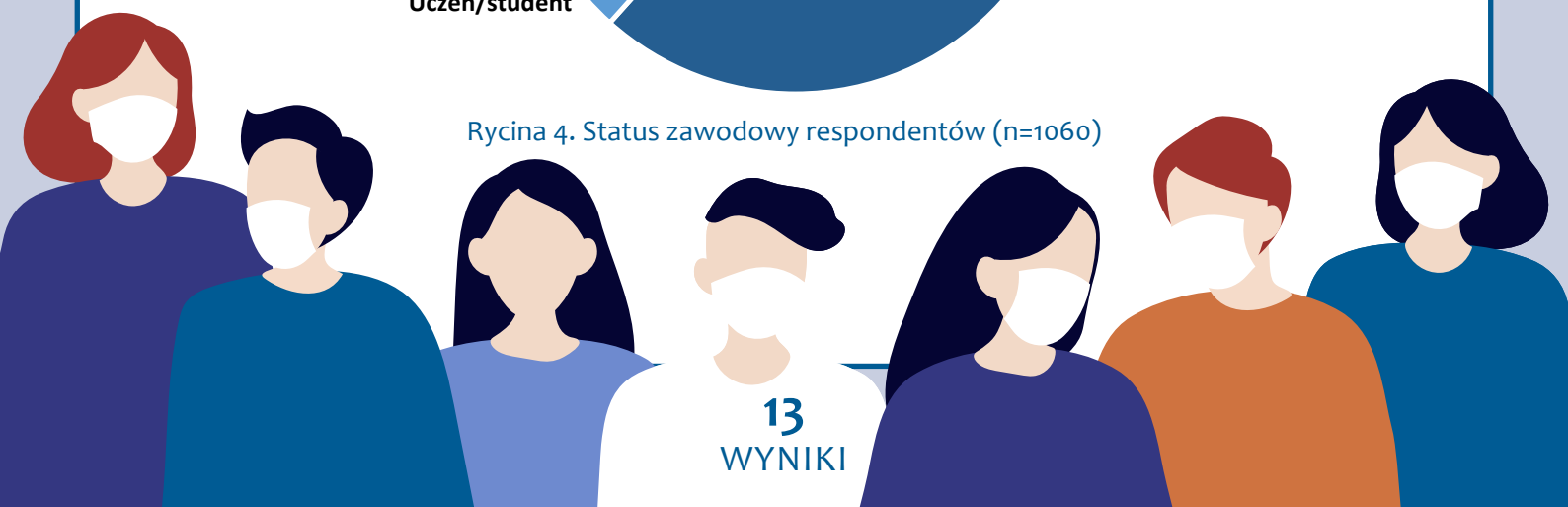


Rycina 3. Wykształcenie respondentów (n=1060)

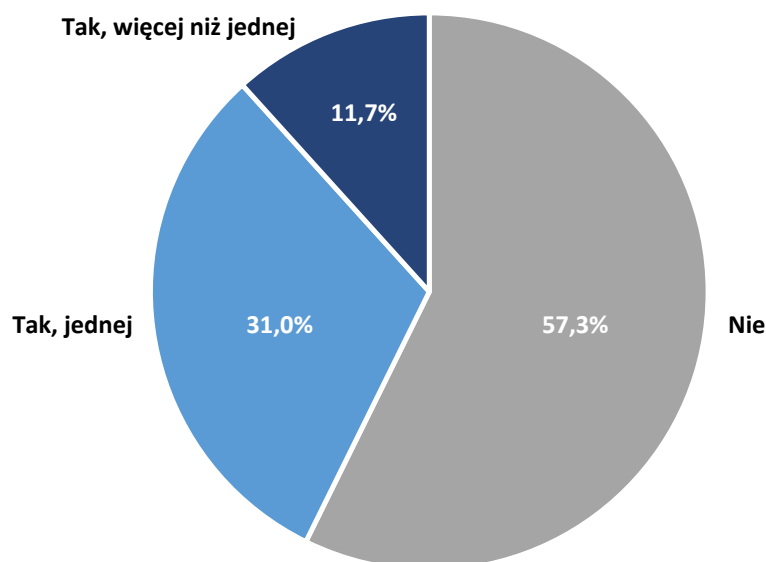
Najwięcej badanych było zatrudnionych na etat lub samozatrudnionych (61,7%), najmniejszy odsetek stanowili prowadzący gospodarstwo rolne oraz bezrobotni (odpowiednio 3,6% i 3,4%) (Rycina 4).



Rycina 4. Status zawodowy respondentów (n=1060)

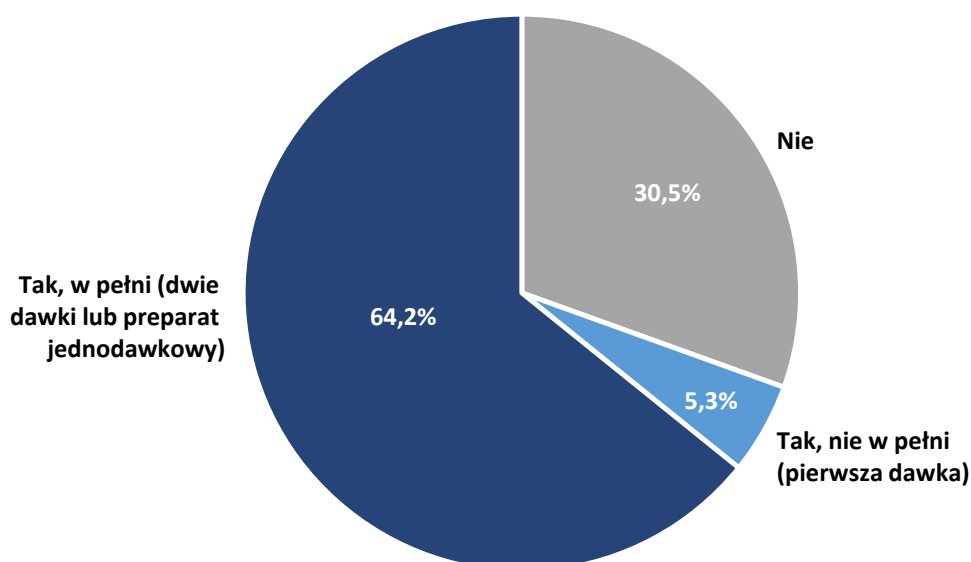


Ponad połowa uczestników badania nie wymagała leczenia z powodu występowania u nich chorób przewlekłych (np. cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, przewlekłej obstrukcyjnej choroby płuc). Podczas gdy jedna trzecia uczestników badania leczyła się na jedną chorobę przewlekłą, około 11,3% leczyło się z powodu więcej niż jednej przewlekłej choroby (Rycina 5).



Rycina 5. Leczenie z powodu występowania choroby przewlekłej (n=1060)

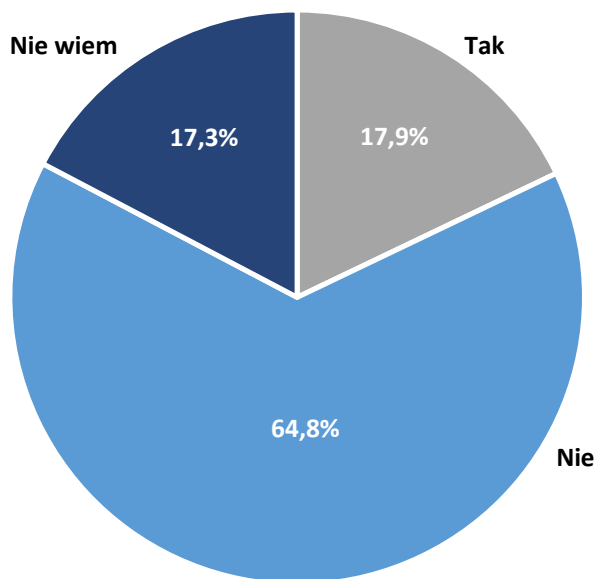
Osoby w pełni zaszczepione przeciw COVID-19 stanowiły większość badanych (64,2%), a nie w pełni zaszczepione osoby stanowiły 5,3%. Około jedna trzecia badanych (30,5%) zadeklarowała, iż nie zaszczepiła się przeciwko COVID-19 (Rycina 6).



Rycina 6. Zaszczepienie przeciwko COVID-19 (n=1060)



Na COVID-19 chorowało 17,9% respondentów a 17,3% nie potrafiło jednoznacznie tego stwierdzić (Rycina 7).

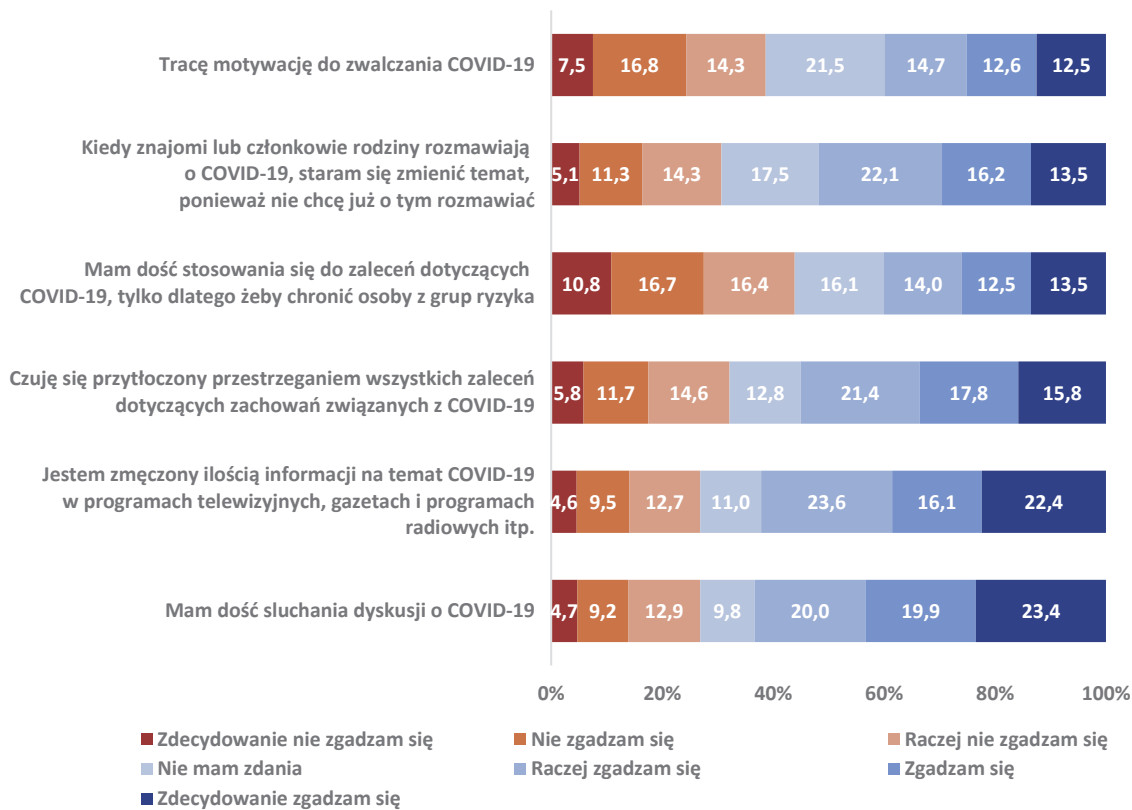


Rycina 7. Chorowanie na COVID-19 (n=1060)

ZMĘCZENIE PANDEMIĄ

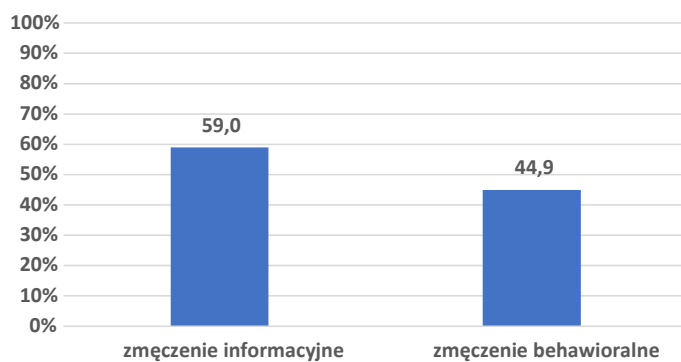
W stopniu od umiarkowanego do bardzo intensywnego (odpowiedzi od raczej zgadzam się do zdecydowanie zgadzam się) 63,3% badanych ma dość słuchania dyskusji o COVID-19 (Rycina 8); 62,1% jest zmęczonych ilością informacji na temat COVID-19 w programach telewizyjnych, gazetach i programach radiowych; 55% czuje się przytłoczonych przestrzeganiem wszystkich zaleceń dotyczących COVID-19; 51,8% stara się zmienić temat, kiedy znajomi lub członkowie rodziny rozmawiają o COVID-19, ponieważ nie chce już o tym rozmawiać; 40% ma dość stosowania się do zaleceń dotyczących COVID-19, tylko dlatego żeby chronić osoby z grup ryzyka; 39,8% traci motywację do zwalczania COVID-19.





Rycina 8. Procentowy rozkład odpowiedzi na stwierdzenia określające zmęczenie pandemią (n=1060) (%)

Zmęczenia informacyjnego doświadcza 59% badanych, zmęczenia behawioralnego ok. 45% badanych (Rycina 9).



Rycina 9. Zmęczenie behawioralne i informacyjne dotyczące pandemii COVID-19 w Polsce (n=1060)



ZMĘCZENIE PANDEMIĄ W ZALEŻNOŚCI OD PŁCI

Analiza statystyczna wykazała różnice w odpowiedziach w zależności od płci respondentów (Tabela 2).

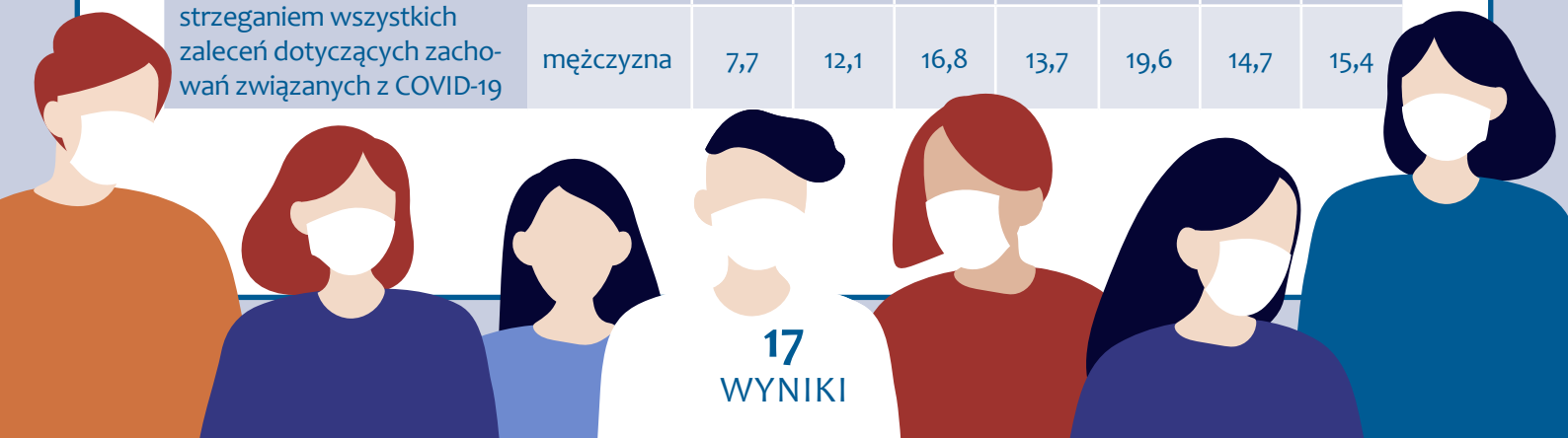
Tabela 2. Zmęczenie pandemią w zależności od płci (n=1060)

	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	p
Ogółem	4,50	1,69	4,50	
Kobiety	4,62	1,67	5,00	<0,05
Mężczyźni	4,37	1,70	4,50	

Biorąc pod uwagę płeć, kobiety przejawiały większe zmęczenie pandemią w odniesieniu do 3 stwierdzeń ze Skali Zmęczenia Pandemią. Kobiety statystycznie częściej niż mężczyźni zgadzały się ze stwierdzeniem, iż mają dość słuchania dyskusji o COVID-19 (68,1% kobiety, 58,0% mężczyźni). Kobiety częściej niż mężczyźni przyznawały, iż starają się zmienić temat kiedy znajomi bądź rodzina rozmawiają o COVID – 19, gdyż nie chcą już o tym rozmawiać (58,0% kobiety, mężczyźni 45,0%). Kobiety (59,8%) również częściej od mężczyzn (49,7%) czuły się przytłoczony przestrzeganiem wszystkich zaleceń związanych z COVID-19 (Tabela 3).

Tabela 3. Rozkład odpowiedzi na pytania ze Skali Zmęczenia Pandemią w zależności od płci (n=1060) (%)

		Zdecydowanie nie zgadzam się	Nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Mam dość słuchania dyskusji o COVID-19	kobieta	4,0	7,9	10,6	9,4	20,0	23,6	24,5
	mężczyzna	5,5	10,7	15,4	10,3	20,0	15,8	22,2
Kiedy znajomi lub członkowie rodziny rozmawiają o COVID-19, staram się zmienić temat, ponieważ nie chcę już o tym rozmawiać	kobieta	3,6	11,2	12,1	15,1	24,1	19,1	14,8
	mężczyzna	6,7	11,5	16,8	20,0	19,8	13,1	12,1
Czuję się przytłoczony przestrzeganiem wszystkich zaleceń dotyczących zachowań związanych z COVID-19	kobieta	4,1	11,4	12,6	12,1	23,1	20,7	16,0
	mężczyzna	7,7	12,1	16,8	13,7	19,6	14,7	15,4



Zmęczenia informacyjnego (odpowiedzi od raczej się zgadzam do zdecydowanie się zgadzam) doświadcza 63,9% kobiet i 53,7% mężczyzn, zmęczenia behawioralnego 47,4% kobiet oraz 42,2% mężczyzn.

ZMĘCZENIE PANDEMIĄ W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU

Analiza statystyczna wykazała zależności pomiędzy doświadczaniem zmęczenia pandemią a wiekiem respondentów. Osoby powyżej 60-tego roku życia w zdecydowanie mniejszym stopniu doświadczały zmęczenia pandemią w porównaniu do osób młodszych (30-39 lat) (Tabela 4).

Tabela 4. Średnie wartości dla stwierdzeń dotyczących zmęczenia pandemią w zależności od wieku

	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	p
Ogółem	4,50	1,69	4,50	
18-29 lat	5,02	1,44	5,00	
30-39 lat	5,13	1,53	5,00	
40-49 lat	4,68	1,66	5,00	<0,001
50-59 lat	4,35	1,72	4,50	
60 lat i więcej	3,77	1,64	3,50	

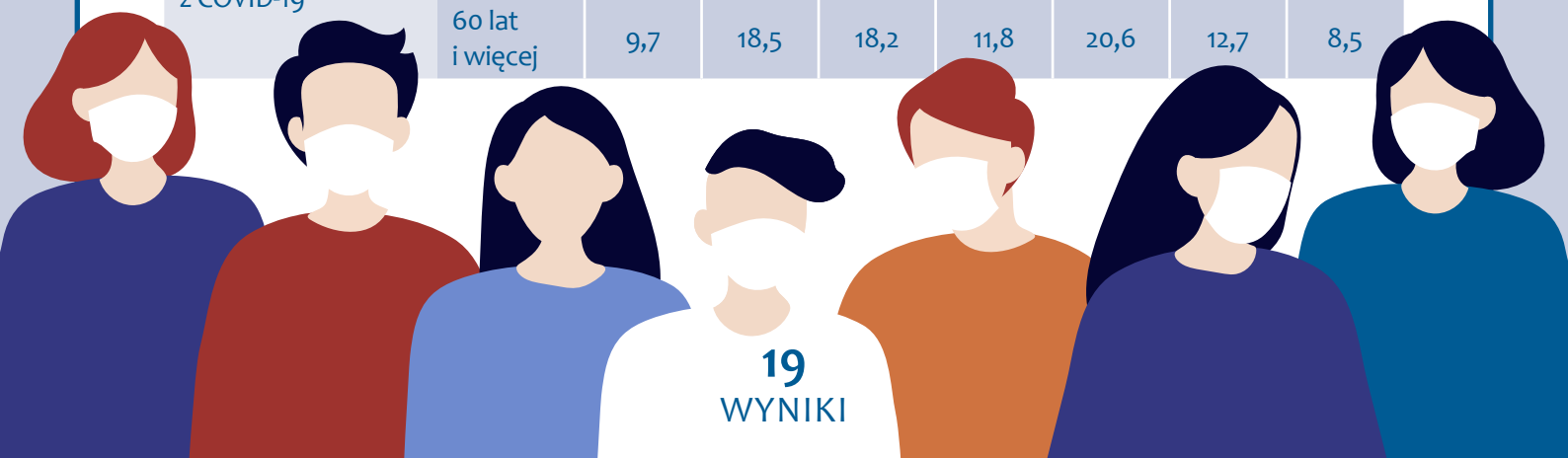
Analiza statystyczna wykazała zależności pomiędzy zgodnością z poszczególnymi stwierdzeniami odnoszącymi się do zmęczenia pandemią a wiekiem respondentów (Tabela 5). Zależności dotyczyły wszystkich 6 badanych stwierdzeń.

Osoby mające więcej niż 60 lat rzadziej (10,6%) niż osoby młodsze zdecydowanie zgadzały się ze stwierdzeniem, iż są zmęczone ilością informacji w środkach masowego przekazu (Tabela 5). Dla porównania grupą, w której odsetek odpowiedzi zdecydowanie zgadzających się z powyższym stwierdzeniem osiągnął wartość najwyższą były osoby mające od 30 do 39 lat (38,5%).



Tabela 5. Rozkład odpowiedzi na stwierdzenia dotyczące zmęczenia pandemią w zależności od wieku (n=1060) (%)

		Zdecydowanie nie zgadzam się	Nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Jestem zmęczony ilością informacji na temat COVID-19 w programach telewizyjnych, gazetach i programach radiowych itp.	Ogółem	4,6	9,5	12,7	11,0	23,6	16,1	22,4
	18-29 lat	3,5	4,7	6,4	7,6	26,7	25,6	25,6
	30-39 lat	2,0	4,9	5,4	7,8	24,4	17,1	38,5
	40-49 lat	3,1	8,8	12,8	10,6	22,0	17,6	25,1
	50-59 lat	4,0	10,3	16,7	11,1	24,6	15,9	17,5
	60 lat i więcej	8,2	15,2	19,1	15,2	22,1	9,7	10,6
Mam dość słuchania dyskusji o COVID-19	Ogółem	4,7	9,2	12,9	9,8	20,0	19,9	23,4
	18-29 lat	2,3	7,0	5,2	7,0	22,1	26,2	30,2
	30-39 lat	1,5	3,9	7,3	7,8	22,9	18,5	38,0
	40-49 lat	4,4	9,3	11,5	10,6	19,4	22,0	22,9
	50-59 lat	4,8	12,7	11,9	15,1	15,1	19,8	20,6
	60 lat i więcej	8,2	12,4	21,8	10,0	19,4	16,1	12,1
Kiedy znajomi lub członkowie rodziny rozmawiają o COVID-19, staram się zmienić temat, ponieważ nie chcę już o tym rozmawiać	Ogółem	5,1	11,3	14,3	17,5	22,1	16,2	13,5
	18-29 lat	3,5	9,3	9,9	15,7	25,0	22,7	14,0
	30-39 lat	3,4	6,3	8,3	17,6	23,4	21,0	20,0
	40-49 lat	5,3	10,1	12,8	17,2	22,9	17,2	14,5
	50-59 lat	1,6	16,7	11,9	19,8	23,8	13,5	12,7
	60 lat i więcej	8,2	14,2	22,4	17,6	18,5	10,3	8,8
Czuję się przytłoczony przestrzeganiem wszystkich zaleceń dotyczących zachowań związanych z COVID-19	Ogółem	5,8	11,7	14,6	12,8	21,4	17,8	15,8
	18-29 lat	4,7	6,4	12,2	12,2	24,4	24,4	15,7
	30-39 lat	3,9	5,4	13,7	13,7	18,5	20,5	24,4
	40-49 lat	3,5	10,1	13,2	11,0	22,9	19,8	19,4
	50-59 lat	4,8	14,3	12,7	18,3	21,4	14,3	14,3
	60 lat i więcej	9,7	18,5	18,2	11,8	20,6	12,7	8,5

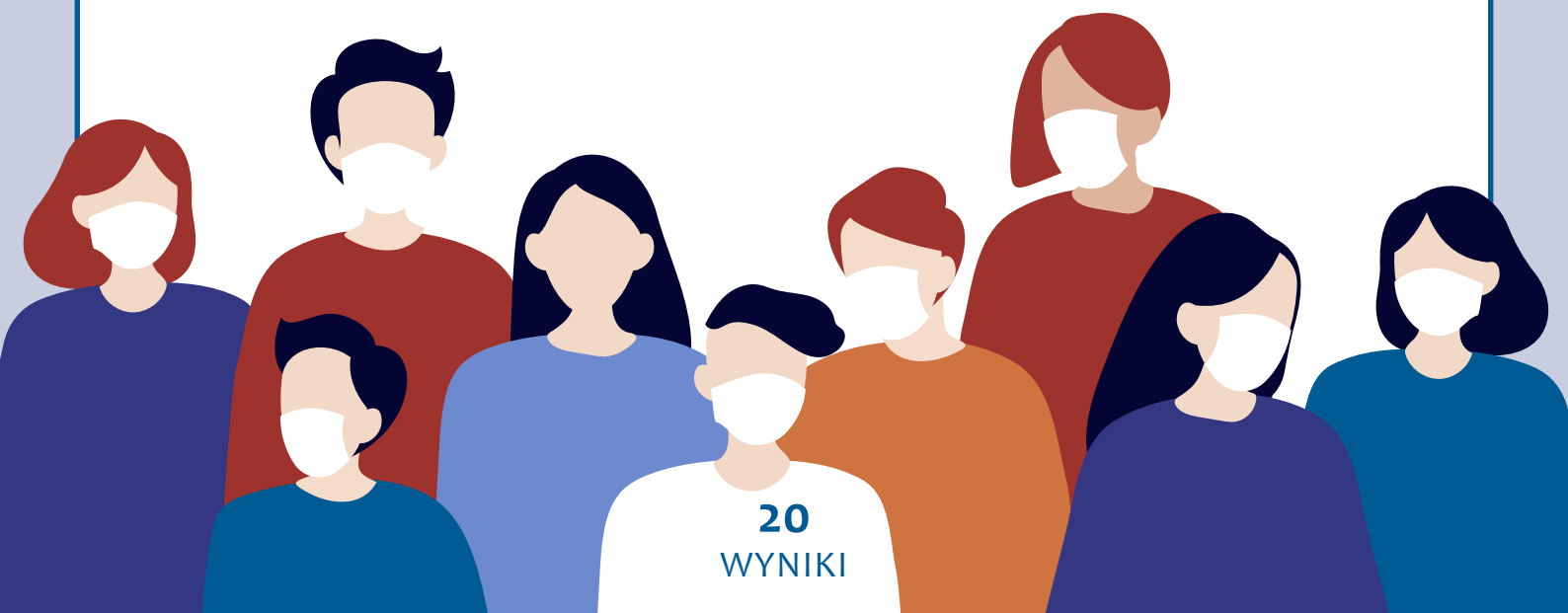




		Zdecydowanie nie zgadzam się	Nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Mam dość stosowania się do zaleceń dotyczących COVID-19, tylko dlatego żeby chronić osoby z grup ryzyka	Ogółem	10,8	16,7	16,4	16,1	14,0	12,5	13,5
	18-29 lat	4,7	9,9	17,4	18,0	16,3	19,2	14,5
	30-39 lat	7,8	9,8	12,2	18,5	13,7	17,6	20,5
	40-49 lat	9,7	16,3	12,8	16,3	18,1	11,5	15,4
	50-59 lat	9,5	18,3	17,5	14,3	12,7	14,3	13,5
	60 lat i więcej	17,3	24,2	20,6	14,2	10,6	5,8	7,3
Tracę motywację do zwalczania COVID-19	Ogółem	7,5	16,8	14,3	21,5	14,7	12,6	12,5
	18-29 lat	1,7	9,9	9,3	24,4	17,4	19,8	17,4
	30-39 lat	3,4	8,3	8,3	27,3	15,1	18,0	19,5
	40-49 lat	8,4	13,2	14,1	19,8	17,2	11,5	15,9
	50-59 lat	9,5	17,5	16,7	19,8	13,5	12,7	10,3
	60 lat i więcej	11,5	27,9	20,0	18,2	11,8	6,4	4,2

Osoby mające więcej niż 60 lat również rzadziej niż ogół respondentów (12,1% w porównaniu do 23,4%) zdecydowanie zgadzały się ze stwierdzeniem, iż mają dość słuchania dyskusji o COVID-19 (Tabela 5). Wśród pozostałych grup wiekowych odsetek odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się” był wyższy – najwyższą wartość uzyskał w grupie osób od 30 do 39 roku życia (38,0%).

Analiza odpowiedzi wskazuje, iż osoby powyżej 60 roku życia rzadziej starają się zmienić temat rozmowy ze znajomymi bądź rodziną, gdy poruszana jest tematyka związana z COVID-19. Respondenci z tej grupy wiekowej częściej niż reszta badanych zaznaczali odpowiedzi przeczące – „zdecydowanie nie zgadzam się” zaznaczyło 8,2% badanych, a „raczej nie zgadzam się” 22,4% (Tabela 5). Dla porównania wśród osób w wieku 30-39 lat odsetki te wynosiły odpowiednio 5,1% i 14,3%.



Młodszy respondenci częściej niż osoby starsze czują się przytłoczeni koniecznością przestrzegania wszystkich zaleceń wprowadzonych ze względu na pandemię COVID-19 (Tabela 5). Osoby mające 60 lat i więcej rzadziej niż reszta badanych (8,5%) wskazywali, iż zdecydowanie zgadzają się z powyższym stwierdzeniem, podczas gdy w pozostałych grupach udział odpowiedzi kształtowały się na poziomie 24,4%-14,3%.

Konieczność stosowania się do zaleceń dotyczących COVID-19 w celu chronienia osób z grup ryzyka nie stanowi problemu dla osób w wieku powyżej 60 lat. W porównaniu do reszty respondentów rzadziej wskazywali oni odpowiedź „zdecydowanie tak” przy stwierdzeniu, iż mają dość stosowania się do zaleceń (Tabela 5). Dla porównania wśród osób z grupy 30-39 lat odsetek odpowiedzi zdecydowanie potwierdzających wynosił 20,5%.

Osoby mające mniej niż 60 lat częściej przyznawały, iż tracą motywację do zwalczania COVID-19 – odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się” oscylowały w granicach 10,3%-19,5% (Tabela 5). Dla porównania wśród najstarszych respondentów (60 lat i więcej) odpowiedź tą wskazało zaledwie 4,2% badanych.

ZMĘCZENIE PANDEMIĄ W ZALEŻNOŚCI OD WYSTĘPOWANIA CHOROÓB PRZEWLEKŁYCH

U osób leczących się na więcej niż 1 chorobę przewlekłą zaobserwowano niższy poziom zmęczenia pandemią (Tabela 6).

Tabela 6. Średnie wartości dla stwierdzeń dotyczących zmęczenia pandemią w zależności od leczenia się z powodu występowania chorób przewlekłych

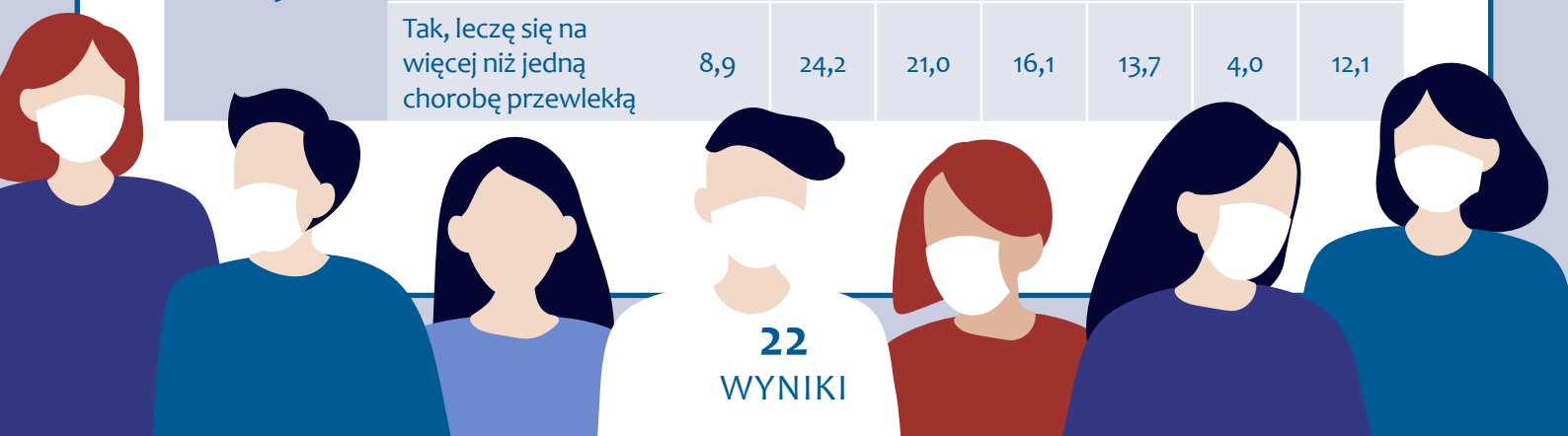
	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	p
Ogółem	4,50	1,69	4,50	
Nie leczę się na choroby przewlekłe	4,67	1,68	5,00	
Tak, leczę się na jedną chorobę przewlekłą	4,39	1,66	4,50	<0,001
Tak, leczę się na więcej niż jedną chorobę przewlekłą	3,94	1,69	3,75	



Różnice zaobserwowano wobec 3 stwierdzeń: „Jestem zmęczony ilością informacji na temat COVID-19 w programach telewizyjnych, gazetach i programach radiowych itp.”, „Mam dość stosowania się do zaleceń dotyczących COVID-19, tylko dlatego żeby chronić osoby z grup ryzyka” oraz „Tracę motywację do zwalczania COVID-19” w zależności od występowania u respondenta chorób przewlekłych”.

Tabela 7. Rozkład odpowiedzi na stwierdzenia dotyczące zmęczenia pandemią w zależności od występowania u respondentów chorób przewlekłych (n=1060) (%)

		Zdecydowanie nie zgadzam się	Nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Jestem zmęczony ilością informacji na temat COVID-19 w programach telewizyjnych, gazetach i programach radiowych itp.	Ogółem	4,6	9,5	12,7	11,0	23,6	16,1	22,4
	Nie lecę się na choroby przewlekłe	4,1	7,4	10,7	9,9	24,2	16,5	27,2
	Tak, lecę się na jedną chorobę przewlekłą	4,9	10,9	13,4	11,6	24,6	17,9	16,7
	Tak, lecę się na więcej niż jedną chorobę przewlekłą	6,5	16,1	21,0	15,3	17,7	9,7	13,7
Mam dość stosowania się do zaleceń dotyczących COVID-19, tylko dlatego żeby chronić osoby z grup ryzyka	Ogółem	10,8	16,7	16,4	16,1	14,0	12,5	13,5
	Nie lecę się na choroby przewlekłe	9,4	15,3	15,3	16,6	15,8	12,5	15,0
	Tak, lecę się na jedną chorobę przewlekłą	12,5	16,4	16,7	16,4	11,6	14,9	11,6
	Tak, lecę się na więcej niż jedną chorobę przewlekłą	13,7	24,2	21,0	12,9	11,3	5,6	11,3
Tracę motywację do zwalczania COVID-19	Ogółem	7,5	16,8	14,3	21,5	14,7	12,6	12,5
	Nie lecę się na choroby przewlekłe	6,4	16,8	12,0	22,2	14,5	15,0	13,0
	Tak, lecę się na jedną chorobę przewlekłą	8,8	14,0	16,1	22,2	15,5	11,6	11,9
	Tak, lecę się na więcej niż jedną chorobę przewlekłą	8,9	24,2	21,0	16,1	13,7	4,0	12,1



Osoby leczące się na więcej niż jedną chorobę przewlekłą były w mniejszym stopniu zmęczone ilością informacji na temat COVID-19 w środkach masowego przekazu (Tabela 7). Odpowiedź „zdecydowanie tak” zaznaczyło 13,7% badanych, podczas gdy wśród osób nieleczących się na choroby przewlekłe odpowiedź tą zaznaczało 27,2% badanych.

Respondenci leczący się na więcej niż jedną chorobę przewlekłą częściej niż pozostali nie zgadzali się ze stwierdzeniem, iż mają dość stosowania się do zaleceń dotyczących COVID-19, tylko po to by chronić osoby z grup ryzyka – odpowiedzi „nie zgadzam się” zaznaczyło około 24,2% badanych (Tabela 7). Dla porównania wśród osób nieleczących się na choroby przewlekłe powyższą odpowiedź wskazało 15,3% badanych.

Oslabienie motywacji do zwalczania COVID-19 częściej dotyczyło osób nieleczących się na choroby przewlekłe – odpowiedzi od „raczej zgadzam się” do „zdecydowanie zgadzam się” wskazało 42,5% badanych w porównaniu do 29,8% osób leczących się na więcej niż jedną chorobę przewlekłą (Tabela 7).

ZMĘCZENIE PANDEMIĄ W ZALEŻNOŚCI OD PRZYJĘCIA SZCZEPIONKI PRZECIW COVID-19

Osoby niezaszczepione w większym stopniu doświadczają zmęczenia pandemią w porównaniu do osób w pełni zaszczepionych (Tabela 8).

Tabela 8. Średnie wartości stwierdzeń w zależności od przyjęcia szczepionki przeciw COVID-19 (n=1060)

	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	p
Ogółem	4,50	1,69	4,50	
Nie zaszczepiłem/am się	5,29	1,52	5,50	<0,001
Tak, ale nie w pełni (pierwsza dawka)	4,67	1,34	5,00	
Tak, w pełni (dwie dawki lub preparat jednodawkowy)	4,11	1,66	4,00	



Osoby niezaszczepione przeciwko COVID-19 częściej niż ogół wskazywały, iż są zmęczone ilością informacji na temat COVID-19 w środkach masowego przekazu – odpowiedź „zdecydowanie zgadzam się” zaznaczyło 40,9% badanych z tej grupy (Tabela 9). Dla porównania wśród osób zaszczepionych w pełni odsetek zdecydowanie zgadzających się ze stwierdzeniem wynosił 14,5%, a wśród zaszczepionych jedną dawką 10,7%.

Tabela 9. Rozkład odpowiedzi na stwierdzenia dotyczące zmęczenia pandemią w zależności od przyjęcia szczepionki (n=1060) (%)

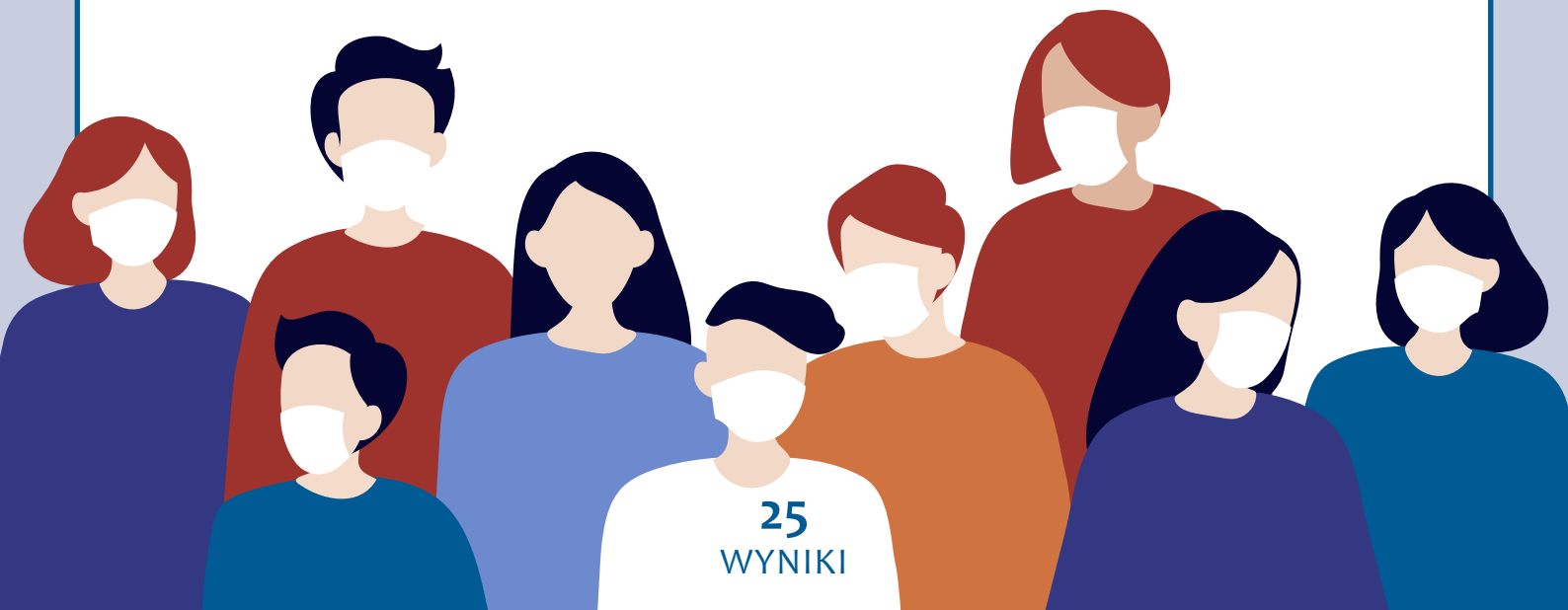
		Zdecydowanie nie zgadzam się	Nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Jestem zmęczony ilością informacji na temat COVID-19 w programach telewizyjnych, gazetach i programach radiowych itp.	Ogółem	4,6	9,5	12,7	11,0	23,6	16,1	22,4
	Nie zaszczepiłem/am się	2,5	3,1	5,3	6,8	22,3	19,2	40,9
	Tak, ale nie w pełni (pierwsza dawka)	1,8	5,4	17,9	17,9	23,2	23,2	10,7
	Tak, w pełni (dwie dawki lub preparat jednodawkowy)	5,9	12,9	15,9	12,5	24,2	14,1	14,5
Mam dość słuchania dyskusji o COVID-19	Ogółem	4,7	9,2	12,9	9,8	20,0	19,9	23,4
	Nie zaszczepiłem/am się	2,2	3,4	5,0	5,3	19,2	23,5	41,5
	Tak, ale nie w pełni (pierwsza dawka)	0,0	12,5	10,7	21,4	19,6	19,6	16,1
	Tak, w pełni (dwie dawki lub preparat jednodawkowy)	6,3	11,7	16,9	11,0	20,4	18,2	15,4
Kiedy znajomi lub członkowie rodziny rozmawiają o COVID-19, staram się zmienić temat, ponieważ nie chcę już o tym rozmawiać	Ogółem	5,1	11,3	14,3	17,5	22,1	16,2	13,5
	Nie zaszczepiłem/am się	3,4	6,8	7,1	16,4	23,5	17,6	25,1
	Tak, ale nie w pełni (pierwsza dawka)	1,8	10,7	12,5	17,9	33,9	19,6	3,6
	Tak, w pełni (dwie dawki lub preparat jednodawkowy)	6,2	13,5	17,9	17,9	20,4	15,3	8,8





		Zdecydowanie nie zgadzam się	Nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Czuję się przytłoczony przestrzeganiem wszystkich zaleceń dotyczących zachowań związanych z COVID-19	Ogółem	5,8	11,7	14,6	12,8	21,4	17,8	15,8
	Nie zaszczepiłem/am się	4,3	5,6	8,0	10,5	20,4	22,3	28,8
	Tak, ale nie w pełni (pierwsza dawka)	5,4	8,9	12,5	16,1	28,6	23,2	5,4
	Tak, w pełni (dwie dawki lub preparat jednodawkowy)	6,6	14,8	17,9	13,7	21,3	15,3	10,4
Mam dość stosowania się do zaleceń dotyczących COVID-19, tylko dlatego żeby chronić osoby z grup ryzyka	Ogółem	10,8	16,7	16,4	16,1	14,0	12,5	13,5
	Nie zaszczepiłem/am się	4,3	9,3	13,3	16,4	16,7	14,6	25,4
	Tak, ale nie w pełni (pierwsza dawka)	3,6	14,3	10,7	16,1	16,1	25,0	14,3
	Tak, w pełni (dwie dawki lub preparat jednodawkowy)	14,5	20,4	18,4	16,0	12,5	10,4	7,8
Tracę motywację do zwalczania COVID-19	Ogółem	7,5	16,8	14,3	21,5	14,7	12,6	12,5
	Nie zaszczepiłem/am się	3,1	7,7	10,2	26,9	13,3	16,7	22,0
	Tak, ale nie w pełni (pierwsza dawka)	1,8	8,9	17,9	16,1	21,4	19,6	14,3
	Tak, w pełni (dwie dawki lub preparat jednodawkowy)	10,0	21,7	16,0	19,4	14,8	10,1	7,9

Osoby niezaszczepione częściej niż pozostali respondenci (41,5%) zdecydowanie zgadzali się ze stwierdzeniem, iż mają dość słuchania dyskusji o COVID-19 – w przypadku osób w pełni zaszczepionych odsetek ten był zdecydowanie niższy i wynosił 15,4% (Tabela 9).



Respondenci, którzy nie przyjęli szczepionki przeciwko COVID-19 częściej (66,2%) niż reszta respondentów starali się zmieć temat rozmowy, jeśli dotyczyła ona COVID-19. Wśród osób zaszczepionych jedną dawką odsetek odpowiedzi wynosił 57,1%, a wśród w pełni zaszczepionych 44,5%.

Niezaszczepieni respondenci częściej niż reszta uczestników badania zdecydowanie zgadzali się ze stwierdzeniem, iż odczuwają przytłoczenie przestrzeganiem wszystkich zaleceń związanych z COVID-19 – odpowiedź „zdecydowanie tak” zaznaczyło 28,8% osób z tej grupy. W przypadku osób zaszczepionych jedną dawką odpowiedzi „zdecydowanie tak” wskazało 5,4% badanych, a wśród zaszczepionych w pełni odsetek odpowiedzi wyniósł 10,4%.

Ze stwierdzeniem „Mam dość stosowania się do zaleceń dotyczących COVID-19 tylko dlatego by chronić osoby z grup ryzyka” zdecydowanie zgadzało się 25,4% respondentów, którzy nie zaszczepili się przeciwko COVID-19 (Tabela 9). Dla porównania w grupie osób w pełni zaszczepionych odsetek odpowiedzi „zdecydowanie tak” był niższy i wynosił 7,8%.

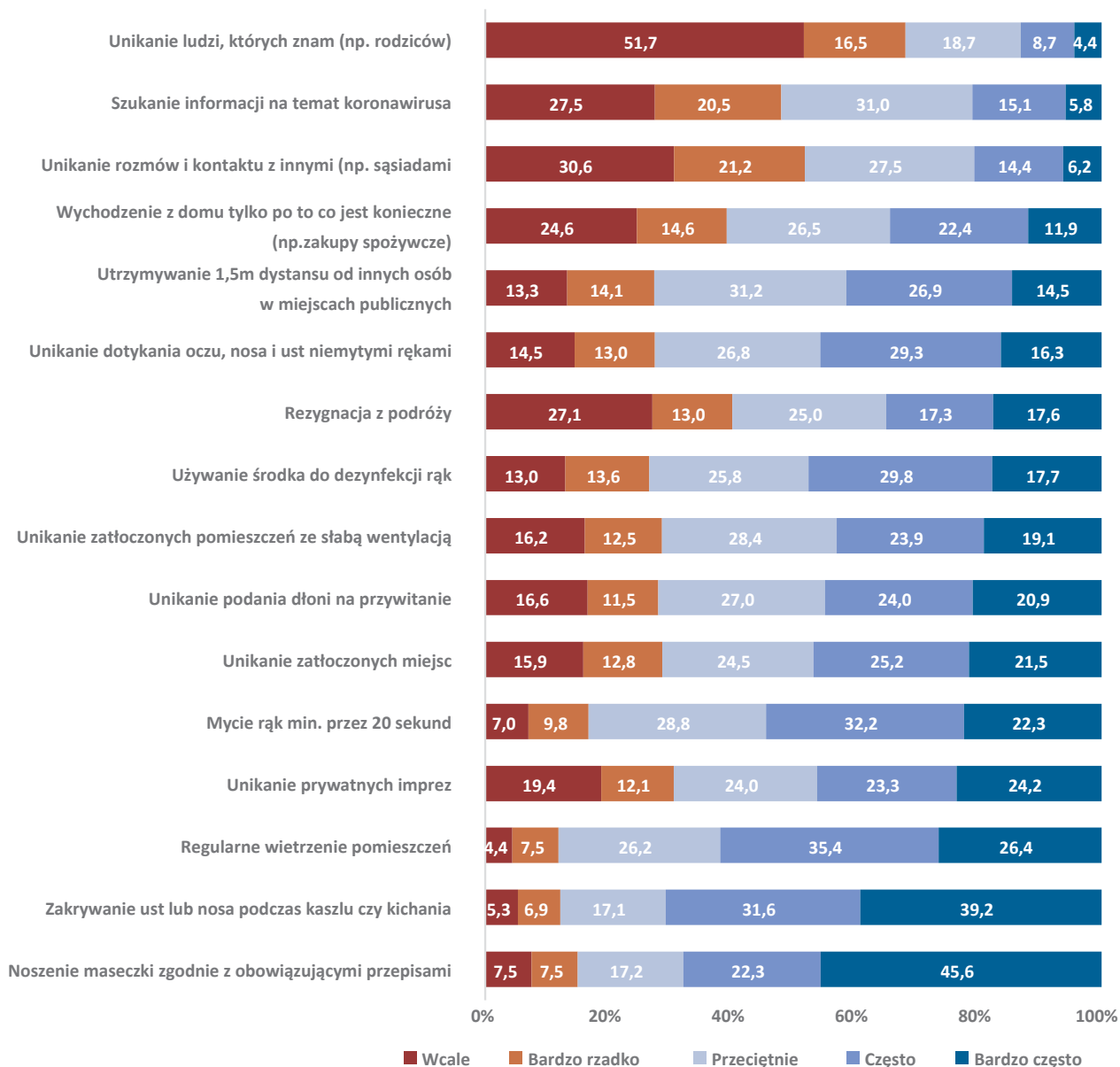
Osoby, które nie były zaszczepione w 22,0% przypadków zdecydowanie zgadzały się ze stwierdzeniem, iż tracą motywację do zwalczania COVID-19. W pozostałych grupach udział odpowiedzi „zdecydowanie zgadzam się” był niższy i wynosił 14,3% wśród osób częściowo zaszczepionych i 7,9% wśród osób w pełni zaszczepionych.

Pozostałe czynniki socjodemograficzne takie jak: miejsce zamieszkania, wykształcenie, status zawodowy nie wykazały istotności statystycznej względem zmęczenia pandemią.

STOSOWANIE SIĘ DO ZACHOWAŃ OCHRONNYCH

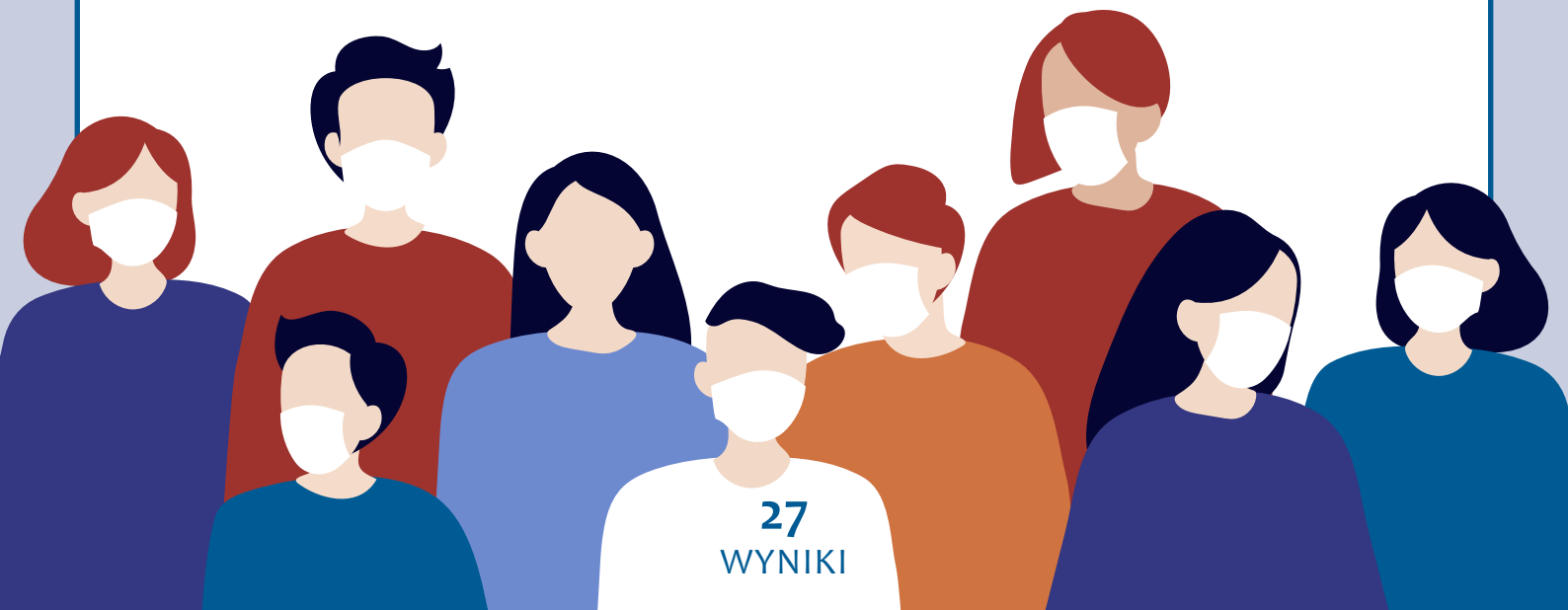
W tej części zanalizowano wypowiedzi respondentów dotyczące częstotliwości przestrzegania różnych zachowań ochronnych, zmniejszających ryzyko zachorowania na COVID-19. Najwięcej, bo około 70,8% badanych bardzo często bądź często zakrywało usta i nos podczas kaszlu czy kichania, a 67,8% badanych nosiło maseczki zgodnie z obowiązującymi przepisami. Około 61,8% respondentów wietrzyło regularnie pomieszczenia, a 54,4% bardzo często bądź często myło ręce minimum przez 20 sekund. Pozostałe zalecenia stosowane były często bądź bardzo często przez mniej niż połowę badanych. Najrzadziej respondenci unikali osób – ponad połowa badanych przyznała, iż wcale nie stosuje się do tego zalecenia (Rycina 10).





Rycina 10. Częstotliwość stosowania zachowań ochronnych przez respondentów (n=1060) (%)

Analiza statystyczna wykazała różnicę w częstotliwości stosowania zachowań ochronnych w zależności od wieku, przyjęcia szczepienia przeciw COVID-19 oraz leczenia się na choroby przewlekłe przez osoby badane.



STOSOWANIE SIĘ DO ZACHOWAŃ OCHRONNYCH W ZALEŻNOŚCI OD WIEKU

Według badań osoby starsze (60 lat i więcej) zdecydowanie częściej stosują się do zaleceń ochronnych niż osoby młodsze (18-29 lat) (Tabela 10).

Tabela 10. Średnie wartości częstotliwości zachowań ochronnych w zależności od wieku respondentów (n=1060)

	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	p
Ogółem	3,07	1,17	3,00	
18-29 lat	2,62	1,09	3,00	
30-39 lat	2,80	1,19	3,00	
40-49 lat	3,09	1,21	3,00	<0,001
50-59 lat	3,17	1,15	3,00	
60 lat i więcej	3,44	1,06	4,00	

Osoby starsze (mające 60 lat bądź więcej) częściej niż młodszy respondenci stosowały zachowania ochronne tj.: noszenie maseczki zgodnie z obowiązującymi zaleceniami, zakrywanie ust i nosa podczas kaszlu czy kichania, regularne wietrzenie pomieszczeń, unikanie podawania dłoni na przywitania, unikanie zatłoczonych miejsc ze słabą wentylacją, unikanie miejsc publicznych, stosowanie środków do dezynfekcji rąk, ograniczenie wychodzenia z domu, dystansu od innych osób oraz szukanie informacji na temat COVID-19.

STOSOWANIE SIĘ DO ZACHOWAŃ OCHRONNYCH W ZALEŻNOŚCI OD PRZYJĘCIA SZCZEPIONKI PRZECIWIW COVID-19

Osoby niezaszczepione zdecydowanie rzadziej stosowały zachowania ochronne w porównaniu do osób nie w pełni zaszczepionych (które przyjęły jedną dawkę preparatu dwudawkowego) i osób zaszczepionych dwiema dawkami (Tabela 11).

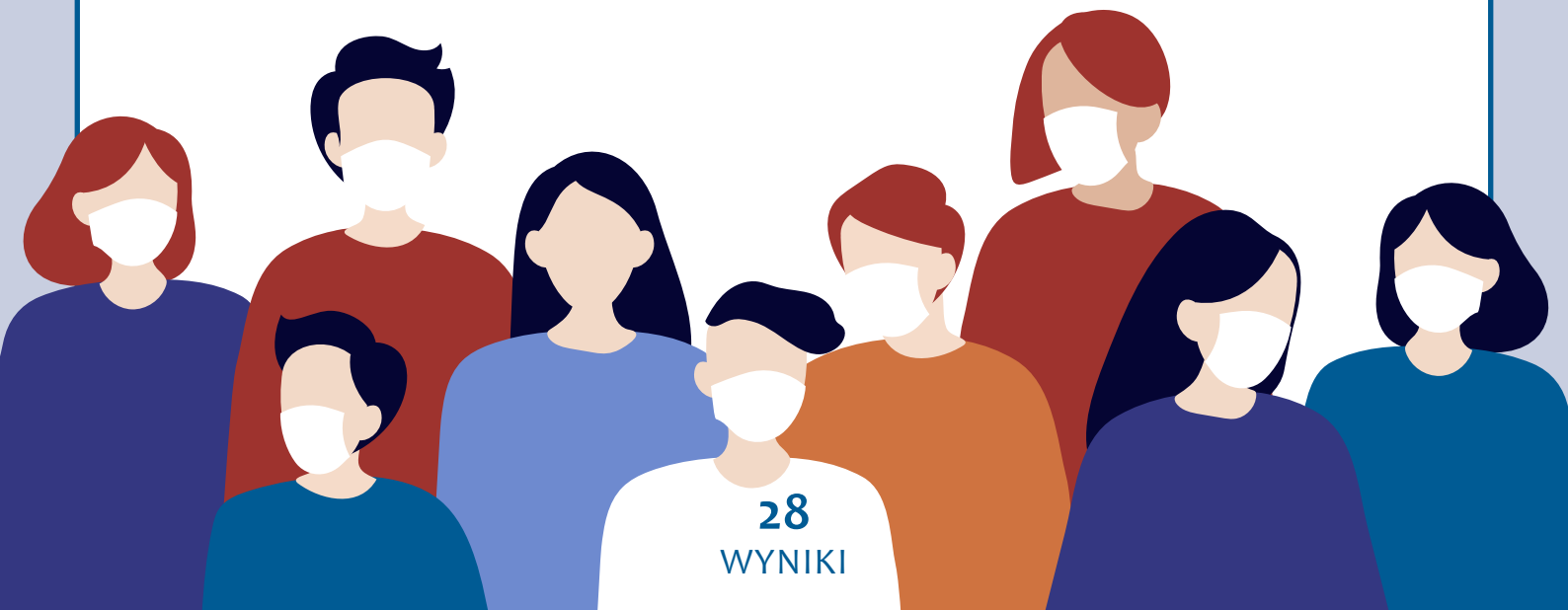


Tabela 11. Średnie wartości częstotliwości zachowań ochronnych w zależności od przyjęcia szczepionki przeciw COVID-19 (n=1060)

	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	p
Ogółem	3,07	1,17	3,00	
Nie zaszczepilem się	2,68	1,27	3,00	
Tak, ale nie w pełni (pierwsza dawka)	3,29	0,93	3,00	<0,001
Tak, w pełni (dwie dawki lub preparat jednodawkowy)	3,24	1,10	3,00	

Osoby niezaszczepione w porównaniu do osób zaszczepionych rzadziej: stosowały środki do dezynfekcji rąk, nosiły maseczki zgodnie z obowiązującymi przepisami, unikały podawania rąk na przywitaniu, utrzymywały dystans od innych osób w miejscach publicznych, unikały miejsc publicznych, rezygnowały z udziału w prywatnych imprezach, ograniczały wychodzenie z domu do spraw koniecznych, rezygnowały z podróżowania, unikały zatłoczonych miejsc ze słabą wentylacją, unikały rozmów i kontaktów z innymi (np. z sąsiadami), unikały spotkań z bliskimi osobami (np. rodzicami), szukały informacji na temat COVID-19.

STOSOWANIE SIĘ DO ZACHOWAŃ OCHRONNYCH W ZALEŻNOŚCI LECZENIA SIĘ NA CHOROBY PRZEWLEKLE

Osoby, które leczyły się na choroby przewlekłe w większym stopniu stosowały się do zaleceń ochronnych przeciwko COVID-19 (Tabela 12).

Tabela 12. Średnie wartości częstotliwości zachowań ochronnych w zależności od leczenia się na choroby przewlekłe (n=1060)

	Średnia	Odchylenie standardowe	Mediana	p
Ogółem	3,07	1,17	3,00	
Nie leczę się na choroby przewlekłe	2,91	1,20	3,00	
Tak, leczę się na jedną chorobę przewlekłą	3,25	1,14	3,00	<0,001
Tak, leczę się na więcej niż jedną chorobę przewlekłą	3,41	0,98	4,00	



Zachowania ochronne, które częściej stosowały osoby leczące się na choroby przewlekłe pokrywały się z zachowaniami częściej stosowanymi przez osoby z grupy wiekowej 60+.

POZIOM ZMĘCZENIA PANDEMIĄ A STOSOWANIE ZACHOWAŃ OCHRONNYCH

Analiza związków pomiędzy zmęczeniem a zachowaniami ochronnymi wykazała, iż wyższy poziom zmęczenia wiązał się z: unikaniem ludzi, których się zna (np. rodziców), unikaniem dotykania oczu, nosa i ust niemytymi rękami, rezygnacją z podróży, rzadszym noszeniem maseczki zgodnie z obowiązującymi przepisami, ale także szukaniem informacji na temat koronawirusa (Tabela 13).

Tabela 13. Zależności korelacyjne między zachowaniami ochronnymi a wskaźnikiem zmęczenia

		Wskaźnik zmęczenia
Unikanie dotykania oczu, nos i ust niemytymi rękami	Współczynnik korelacji	0,081
	Istotność (dwustronna)	0,009
Noszenie maseczki zgodnie z obowiązującymi przepisami	Współczynnik korelacji	-0,115
	Istotność (dwustronna)	0,000
Rezygnacja z podróży	Współczynnik korelacji	0,065
	Istotność (dwustronna)	0,033
Unikanie ludzi, których znam (np. rodziców)	Współczynnik korelacji	0,168
	Istotność (dwustronna)	0,000
Szukanie informacji na temat koronawirusa	Współczynnik korelacji	0,085
	Istotność (dwustronna)	0,005




PODSUMOWANIE, WNIOSKI I REKOMENDACJE



Wyniki badania wskazują, iż respondenci odczuwają zmęczenie różnymi aspektami pandemii – ponad połowa badanych w różnym stopniu przyznała, że czuje się zmęczona słuchaniem dyskusji o COVID-19, ilością informacji na temat COVID-19 w środkach masowego przekazu oraz koniecznością przestrzegania zaleceń w związku z pandemią. Ponad połowa uczestników badania przyznała, iż stara się zmienić temat, jeśli dotyczy on pandemii COVID-19. Kobiety w większym stopniu niż mężczyźni deklarowały zgodność ze stwierdzeniami przyczyniającymi się do zmęczenia pandemią. Kobiety częściej niż mężczyźni przyznawały, iż są zmęczone słuchaniem dyskusji o COVID-19, a także starają się zmieniać temat konwersacji, gdy dotyczy ona pandemii. Odczuwanie przytłoczenia kwestią przestrzegania zaleceń związanych z COVID-19 również częściej deklarowały kobiety niż mężczyźni. Otrzymane wyniki badania pozwalają stwierdzić, iż zmęczenie aspektami związanymi z pandemią spotyka częściej osoby młode. Wśród młodszych respondentów częściej pojawiały się odpowiedzi sugerujące, iż są oni zmęczeni informacjami i rozmowami na temat pandemii oraz w większym stopniu niż osoby starsze odczuwają irytację z powodu konieczności przestrzegania zaleceń, a ich motywacja do walki z COVID-19 uległa zmniejszeniu. Grupą wiekową, która wskazywała na najwyższy poziom zmęczenia powyższymi aspektami były osoby w wieku od 30-39 lat – w grupie tej współczynnik odpowiedzi na wszystkie stwierdzenia osiągnął wartość najwyższą, a najniższą wśród najstarszych wiekowo respondentów. Osoby leczące się na choroby przewlekłe w mniejszym stopniu odczuwały zmęczenie w związku z pojawiającymi się informacjami i rozmowami o COVID-19 oraz nie były przytłoczone koniecznością przestrzegania zaleceń. Analogiczne spostrzeżenia odnotowano wśród odpowiedzi osób, które nie były w pełni zaszczepione.

Badani w różnym stopniu stosowali się do zachowań ochronnych zmniejszających ryzyko rozprzestrzeniania się koronawirusa. Najczęściej deklarowano noszenie maseczek, zakrywanie ust i nosa podczas kaszlu czy kichania, wietrzenie regularnie pomieszczeń oraz dbanie o higienę rąk. Rzadziej stosowano unikanie imprez, zatłoczonych miejsc, podawanie rąk czy używanie

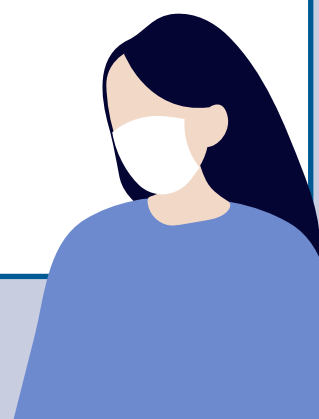


środków do dezynfekcji. Unikanie spotkań z bliskimi oraz szukanie informacji na temat koronawirusa to zachowania, które respondenci deklarowali najrzadziej.

Ze względu na charakter badania nie można mówić o jednym kierunku zależności między badanymi obszarami. Można jednak przyjąć, że subiektywnie odczuwane zmęczenie będzie przekładać się na postawy i zachowania o charakterze niekorzystnym. Obronne odcinanie się od nadmiaru bodźców i negatywne nastawienie może doprowadzać do zaniechania tych zachowań, które są nadmiernie angażujące i ograniczenie się tylko do tych, które polegają na unikaniu i wycofywaniu się.

Znaczący odsetek osób mających dość słuchania o COVID-19 i odczuwających przesyt tymi informacjami w mediach powinien skłaniać do zaniechania nadawania komunikatów o charakterze „wszystko-wszystkim” i podejmowania świadomych działań mających na celu powstrzymanie tego procesu. Rozwiązaniem mogą być profesjonalne i autoryzowane kampanie informacyjne przygotowywane w sposób celowany przez renomowane instytucje, ponieważ spontaniczne rozprzestrzenianie się informacji w Internecie pozostaje poza kontrolą. Potrzebne są działania, których celem jest zwrócenie uwagi mediów na informacje pochodzące z wiarygodnych źródeł, aby unikać sytuacji, w których przekaz budowany jest na podstawie sensacyjnych i fragmentarycznych komentarzy niewłaściwych osób.

Na poziomie indywidualnym istotne jest stosowanie strategii, które będą zabezpieczać przed skutkami stresu informacyjnego. Kluczowe jest uświadomienie, że człowiek nie musi być biernym odbiorcą docierających zewsząd komunikatów, ale tak, jak wybiera sobie rodzaj i dawkę czytanych książek lub oglądanych filmów, tak może wybierać rodzaj i dawkę napływających informacji o pandemii czy innym zagrożeniu. Drugi ważny element to ocena, do którego momentu informacje te mają konstruktywne znaczenie poznawcze, czyli pozwalają zrozumieć sytuację (i uzyskać kontrolę poznawczą), a od kiedy pojawia się chaos informacyjny i dominujące znaczenie mają konsekwencje emocjonalne (dyskomfort, strach, przygnębienie, irytacja). Należy pamiętać, że informacje przekazywane w mediach często z założenia mają taką konstrukcję, aby wzbudzać emocje (akcentują zagrożenie, mówią o wydarzeniach, na które osoba słuchająca nie ma wpływu, często są niepełne, pozostawiają w zawieszeniu). Kolejny krok, to autorefleksja i zadanie sobie pytania, co ja z tymi informacjami chcę i mogę zrobić. Jeśli danej



osobie brakuje możliwości realnego wykorzystania tych informacji, to w danym momencie lepiej jest odciąć się od nich i dać sobie czas na oswojenie się z nimi. Jeśli natomiast dana osoba widzi możliwość racjonalnego przekucia tych informacji na działanie, to byłby to bardzo konstruktywny efekt (oczywiście konieczne jest zastrzeżenie dotyczące ilości tego działania – nie zawsze sprawdza się zasada „im więcej tym lepiej”). Odrębnym problemem jest odnotowywane zmęczenie przestrzeganiem wszystkich zaleceń dotyczących zachowań związanych z COVID-19, w tym także ze względu na osoby z grup ryzyka.^{20, 21, 22} Zgodnie z rekomendacjami WHO, kluczowe znaczenie ma tu:

- zrozumienie i uszanowanie reakcji ludzi,
- rozpoznanie, co stanowi problem i uciążliwość,
- wszędzie tam, gdzie to możliwe takie zabezpieczenie warunków, aby stosowanie się do zaleceń było jak najmniej odczuwalne, bez wysiłkowe i racjonalne,
- zaangażowanie ludzi w zachowania i wzmacnianie ich poczucia dokonywania własnego wyboru oraz konsekwentne pozytywne wartościowanie zachowań pożądanых - jeśli większość ludzi stosuje się do zaleceń, to daje to efekt bycia w „pozytywnej większości”.

Ujęte wyżej, specyficzne rekomendacje wynikające z przeprowadzonego badania, warto uzupełnić poniższymi strategiami zaproponowanymi przez WHO²³:

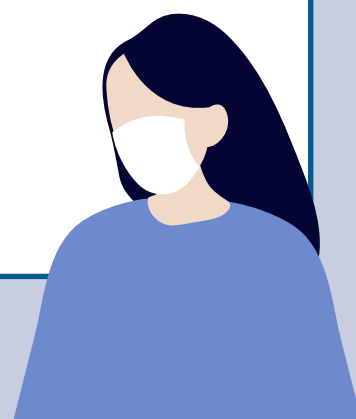
- myśl lokalnie – docieraj do docelowych grup i działaj z nimi,
- słuchaj i rozmawiaj z ludźmi, których działanie dotyczy,
- przygotuj rozwiązania, które będzie można zastosować,
- stwórz wskazówki do działania, które będą uniwersalne i maksymalnie trwałe w czasie,
- eliminuj rozwiązania, które będą nie do utrzymania w dłuższym czasie,


20 Daszkiewicz M. (2019). Kampanie społeczne o tematyce zdrowotnej – analiza treści i form przekazów komunikacyjnych. W: W. Nowak i K. Szalotka (red.). Zdrowie i styl życia. Wyzwania ekonomiczne i społeczne Repozytorium Uniwersytetu Wrocławskiego. DOI:10.34616/23.19.124 Pobrano 12.02.2022

21 Hesen-Celińska I., Sęk H (2020). Psychologia zdrowia (wydanie nowe). Warszawa: PWN

22 Tapper K. (2021). Health Psychology and behaviour change. From science to practice. London: Macmillan Education Limited

23 World Health Organization (2020). Pandemic fatigue. Reinvigorating the public to prevent COVID-19. Pobrano z WHO-EURO-2020-1160-40906-55390-eng.pdf; data 10.01.2022



- 
- bądź kreatywny w tworzeniu rozwiązań łatwych i mało kosztownych,
 - używaj prostych i łatwo przyswajalnych komunikatów, w tym infografik,
 - monitoruj sytuację prowadząc badania,
 - dopasuj komunikację do danej grupy – zawsze poprzedź ją dobrym rozeznaniem i przetestuj zanim wprowadzisz.

Rekomendacje o charakterze uniwersalnym:

- koordynacja przekazywanych informacji, aby uniknąć niejednoznacznych i sprzecznych informacji,
- spójność w nadawanych informacjach i podejmowanych działaniach,
- dążenie do stworzenia przewidywalności w nieprzewidywalnych okolicznościach np. poprzez stosowanie jednoznacznych i obiektywnych kryteriów,
- transparentność – przejrzystość przy wyjaśnianiu powodów wprowadzania jakichkolwiek ograniczeń i zmian w życiu ludzi,
- obiektywizm przy wprowadzaniu rekomendacji i ograniczeń.

