

W prezentowanym badaniu, spośród osób pijących alkohol 19% podało, że pije go obecnie więcej niż przed pandemią. Wynik ten jest zbliżony do danych uzyskanych z badań zagranicznych, przeprowadzonych w tym samym czasie. Wskazują one, iż odsetek osób, które zwiększyły spożycie alkoholu, wynosił od 10,7% we Francji do 34,7% w Niemczech. W pozostałych krajach wynik ten oscylował w granicach 20%. Jednocześnie wszystkie wymienione badania, także polskie, wskazywały, iż większość pijących alkohol badanych nie zmieniła sposobu picia w trakcie pandemii, a część wręcz je zmniejszyła.

UŻYWANIE ALKOHOLU W TRAKCIE PANDEMII COVID-19. DOŚWIADCZENIA POLSKIE

Jan Chodkiewicz

Zakład Psychologii Klinicznej i Psychopatologii
Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Wprowadzenie

Trwająca w latach 2020–2022 pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 (ang. *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*) doczekała się licznych badań dotyczących jej wpływu na funkcjonowanie zdrowotne, społeczne i psychologiczne populacji. Sytuacja związana z wystąpieniem pandemii była bowiem dla ogromnej rzeszy osób sytuacją wysoce stresującą. Wymagała wysiłku przystosowywania się do nieznannej i niepewnej sytuacji oraz konieczności radzenia sobie z wieloma przykrymi emocjami i codziennymi uciążliwościami. Wystąpienie choroby zakaźnej („zarazy”), która rozprzestrzeniła się szybko i „niewidocznie”, zawsze w historii ludzkości budziło i budzi lęk (Ahorsu i in., 2020). Towarzyszą mu niekorzystne zjawiska społeczne, takie jak stygmatyzacja i dyskryminacja chorych, podejrzanych o chorobę, oraz poczucie straty, bezradności i krzywdy. Ludzie, odczuwając wysoko natężony lęk, mają skłonność do nieracjonalnego myślenia i działania, co niejednokrotnie prowadzi do dalszego pogorszenia ich sytuacji życiowej. Wystąpienie tych zjawisk stanowiło ogromne wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia psychicznego oraz profilaktyki zaburzeń psychicznych.

Od początku pandemii w licznych badaniach w bardzo wielu krajach wykazano jej negatywny wpływ na zdrowie psychiczne. Odnotowano wysoki odsetek zaburzeń depresyjnych, w tym tendencji suicydalnych, zaburzeń lękowych, zaburzeń snu oraz zespołu stresu pourazo-

wego. Wskazują na to systematyczne przeglądy badań i metaanalizy, w których porównywano wyniki badań na bardzo obszernych grupach. Przykładowo:

a) Salari i in. (2020) wskazują średnie rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w 2020 roku na poziomie 31,9% (dane z różnych krajów, na podstawie badań przeprowadzonych na ponad 63 tys. osób), a zaburzeń depresyjnych na 33,7% (dane z badań na łącznej grupie ponad 44 tys. osób).

b) Luo i in. (2020) dokonali analizy badań z udziałem 162 639 uczestników. Łączna częstość występowania lęku i depresji wyniosła odpowiednio 33% (95% przedział ufności: 28–38%) i 28% (23–32%).

c) Nochaiwong i in. (2021) w systematycznym przeglądzie i metaanalizie badań obejmujących 398 771 uczestników wykazali wysoki poziom stresu psychicznego, lęku i depresji, który występował odpowiednio u 50%, 27% i 28% badanych.

d) Badanie przekrojowe opublikowane pod koniec 2021 roku, prowadzone w 17 krajach, wskazuje, że prawie 70% badanych doświadczyło umiarkowanego do bardzo wysokiego poziomu stresu psychicznego. Bycie kobietą, problemy z powodu zmiany zatrudnienia, współwystępowanie chorób psychicznych wiązało się z wyższymi poziomami psychicznego niepokoju (Rahman i in., 2021). Również badania polskie (Talarowska i in., 2020; Chodkiewicz i in., 2021) wskazują na negatywny wpływ pandemii na zdrowie psychiczne. Badania prowadzone podczas pierwszej fali pandemii wykazały, że ponad

połowa badanych w tym okresie doświadczała wysokiego natężenia stresu i pogorszenia stanu zdrowia psychicznego. Około 26% stanowiły osoby, których stan zdrowia psychicznego można uznać za zły. Osoby te doświadczały częściej myśli samobójczych i innych objawów depresyjnych. Z kolei badania prowadzone w trakcie drugiej fali pandemii wskazywały, że 45% osób doświadcza zaburzeń, najczęściej lękowych lub mieszanych, tj. lękowych i depresyjnych. Osoby z wymienionymi zaburzeniami przejawiały bardzo wysoki poziom odczuwanego stresu, lęku przed śmiercią i lęku przed koronawirusem, stosowały bierne i ucieczkowe strategie radzenia sobie, częściej sięgały po alkohol w celu radzenia sobie. Lęk przed śmiercią okazał się ważnym predyktorem depresji, a ów lęk oraz lęk przed wirusem predyktorami zaburzeń lękowych. Ponadto ponad 24% osób zgłaszało występowanie myśli samobójczych (od czasów pandemii).

Wymienione powyżej badania (a także inne z tego obszaru) wskazywały też na osoby najbardziej zagrożone wystąpieniem zaburzeń psychicznych, zwracając uwagę na:

- kobiety (wyższy odsetek zaburzeń w porównaniu z mężczyznami – wszystkie badania),
- osoby w gorszej sytuacji materialnej, bezrobotni,
- młodzi, zwłaszcza z wykształceniem wyższym (osoby do 30 r.ż.),
- osoby z zaburzeniami psychicznymi (próbami samobójczymi) w przeszłości (wszystkie badania),
- personel medyczny (szczególnie kobiety, pielęgniarki, pracownicy pierwszej linii – różne doniesienia, wiele przemawia za wyższym poziomem zaburzeń, np. stres potraumatyczny do 30%),
- poddani kwarantannie, izolacji, ozdrowieńcy i zakażeni,
- chorzy somatycznie (problemy z leczeniem, strach przed zgłoszeniem się do lekarza/szpitala, strach przed rozwojem choroby, brak pomocy, bezczynność),
- rodziny osób, które zmarły.

Dane z piśmiennictwa od lat zgodnie donoszą, iż alkohol oraz inne substancje psychoaktywne stosowane są przez wiele osób do uśmierzania przykrych stanów emocjonalnych, obniżenia odczuwanego stresu, lęku lub depresji. W związku z tym pojawia się uzasadnione pytanie: czy wystąpienie pandemii wraz z jej negatywnymi następstwami jest powiązane ze zmianami używania alkoholu? Pytanie to jest tym bardziej zasad-

ne, iż dane z różnych krajów pokazywały na początku pandemii znaczący wzrost sprzedaży (w tym sprzedaży wysyłkowej) alkoholu w porównaniu z analogicznym okresem sprzed roku. Pośrednio przemawiały za tym również dane wskazujące na wzrost spożycia alkoholu w następstwie innych katastrof, takich jak huragan Katrina, huragan Rita oraz atak na World Trade Center (Jernigan, 2020).

Celem przeprowadzonych badań była odpowiedź na pytanie o używanie alkoholu przez badanych w pierwszym okresie pandemii oraz poznanie czynników powiązanych z tym zjawiskiem, z uwzględnieniem zmiennych socjo-demograficznych i klinicznych. Szczególnie interesujące wydawało się poznanie związków używania alkoholu z poziomem zdrowia psychicznego, stresu oraz strategiami radzenia sobie ze stresem.

Badania przeprowadzono w dniach 10-22 kwietnia 2020 roku, a więc w czasie pierwszej fali pandemii, gdy od miesiąca obowiązywały związane z nią ograniczenia. Badania, ze względu na sytuację epidemiologiczną, prowadzone były internetowo, a badanych, wyłącznie osoby pełnoletnie, pozyskiwano metodą „kuli śnieżnej”. Przeprowadzono je za pomocą formularza Google, udostępnianego m.in. przez Facebooka. W badaniach wzięły udział 443 osoby – 348 kobiet (78,6%) i 95 mężczyzn (21,4%). Średni wiek badanych wynosił 31,9 roku ($SD=11,31$). Najmłodsza osoba miała lat 18, najstarszy uczestnik 68.

W badaniach zastosowano polskie wersje następujących narzędzi:

1. **Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia Goldberga** (GHQ-28 – polska adaptacja Makowska, Merecz, 2001). Kwestionariusz zawiera 28 pytań, które tworzą cztery skale (po siedem pytań każda). Pytania dotyczą samopoczucia w ciągu ostatnich kilku tygodni. Metoda mierzy cztery aspekty zdrowia psychicznego: 1) symptomy somatyczne, 2) poziom niepokoju i bezsenność, 3) zaburzenia funkcjonowania w życiu codziennym oraz 4) symptomy depresji. Suma punktów otrzymanych przez badanego we wszystkich skalach stanowi miarę ogólnego stanu zdrowia psychicznego.
2. **Skali Odczuwanego Stresu** (PSS 10) Cohena, Kamarcka i Mermelsteina (adaptacja Juczyński, 2001). Kwestionariusz zawiera 10 pytań dotyczących oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego mie-

- siąca. Badany, udzielając odpowiedzi, korzysta z 5-stopniowej skali częstotliwości (od 0 do 4), z kategoriami odpowiedzi od „nigdy” do „bardzo często”. Metoda posiada polskie normy stenowe, a wyniki powyżej 20p (7 sten i więcej) uważane są za wysokie.
3. **Kwestionariusza MINI-COPE** Carvera w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (2009). Obejmuje 28 stwierdzeń, które wchodzi w skład 14 strategii radzenia sobie (po 2 stwierdzenia w każdej strategii), którymi są: aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptacja, poczucie humoru, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego, zajmowanie się czymś innym, zaprzeczanie, wyładowanie, zażywanie substancji psychoaktywnych, zaprzestanie działań, obwinianie siebie. Osoba badana zaznacza w odniesieniu do każdego stwierdzenia 1 z 4 możliwych odpowiedzi, które są punktowane: „prawie nigdy tak nie postępuję” (0 pkt), „rzadko tak postępuję” (1 pkt), „często tak postępuję” (2 pkt) oraz „prawie zawsze tak postępuję” (3 pkt). Każda z 14 strategii radzenia sobie oceniana jest oddzielnie. Im wyższa punktacja, tym częściej badana osoba stosuje daną strategię. Metoda służy do oszacowania radzenia sobie dyspozycyjnego lub sytuacyjnego. W prezentowanych analizach korzystano z drugiej opcji (radzenie sobie w sytuacji pandemii).
 4. **Skali Lęku Przed Śmiercią** Cai i wsp. (2017) w polskiej adaptacji Chodkiewicza i Goli (2021). Metoda składa się z 17 itemów i bada natężenie lęku przed śmiercią (myśli, emocje, unikanie) występującego w ostatnim miesiącu.
 5. **Skali Specyficznego Radzenia Sobie ze Stressem Epidemii** Poprawy i wsp. (2020, materiał niepublikowany). Metoda została stworzona na potrzeby badań nad stresem w okresie pandemii przez zespół z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego. Wstępne analizy wskazują na jej zadowalające właściwości psychometryczne, a analiza czynnikowa wyodrębniła trzy czynniki: 1. zabezpieczanie się (zakup środków higienicznych, zakupy, poszukiwanie informacji o pandemii w środkach masowego przekazu), 2. kontynuacja aktywności (pomaganie innym, kontynuacja dotychczasowych aktywności, poszukiwanie nowych), 3. przestrzeganie zasad (przestrzeganie zasad higieny i ochrony antywirusowej, unikanie zachowań, poprzez które można się zarazić).
 6. Do diagnozy możliwości występowania problematycznego używania alkoholu zastosowano opracowany przez Światową Organizację Zdrowia **Test Rozpoznawania Problemów Alkoholowych** (*Alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT*) (Babor, de la Fuente, Saunders, Grant, 1992). Test stworzony został jako narzędzie przesiewowe, identyfikujące osoby, których spożywanie alkoholu stało się ryzykowne, szkodliwe bądź wskazuje na uzależnienie. Konstrukcję metody oparto na prowadzonych w wielu krajach badaniach wskazujących, że pewne objawy (np. regularne spożywanie dużych ilości alkoholu, naruszanie pod wpływem alkoholu norm społecznych, doznanie urazów pod wpływem alkoholu) mogą być wczesnymi oznakami problemów z piciem i rozwijającego się uzależnienia. W rezultacie prowadzonych analiz, dążąc do wyodrębnienia objawów, które byłyby wspólne dla różnych krajów i kultur w teście zawarto trzy pytania dotyczące ilości i częstotliwości picia (1-3), trzy pytania dotyczące uzależnienia od alkoholu (4-6) i cztery pytania dotyczące problemów spowodowanych przez alkohol (7-10). Test zawiera więc 10 twierdzeń, a wynik 8-15 pkt wskazuje na prawdopodobne ryzykowne picie, 16-19 na picie szkodliwe, a 20 pkt i więcej na możliwość uzależnienia od alkoholu, co sprawdzono m.in. poprzez porównanie wyników AUDIT uzyskanych w wielu krajach i kulturach oraz z miarami zewnętrznymi, m.in. opiniami specjalistów (Babor i in., 1992). Osobom badanym zadano również wiele pytań dotyczących zmiennych socjodemograficznych (m.in. wiek, wykształcenie, stan cywilny, posiadanie dzieci), dotyczących ich zdrowia psychicznego (zaburzenia psychiczne, próby samobójcze, występowanie uzależnienia w rodzinie pochodzenia) oraz powiązanych z pandemią (kwarantanna, aktualne warunki życia). Zadano również pytanie o używanie alkoholu w trakcie pandemii: badani mieli do wyboru 4 możliwe odpowiedzi – (1) używam alkoholu tak jak wcześniej, (2) piję więcej od czasu rozpoczęcia pandemii, (3) piję mniej od czasu rozpoczęcia pandemii oraz (4) nie piję alkoholu.

Wyniki

Używanie alkoholu przez badanych

Analiza wyników uzyskanych w teście AUDIT wskazuje, iż badani osiągnęli wynik średni – $M=5,80$ ($SD=4,05$), co jest wynikiem przeciętnym. Jednocześnie bardziej szczegółowa analiza i porównanie wyników osób badanych z wyszczególnionymi w teście normami wskazuje, że aż **125 osób (28,22%) osiągnęło wyniki wskazujące na prawdopodobne ryzykowne picie**, 3 osoby (0,7%) na picie szkodliwe i 4 osoby (0,9%) na możliwe uzależnienie. Pozostali (311 osób – 70,20%) utrzymywali abstynencję (27%) lub pili według wzoru niskiego ryzyka.

Pandemia a używanie alkoholu

Z uwagi na cel badania, najistotniejsze wydaje się być porównanie osób, które zgłaszają picie w okresie pandemii takie samo jak wcześniej (grupa 1, $N=182$), którzy piją mniej (grupa 2, $N=77$), piją więcej (grupa 3, $N=61$) i nie piją wcale (grupa 4, $N=123$). Jednocześnie uzyskany przez grupę 3 wynik oznacza, że **prawie 14% osób (13,7%) pije od rozpoczęcia pandemii zwiększone ilości alkoholu. Biorąc jednak pod uwagę tylko osoby pijące, wynik ten wzrasta do 19%**.

Porównania grup dokonano w odniesieniu do zmiennych socjodemograficznych i klinicznych oraz wyników zastosowanych narzędzi. W pierwszym przypadku użyto testu zgodności chi kwadrat (χ^2), a w drugim analizy wariancji (ANOVA).

W przypadku analizy związków zmiennych socjodemograficznych i klinicznych z przynależnością do grup o zróżnicowanym podejściu do picia alkoholu w trakcie pandemii okazało się, że płeć nie różnicuje istotnie przynależności do grup osób o różnym podejściu do alkoholu ($p=0,15$). Spośród osób pozostających w stałych związkach (203 osoby badane), aż 34 osoby (7,74%) deklaruje, że obecnie piją więcej alkoholu, podczas gdy wśród osób samotnych ($N=209$) zjawisko to dotyczy jedynie 21 osób (4,78%). 19 osób spośród pozostających w związkach pije mniej (4,33%), 94 osoby – tyle samo co przed pandemią (21,41%). Przy czym, aż 56 osób samotnych (12,76%) – pije obecnie mniej. Różnice te są istotne statystycznie ($p<0,001$), **co oznacza, że więcej osób pozostających w związku niż samotnych pije obecnie intensywniej niż przed pandemią**. Wyjaśnie-

niem tego zjawiska może być wiek – w badanej grupie osoby samotne najczęściej mają poniżej 25. roku życia. Piją mniej, bo np. przebywają w domach, nie mają kontaktów z rówieśnikami, nie chodzą do pubów i klubów, nie przebywają w akademikach.

Spośród osób posiadających dzieci ($N=301$ badanych) – 39 osób (8,88%) deklaruje, że pije więcej niż przed pandemią, podczas gdy 69 osób (15,72%) – spożywa mniej alkoholu niż wcześniej. W grupie osób nieposiadających dzieci ($N=138$) tylko niespełna 5% badanych pije więcej niż przed pandemią. Różnice te również osiągnęły istotność statystyczną ($p<0,05$). W tym przypadku również jedną z możliwych zmiennych wyjaśniających może być wiek – osoby nieposiadające dzieci są młodsze.

Większość badanych osób stanowiły osoby z wykształceniem wyższym i średnim ($N=427$). Poziom wykształcenia nie różnicował istotnie badanych osób. Spośród osób z wyższym wykształceniem ($N=259$) – więcej alkoholu w ostatnim czasie spożywa 38 badanych (8,66% wszystkich badanych osób), a spośród osób z wykształceniem średnim – 21 osób (4,78% wszystkich badanych). Niedoszacowana jest niestety w badanej próbie grupa osób z najniższym poziomem wykształcenia (podstawowe, gimnazjalne, zawodowe).

Mieszkańcy miast powyżej 100 tys. mieszkańców stanowili większość badanych osób ($N=273$). Analizując dane, nieco większy ich odsetek pije w obecnym czasie więcej niż mieszkańcy wsi i mniejszych miejscowości, chociaż różnice te nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej ($p=0,818$).

Fakt pozostawania w obecnym czasie zatrudnionym w różnych formach nie różnicował badanych osób pod względem ilości spożywanego alkoholu ($p=0,277$). Jednak ponownie – grupa osób pozostających obecnie bez stałej pracy jest dość mała w badanej próbie ($N=24$ osoby).

Oceniając sposób codziennego funkcjonowania spowodowany pandemią, różnice między osobami, które nie wychodziły z domu w ogóle lub sporadycznie (zakupy, spacer z psem), a tymi, które pracowały przez cały obecny czas również nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej ($p=0,262$).

Sam fakt przebywania na kwarantannie także nie zwiększał ilości spożywanego alkoholu ($p=0,104$).

134 osoby z badanej grupy (30,52%) leczyło się przed pandemią z powodu zaburzeń psychicznych, z czego 49 osób stosuje obecnie farmakoterapię, a 41 badanych deklaruje stałe korzystanie z psychoterapii. Sam fakt

leczenia z powodu wymienionych chorób nie jest powiązany ze wzrostem/spadkiem ilości spożywanego alkoholu ($p=0,284$).

Aż 47 osób spośród badanych (10,71%) deklaruje obecność **myśli samobójczych**. Osoby te, w porównaniu do osób zaprzeczających takim tendencjom, częściej piją obecnie większe ilości alkoholu niż przed pandemią ($p=0,024$). 50 badanych osób (11,39% z całości grupy) **leczy się z powodu chorób somatycznych**. Osoby te częściej piją obecnie mniej w porównaniu ze zdrowymi ($p=0,006$). Aż 222 osoby badane (50,57%) deklarują, iż w ich rodzinach występowało uzależnienie od alkoholu. Co ciekawe – większy odsetek tych osób spożywa obecnie istotnie

mniej alkoholu, niż to jest u badanych pochodzących z rodzin bez problemu alkoholowego ($p=0,04$).

Różnice w obrębie wieku oraz wyników zastosowanych narzędzi psychometrycznych w wyodrębnionych grupach przedstawia tabela 1.

Jak pokazuje tabela, szereg zmiennych różnicuje wyróżnione ze względu na spożywanie alkoholu grupy. Osoby, które deklarują mniejsze spożycie alkoholu, są znacząco młodsze niż pozostali (średnia około 26 lat, pozostali – średnia powyżej 30 lat). Z kolei osoby, które przyznają się do aktualnego większego spożycia, charakteryzują się wyższym średnim wynikiem w skali AUDIT, co oznacza, że jeszcze przed rozpoczęciem pandemii pili

Tabela 1. Porównanie osób z różnymi wzorcami picia w okresie pandemii.

	Grupa 1 N=182		Grupa 2 N=77		Grupa 3 N=61		Grupa 4 N=123		F	post-hoc test
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Wiek	32,39	10,43	26,77	8,92	31,54	11,45	34,61	12,80	8,02	2<1,3,4
Lęk przed śmiercią	36,49	14,33	39,38	14,23	39,51	15,04	35,80	12,22	1,77	-
Radzenie sobie ze stresem epidemii										
Zabezpieczanie się	11,26	2,74	11,44	2,61	11,06	2,83	11,66	2,64	0,86	-
Przestrzeganie zaleceń	10,30	1,68	10,42	1,52	9,98	1,88	10,25	1,90	0,74	-
Aktywność własna	9,02	1,95	8,90	1,95	8,65	1,95	8,96	1,93	0,74	-
Test AUDIT	4,83	3,62	5,70	3,67	7,04	4,85	5,520	4,272	4,77	3>1,4
Skala PSS 10	18,45	6,93	18,77	6,782	20,64	6,463	19,03	6,09	1,65	-
Kwestionariusz MINI COPE										
Aktywne radzenie sobie	3,28	1,68	3,06	1,51	2,79	1,71	3,41	1,70	2,36	-
Planowanie	3,91	1,56	3,47	1,52	3,62	1,59	3,90	1,53	1,93	-
Pozytywne przewartościowanie	3,75	1,74	3,32	1,69	2,97	1,90	3,77	1,67	4,13	3<1,4
Akceptacja	4,76	1,24	4,68	1,13	4,44	1,69	4,65	1,29	0,90	-
Humor	2,50	1,31	2,42	1,22	2,54	1,35	2,00	1,28	4,12	1, 3>4
Zwrot ku religii	1,42	1,79	1,10	1,56	1,03	1,67	2,14	2,13	7,53	4>1,2,3
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	3,96	1,69	3,44	2,06	4,02	1,73	3,56	1,76	2,49	-
Poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	3,40	1,68	3,16	1,90	3,44	1,87	3,17	1,71	0,73	-
Odwracanie uwagi	3,92	1,43	3,84	1,30	3,48	1,58	3,80	1,36	1,51	-
Zaprzeczanie	0,65	1,08	0,78	1,23	0,80	1,34	1,03	1,35	2,43	4>1
Wyładowanie	3,23	1,55	3,21	1,73	3,48	1,51	3,05	1,49	1,03	-
Zażywanie substancji	0,83	1,27	0,27	0,72	2,39	1,79	0,20	0,89	51,59	3>1,2,3; 1>2,4
Zaprzestanie działań	1,33	1,52	1,53	1,60	1,56	1,59	1,48	1,49	0,57	-
Obwinianie siebie	1,56	1,48	1,52	1,44	1,92	1,84	1,52	1,61	1,04	-
Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Goldberga (GHQ-28)										
GHQ somatyczne	8,97	4,84	9,55	4,51	9,85	4,69	8,71	4,91	1,03	-
GHQ lęk	8,9	5,91	9,1	6,05	10,4	6,03	8,6	5,53	1,39	-
GHQ zaburzenia funkcjonowania	9,0	4,03	9,4	5,08	11,2	5,20	8,8	4,05	4,55	3>1,2,4
GHQ depresja	4,94	4,79	5,96	5,88	7,03	6,03	4,40	4,78	4,21	3>1,4
GHQ SUMA	31,7	16,2	34,0	18,0	38,5	17,7	30,5	16,3	3,43	3>1,4

1-2; 1-3; 1-4, 2-3, 2-4 – istotne różnice ($p<0,05$) między grupami.

bardziej intensywnie i częściej alkohol niż osoby pijące aktualnie bez zmian i obecnie nie pijące wcale.

W przypadku strategii radzenia sobie ze stresem w okresie pandemii osoby pijące obecnie więcej istotnie rzadziej potrafią znaleźć pozytywne aspekty sytuacji stresowej (pozytywne przewartościowanie). W świetle analizowanych zmiennych nie dziwią różnice w obrębie zmiennej stosowanie substancji psychoaktywnych. Osoby pijące aktualnie więcej, osiągnęły w obrębie tej strategii wyniki istotnie wyższe ($p < 0,001$) niż pijący podobnie jak wcześniej oraz pijący mniej. Może to oznaczać sytuację, w której osoby te akceptują picie alkoholu jako strategię radzenia sobie ogólnie w trudnych sytuacjach, nie tylko obecnej. Pozostałe różnice nie dotyczyły specyfiki osób pijących więcej, a w większości różnic między abstynentami a pijącymi alkohol – zarówno w sposób podobny do poprzedniego, jak i zmieniony.

Osoby pijące obecnie więcej niż przed pandemią charakteryzują się również istotnie **gorszym stanem zdrowia psychicznego** – gorzej radzą sobie z codziennym funkcjonowaniem, z codziennymi obowiązkami i są mniej zadowolone z wykonywania aktywności oraz charakteryzują się istotnie wyższym poziomem depresji (poczucie beznadziejności życia, własnej bezwartościowości, myśli samobójcze).

Pozostałe zmienne, w tym stosowanie się do zaleceń epidemiologicznych (radzenie sobie ze stresem pandemii), nie różnicowały wyróżnionych grup.

Kończąc analizy, porównano sposób używania alkoholu w grupie osób, które uzyskały bardzo wysokie wyniki w GHQ, przemawiające za możliwością występowania poważnych zaburzeń funkcjonowania psychicznego ($N=116$, 26,2%). W grupie tej, w porównaniu z osobami z niższymi wynikami, znacząco więcej badanych piło obecnie alkohol intensywniej niż przed terapią ($p=0,003$).

Dyskusja i wnioski

W odniesieniu do picia alkoholu prezentowane badanie wykazało, iż ponad 28% badanych pije w sposób ryzykowny, a prawie taka sama ich liczba utrzymuje abstynencję. Wynik ten (dotyczący picia ryzykownego) jest wyższy niż w badaniach populacyjnych, zarówno polskich, jak i np. amerykańskich (www.parpa.pl; Delker, Brown, Hasin, 2016). Na obecnym etapie trudno stwierdzić, czy odpowiadała za to sytuacja stresowa związana z pandemią, czy też specyfika badanej grupy była właśnie taka.

Warto jednak zauważyć, że AUDIT jest jedyną metodą z zastosowanych w niniejszym badaniu, która pyta osoby badane o ich funkcjonowanie (w tym wypadku picie) w przeciągu ostatniego roku, a nie ostatniego miesiąca, jego wynik powinien być więc względnie niezależny od sytuacji ostatniego czasu.

W prezentowanym badaniu, spośród osób pijących alkohol 19% podało, iż pije go obecnie więcej niż przed pandemią. Wynik ten jest zbliżony do danych uzyskanych z badań zagranicznych, przeprowadzonych w tym samym czasie. Wskazują one, iż odsetek osób, które zwiększyły spożycie alkoholu, wynosił od 10,7% we Francji (Guignard i in., 2021) do 34,7% w Niemczech (Koopmann i in., 2020). W pozostałych krajach wynik ten oscylował w granicach 20%, np. w Belgii było to 26,4% (Schmits, Glowacz, 2021), w Wielkiej Brytanii 17% (Jakob i in., 2021), w Grecji 20,7% (Panagiotidis i in., 2020), a w Australii 25% (Calina i in., 2021). Jednocześnie wszystkie wymienione badania, podobnie jak niniejsze, wskazywały, iż większość pijących alkohol badanych nie zmieniła sposobu picia w trakcie pandemii, a część wręcz je zmniejszyła.

W przedstawianym badaniu w okresie pandemii spożycie alkoholu zmniejszyły osoby młode, niepozostające w związkach i nieposiadające dzieci (te zmienne łączą się ze sobą). Wynik ten można tłumaczyć okresem lockdownu, w którym zamknięte były puby, restauracje i kluby, a młodzież spędzała czas głównie w domach (nauczanie zdalne, zamknięcie akademików). Wydaje się więc, że to właśnie brak tak ważnych dla młodych ludzi kontaktów społecznych i wspólnie spędzanego czasu wpłynął na taki wynik.

Specyfiką okresu pandemii i problemów służby zdrowia można również tłumaczyć zmniejszenie picia alkoholu przez osoby chore somatycznie, które być może obawiając się, że nie otrzymają odpowiedniej pomocy w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia, wołały ograniczyć zachowania potencjalnie ryzykowne.

Grupą najbardziej narażoną na rozwój problemów z używaniem alkoholu, a także innych problemów są osoby, które zgłaszają większe spożycie alkoholu od momentu rozpoczęcia pandemii (niespełna 14% ogółu, 19% spośród pijących). Jak pokazały przeprowadzone analizy, są to osoby, które:

- intensywniej piły alkohol jeszcze przed rozpoczęciem pandemii (wyższy wynik w AUDIT);
- rzadziej obecnie (a być może i w ogóle) stosują strategię radzenia sobie opartą na pozytywnym przewar-

tościowaniu, znajdowaniu potencjalnych korzyści w trudnych sytuacjach;

- akceptują używanie substancji psychoaktywnych w reakcji na sytuacje trudne i stresowe;
- charakteryzują się gorszym stanem zdrowia psychicznego, trudnościami w radzeniu sobie z codziennymi aktywnościami, obniżeniem nastroju, a szczególnie objawami depresyjnymi oraz występowaniem myśli samobójczych.

Osoby spełniające te kryteria wydają się być narażone na rozwój problemów dotyczących używania alkoholu (a także innych dotyczących zdrowia psychicznego), gdyż prawdopodobnie używają one alkoholu do „samoleczenia” problemów psychicznych, a od dawna wiadomo, że takie używanie alkoholu jest wysoce niebezpieczne. Co ważne, pochodzące z różnych krajów, a cytowane powyżej wszystkie badania, również wskazują na stan zdrowia psychicznego, a zwłaszcza poziom depresji jako podstawową cechę wyróżniającą osoby, które zwiększyły spożycie alkoholu w trakcie pandemii. Warto zwrócić też uwagę, iż analizowane także we wprowadzeniu do niniejszego artykułu metaanalizy zwracają uwagę na osoby z gorszym stanem zdrowia psychicznego jako zagrożone jego dalszym pogarszaniem w okresie pandemii.

Bibliografia

Ahorsu, D.K., Lin, C.Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M.D., Pakpour, A.H. (2020), „The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation”, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00270-8>.

Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J.B., Grant, M. (1992), „AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care”, Genewa: WHO.

Cai, W., Tang, Y.L., Wu, S, Li, H. (2017), „Scale of Death Anxiety (SDA): Development and Validation”, *Frontiers in Psychology*. 31;8:858. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00858. eCollection 2017.

Calina, D., Hartung, T., Mardare, I., Mitroi, M., Poulas, K., Tsatsakis, A. et al (2021), „COVID-19 pandemic and alcohol consumption: Impacts and interconnections”, *Toxicology Report* 8:529-535. doi: 10.1016/j.toxrep.2021.03.005.

Chodkiewicz, J., Gola, M. (2021), „Fear of COVID-19 and death anxiety: Polish adaptations of scales”, *Advances Psychiatry & Neurology*; 30 (2): 61-72 DOI: <https://doi.org/10.5114/ppn.2021.108471>.

Chodkiewicz, J., Miniszewska, J., Krajewska, E., Bilinski, P. (2021), „Mental Health during the Second Wave of the COVID-19 Pandemic-Polish Studies”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*,18,3423. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073423>.

Delker, E., Brown, Q., Hasin, D.S. (2016), „Alcohol Consumption in Demographic Subpopulations: An Epidemiologic Overview”, *Alcohol Research: Current Reviews*, 38(1), 7–15.

Guignard, R., Andler, R., Quatremère, G, Pasquereau, A, du Roscoät, E, Arwidso, P, et al (2021), „Changes in smoking and alcohol con-

sumption during COVID-19-related lockdown: a cross-sectional study in France”, *European Journal of Public Health*, 31, 1076–1083, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab054>.

Jacob, L., Smith, L, Armstrong, N.C., Yakkundi, A., Barnett, Y., Butler, L., et al. (2021), „Alcohol use and mental health during COVID-19 lockdown: A cross-sectional study in a sample of UK adults”, *Drug and Alcohol Dependence*,1;219:108488. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108488. Epub 2020 Dec 28.

Jernigan, D.H. (2020), „America is drinking its way through the coronavirus crisis – that means more health woes ahead”, available online: <https://theconversation.com/america-is-drinking-its-way-ugh-the-coronavirus-crisis-that-means-more-health-woes-ahead-135532> [accessed on 26-04-2020].

Juczyński, Z. (2001), „Narzędzia pomiaru w promocji psychologii zdrowia”, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Juczyński, Z., Ogińska -Bulik, N. (2009), „Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem”, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

Koopmann, A., Georgiadou, E., Kiefer, F., Hillemacher, T. (2020), „Did the General Population in Germany Drink More Alcohol during the COVID-19 Pandemic Lockdown?”, *Alcohol and Alcoholism*, 20;55(6):698-699. doi: 10.1093/alcalc/agaa058. PMID: 32556079; PMCID: PMC7337704.

Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., Wang, H. (2020), „The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – A systematic review and meta-analysis”, *Psychiatry Research*, 291:113190. doi: 10.1016/j.psychres. 2020. 113190. Epub 2020 Jun 7. PMID: 32563745.

Makowska, Z., Merecz, D. (2001), „Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badan' kwestionariuszami Davida Goldberga”, Łódź: Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy.

Nochaiwong, S., Ruengorn, C., Thavorn, K., Hutton, B., Awiphan, R., Phosuya, C, et al. (2021), „Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis”, *Scientific Reports*,11(1):10173.

Panagiotidis, P., Rantis, K., Holeva, V., Parlapani, E., Diakogiannis, I. (2020), „Changes in alcohol use habits in the general population, during the COVID-19 lockdown in Greece”, *Alcohol and Alcoholism* 55, 702–704.

Poprawa, R., Rokosz, M., Tabiś, K., Barański, M. (2020), „Skala Specyficznego Radzenia Sobie ze Stresem Epidemii” (materiał niepublikowany).

Rahman, M.A., Islam, S.M., Tungpunkom, P. et al. COVID-19 (2021), „Factors associated with psychological distress, fear, and coping strategies among community members across 17 countries”, *Global Health* 17, 117.

Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M, et al. (2020), „Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis”, *Global Health*, 6;16 (1):57. doi: 10.1186/s12992-020-00589-w.

Schmits, E., Glowacz, F. (2021), „Changes in Alcohol Use During the COVID-19 Pandemic: Impact of the Lockdown Conditions and Mental Health Factors”, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-12. 4 Jan. 2021, doi:10.1007/s11469-020-00432-8.

Talarowska, M., Chodkiewicz, J., Nawrocka, N., Miniszewska, J., Biliński, P. (2020), „Mental health and the SARS-CoV-2 epidemic – Polish research study”, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (19), 7015.