

Dudek, Bohdan

Z życia nauki i życia Towarzystwa :
Stres : współczesne problemy :
(Symposium – Warszawa 4 IV 2003 r.) :
Stres traumatyczny związany z pracą

Rocznik Towarzystwa Naukowego Warszawskiego 66, 67-77

2003

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Bohdan Dudek

STRES TRAUMATYCZNY ZWIĄZANY Z PRACĄ

W pracy można doświadczyć dwóch rodzajów stresu: chronicznego i traumatycznego. Pierwszy rodzaj stresu wywołany jest codziennymi lub często powtarzającymi się trudnościami, kłopotami, dolegliwościami, których w pracy jest zwykle bardzo dużo i które wywołują stan napięcia w organizmie, nie powodujący po jednorazowym wystąpieniu, wyraźnych, negatywnych skutków zdrowotnych. Takich skutków można oczekiwać, gdy stan napięcia wywoływany czynnikami związanymi z pracą będzie się utrzymywać przez tak długi czas lub powtarzać z tak dużą częstotliwością, aż doprowadzi to do rozchwiania systemu psychofizjologicznej regulacji funkcji organizmu. Temu rodzajowi stresu poświęcono wiele badań, które w dużej części ujawniają negatywne skutki stresu chronicznego (Cooper, 1995). Drugi rodzaj stresu związanego z pracą wywołany jest zdarzeniami traumatycznymi. Zdarzenie traumatyczne jest nagle pojawiającą się sytuacją wywołującą przerażenie i poczucie paniki wśród osób uczestniczących w tej sytuacji. Są to zdarzenia, w których dochodzi do zagrożenia zdrowia lub życia pracownika albo bliskiej mu osoby, w których pracownik jest świadkiem zranienia lub śmierci współpracowników. Ten rodzaj stresu występujący w związku z pracą stosunkowo niedawno zaczął budzić zainteresowanie badaczy i należy sądzić, że to zainteresowanie będzie wzrastać, w miarę poszerzania się naszej wiedzy o pracy i w miarę zdobywania informacji o negatywnych skutkach tego narażenia. Charakterystyczną cechą tego rodzaju narażenia jest to, że czasami już po jednorazowym doświadczeniu zdarzenia traumatycznego występują u uczestników głębokie zaburzenia psychiczne i zakłócenia w codziennym funkcjonowaniu.

Do zdarzeń traumatycznych można zaliczyć różnorodne sytuacje, takie jak katastrofy spowodowane przez siły natury lub człowieka oraz różne sytuacje związane z przemocą, jaką ludzie stosują wobec siebie. Zdarzeń traumatycznych ludzie doznają nie tylko w życiu prywatnym, ale również w zawodowym. Miejsce pracy należy do środowiska, w którym występuje zwiększone ryzyko zajścia zdarzenia traumatycznego. Są zawody, w których narażenie na zdarzenie traumatyczne jest wpisane w rolę zawodową. Dotyczy to np. zawodu policjanta, strażaka, pracowników pogotowia

ratunkowego oraz członków innych zespołów ratowniczych. Potoczna wiedza o pracy w tych zawodach zawiera wystarczająco wiele przykładów sytuacji, w których dochodzi do zagrożenia życia lub zdrowia pracowników. Są również przedsiębiorstwa, w których z powodu wysokiego prawdopodobieństwa wystąpienia katastrofy z dużą liczbą ofiar (w przemyśle chemicznym, w zakładach produkujących materiały wybuchowe itp.) można oczekiwać dużej liczby osób doświadczających traumy. Ponadto, w miejscu pracy mogą sporadycznie, w sposób losowy, występować takie zdarzenia traumatyczne, jak napady rabunkowe ze śmiertelnymi ofiarami (banki), samobójstwa, czyny szaleńców itp. Ten ostatni rodzaj zdarzeń, choć występuje stosunkowo rzadko, może oddziaływać traumatycznie na duże grupy pracowników. Kierownicy, lekarze służby medycyny pracy, inspektorzy bhp, mimo braku wykształcenia w zagadnieniach psychiatrycznych, powinni być przygotowani do racjonalnego działania, gdy w ich przedsiębiorstwie wystąpi zdarzenie traumatyczne i powinni przygotować swoją instytucję do tego, aby skutecznie radzono sobie z takimi zdarzeniami zapobiegając rozwojowi zaburzenia po stresie traumatycznym u pracowników.

Zdarzenia traumatyczne nie należą do rzadkich zjawisk. Badania wykonane na reprezentatywnej próbie społeczeństwa amerykańskiego wykazały, że 61% mężczyzn i 51% kobiet było, w ciągu swojego życia, narażonych na zdarzenie traumatyczne (Kessler i in., 1994). Są grupy zawodowe, w których częstość narażenia może być wyższa. W badaniu strażaków działających na terenie dużych miast amerykańskich i kanadyjskich stwierdzono, że w ciągu jednego roku od 85% do 90% badanych uczestniczyło w zdarzeniu traumatycznym związanym z pełnieniem obowiązków służbowych (Corneil i in., 1999). W badaniu reprezentatywnej próby policjantów nowozelandzkich stwierdzono, że 85% badanych doświadczyło napadu z zagrożeniem, zranieniem lub innego uszczerbku na zdrowiu, 40% podało, że przeżyli szok z powodu śmierci znanego im policjanta (Stephens, Miller, 1998).

Zainteresowanie się problematyką stresu traumatycznego osób odpowiedzialnych za jakość funkcjonowania służb ratowniczych powinno być większe niż dotychczas, nie tylko z tego powodu, że zdarzenia w ich pracy są dość częste, ale również ze względu na skutki zdrowotne do jakich one prowadzą. Jest ogólnie znany fakt, że osoby uczestniczące w zdarzeniu traumatycznym przeżywają bardzo silny wstrząs emocjonalny, którego następstwem jest zespół reakcji takich:

- natrętne nawracanie obrazów i przykrych doznań związanych ze zdarzeniem;

- silna skłonność do unikania myśli, uczuć, miejsc, przypominających zdarzenie;
- utrzymywanie się objawów zwiększonego pobudzenia, które były nieobecne przed traumą.

Jeżeli wymienione symptomy utrzymują się krótko po zdarzeniu i po kilku dniach osłabną bądź zanikną, uznaje się je za naturalną reakcję człowieka na nienaturalną, ekstremalną sytuację. Jeżeli te symptomy utrzymują się przez dłuższy czas, do 1 miesiąca, i występują dość często z dużym nasileniem, wówczas rozpoznaje się u takiej osoby ostre zaburzenie potraumatyczne (acute stress disorder). Jeżeli taki stan utrzymuje się powyżej 1 miesiąca i do tego dają się zauważyć u cierpiącej osoby zaburzenia w funkcjonowaniu na terenie rodzinnym lub zawodowym, wówczas stawia się diagnozę zaburzenia po stresie traumatycznym (posttraumatic stress disorder – PTSD), (American Psychiatric Association – APA, 1994). PTSD rzadko występuje samodzielnie. Zwykle współwystępują z nim inne zaburzenia psychiczne, takie jak: depresje, krótkotrwałe psychozy reaktywne, fobie, uogólnione zaburzenia lękowe, tendencje samobójcze, antyspołeczne zaburzenia osobowości, alkoholizm i narkomania (Green, 1994).

Od 1996 r. prowadzone są w Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi badania nad traumą związaną z pracą zawodową. Osobami badanymi byli funkcjonariusze służb ratowniczych: strażacy, policjanci i pracownicy pogotowia ratunkowego. Zrealizowano cztery projekty badawcze, w których zastosowano podobne metody, choć o różnym zakresie zbieranych informacji. Było to badanie kwestionariuszowe; ich celem było ustalenie częstości narażenia na zdarzenia traumatyczne, reakcji na te zdarzenia, a w szczególności występowania wśród badanych symptomów zaburzenia po stresie traumatycznym oraz czynników zwiększających prawdopodobieństwo rozwoju PTSD u osób narażonych na zdarzenia traumatyczne. We wszystkich badaniach zastosowano to samo narzędzie do pomiaru symptomów PTSD (Watson i in., 1991; Koniarek, Dudek, Szymczak, 2000). Jest to kwestionariusz składający się z:

1. Pytania o to, czy badany doświadczył zdarzenia traumatycznego i prośby o jego opis;
2. Siedemnastu pytań o częstość lub intensywność występowania trzech rodzajów objawów charakterystycznych dla zaburzenia po stresie traumatycznym, (5 pytań dotyczących występowania symptomów nawracania; 7 pytań – symptomów unikania; 5 – symptomów pobudzenia); nasilenie tych objawów szacują badani na 7-punktowej skali z opisaniem każdym punktem tej skali mówiącym o częstotliwości bądź nasileniu danego symptomu.

3. Dwóch pytań o to, czy objawy (wszystkie lub niektóre), jakich dotyczyło 17 pytań kwestionariusza występowały przez okres co najmniej miesiąca w przeszłości i czy występują one przez co najmniej miesiąc obecnie. Siedemnaście pytań kwestionariusza dotyczących występowania zaburzenia po stresie traumatycznym umożliwia szacowanie poziomu symptomów w trzech wymiarach: nawracanie, unikanie, pobudzenie, a także szacowanie całkowitego poziomu zaburzenia. K-PTSD pozwala także wykorzystać zawarte w nim informacje do zaklasyfikowania każdej badanej osoby do jednej z dwóch kategorii: osób cierpiących na zaburzenie po stresie traumatycznym bądź osób, u których mimo doświadczenia traumatycznego, zaburzenia nie stwierdzono.

Badaniami objęto w kolejnych latach: strażaków woj. łódzkiego (1996–1997), pracowników pogotowia ratunkowego (1998), reprezentatywną próbę polskich strażaków (1998–2000) i policjantów (1999–2001). Charakterystyka przebadanych grup przedstawiona jest w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanych grup strażaków łódzkich (SŁ), pracowników pogotowia (PR), strażaków polskich (SP) i policjantów (P)

N		SŁ	PR	SP	P
		469	.88	974	833
Wiek	\bar{x}	34,0	35,5	33,5	28,5
	σ	6,21	9,70	5,9	5,59
	zakres	21–55	22–68	21–54	18–50
Staż w służbie	\bar{x}	10,7	*	10,3	6,9
	σ	5,65		4,97	
	zakres	1–30	1–27	1–27	0,6–25
Wykształcenie	podstawowe	4,3%	–	3,9%	
	zasadnicze	51,5%	–	37,1%	2,0%
	średnie	40,3%	55,7%	57,0%	89,9%
	wyższe	3,9%	44,3%	2,1%	6,1%
					2,0%

* Średni czas pracy w pogotowiu pracowników etatowych wynosił 10 lat ($\sigma = 7,27$), osób pełniących dyżury – 7,1 lat ($\sigma = 7,34$).

Badani policjanci byli grupą młodszą i lepiej wykształconą niż strażacy. Niższy poziom wykształcenia w grupie strażaków łódzkich niż w próbie ogólnopolskiej wynika zapewne z faktu, że badania ogólnopolskie prowadzono

kilka lat później a w tym czasie następowało odmłodzenie kadry i napływ osób ze średnim wykształceniem. Podobny jest staż pracy badanych w straży i pogotowiu, a nieco krótszy w policji, a więc czas w którym badani mogli doświadczyć traumy. Zdecydowana większość badanych, a zwłaszcza strażaków, uczestniczyła w zdarzeniach traumatycznych.

Tabela 2. Uczestnictwo w zdarzeniach traumatycznych

	SŁ	PR	SP	P
N	469	88	973	833
%	100	100	100	100
Uczestnicy zdarzeń traumatycznych				
N	385	62	839	475
%	82%	70,0%	86,1%	57,0%
Uczestnicy więcej niż jednego zdarzenia				
N	329	56	760	413
%	70,4%	63,6%	78%	49,6%

Częściej na zdarzenia traumatyczne narażeni byli strażacy, niż pracownicy pogotowia i policjanci. Dla większości badanych strażaków i pracowników pogotowia oraz dla połowy policjantów były to doświadczenia wielokrotne.

Zdarzenia urazowe, w których uczestniczyli badani mogły cechować się występowaniem rozmaitych czynników traumatyzujących. W badaniach dwóch grup: SP i P wyróżniono takie czynniki i badani wskazywali, które z nich były obecne w zdarzeniu, w którym uczestniczyli. W tabeli 8 przedstawiono jaki procent badanych z grup SP i P wskazywał na obecność danego czynnika traumatyzującego.

Tabela 3. Obecność określonych czynników traumatyzujących w zdarzeniach, w których uczestniczyli strażacy polscy i policjanci.

CZNNIK TRAUMATYZUJĄCY	SP	P
	% uczestników zdarzeń	
Zagrożenie zdrowia życia strażaka / policjanta	32,4	45,3
Zranienie, uszczerbek na zdrowiu strażaka / policjanta	8,0	19,3
Zagrożenie zdrowia / życia kolegów	39,0	45,6
Zranienie, uszczerbek na zdrowiu kolegów	12,0	27,3
Śmierć kolegów	1,8	4,0
Makabryczne widoki	82,0	68,7

Jak wynika z przedstawionych wyżej danych zdarzenia traumatyczne, w których uczestniczyli policjanci, dla blisko połowy z nich wiązały się z zagrożeniem życia ich i kolegów. Wśród strażaków zagrożonych utratą zdrowia lub życia była 1/3 uczestników zdarzeń a blisko 40% z nich przeżyło sytuację traumatyczną związaną z zagrożeniem życia / zdrowia kolegów. Policjanci ponad dwukrotnie częściej niż strażacy wskazywali także na zdarzenia, w których zranienia lub / i uszczerbku na zdrowiu albo śmierć ponieśli ich koledzy. Wśród strażaków zdarzenie urazowe najczęściej i znacznie częściej niż wśród policjantów wiązało się z oglądaniem makabrycznych widowisk.

Można by zatem sądzić, że te zdarzenia traumatyczne, których doświadczali policjanci były bardziej urazowe (częściej dotyczyły bezpośrednio ich lub kolegów częściej ich skutki – zranienie / utrata zdrowia, śmierć kolegów były drastyczne) niż te, w których uczestniczyli strażacy.

Jak reagowały badane osoby na zdarzenie traumatyczne przedstawiają dane zawarte w tabeli 4.

Tabela 4. Nasilenie emocji i odczuć towarzyszących zdarzeniu traumatycznemu (zakres: 1 – nie wystąpiło; 5 – bardzo silnie wystąpiło)*

RODZAJ EMOCJI	PR N = 62		SP N = 839		P N = 477	
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
Strach	1,9	1,26	2,0	1,24	2,0	1,31
Poczucie bezsilności	3,1	1,59	2,5	1,50	2,5	1,51
Chęć wycofania się	1,5	1,23	1,7	1,22	1,8	1,21
Współczucie	4,0	1,36	3,8	1,38	3,3	1,53
Poczucie winy	1,4	0,91	1,3	0,82	1,2	0,71
Gniew	2,1	1,45	1,7	1,17	2,4	1,53
Poczucie wstydu	1,3	0,90	1,2	0,68	1,2	0,66
Wstręt, odraza	–	–	1,6	1,08	1,6	1,06

* W grupie SŁ nie określono nasilenia emocji a jedynie fakt, czy one wystąpiły czy nie.

Zwraca uwagę bardzo wyrównany w trzech grupach poziom poszczególnych emocji i odczuć towarzyszących udziałowi w zdarzeniu traumatycznym. Oznacza to, że mimo indywidualnego charakteru zdarzeń traumatycznych w jakich brali udział badani i ich specyfiki wynikającej z rodzaju pracy wspólne jest to, że równie często i w podobnym nasileniu wywołują określone reakcje i emocje. Mówiąc inaczej, struktura przeżywanych emocji związanych ze zdarzeniem traumatycznym wśród pracowników różnych służb ratowniczych jest podobna. Najsilniej doświadczanymi emocjami są: współczucie dla ofiar zdarzenia i poczucie bezsilności. Na kolejnych miejscach znajdują się: strach i gniew. Należy sądzić, że struktura odczuwanych emocji zdeterminowana jest rolą zawodową badanych

osób. Wśród ofiar lub uczestników „cywilnych” zdarzeń, ta struktura przeżywanego emocji najprawdopodobniej będzie inna.

Poziom nasilenia objawów zaburzeń po stresie traumatycznym w badanych grupach przedstawia tabela 5.

Tabela 5. Poziom symptomów zaburzenia po stresie traumatycznym – wynik całkowity w K-PTSD.

SŁ N = 380		PR N = 62		SP N = 839		P N = 454	
\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
30,80	12,71	32,7	14,71	34,28	14,78	29,52	13,42

Poziom nasilenia symptomów pourazowych wśród badanych uczestników zdarzeń traumatycznych jest zbliżony, jeśli porównamy ze sobą średnie wartości. Niewiele jednak mówią one o sile reakcji badanych na zdarzenie traumatyczne. Aby móc lepiej ocenić tę siłę dokonaliśmy pewnego zabiegu. Ustalono jakie wyniki uzyskuje te 10% badanych, którzy osiągnęli najwyższe rezultaty w K-PTSD w każdej z badanych grup. Wśród strażaków łódzkich 10% osób o najwyższych wynikach uzyskiwało wynik 48 punktów lub więcej, a średnia dla tej grupy wynosiła 58 punktów. Analogiczne dane dla pracowników pogotowia wynosiły: 58 pkt. więcej i średnia 63 pkt. Wśród strażaków polskich analogiczne dane wynosiły: 58 pkt. lub więcej i 66,6 pkt., a wśród policjantów – 49 pkt. lub więcej i 61,2 pkt. Zarysowała się zatem pewna prawidłowość: tych 10% badanych, którzy wykazują najwyższy poziom zaburzeń pourazowych uzyskuje w Kwestionariuszu K-PTSD wynik około 50 pkt. lub więcej, a średnia tej zbiorowości wynosi 58 pkt. lub więcej. Warto zauważyć, że autor metody, którą adoptowaliśmy i stosowaliśmy w naszych badaniach (Watson i in., 1991) przytacza dane dotyczące weteranów wojny wietnamskiej – pacjentów oddziałów psychiatrycznych, których średnie wyniki wynosiły 58,2 pkt., a więc tyle ile osiągały osoby należące do 10% badanych populacji o najwyższym poziomie symptomów.

Należy zauważyć, że nie wszystkie osoby mieszczące się w dziesięcioprocentowej grupie o najwyższym poziomie symptomów można uznać za cierpiące na zaburzenie po stresie traumatycznym, ponieważ nie u wszystkich z nich symptomy te trwały przynajmniej miesiąc. Liczbę tych, którzy spełniają kryteria pozwalające uznać daną osobę za cierpiącą na zaburzenie po stresie traumatycznym (przy stosowanej w badaniu metodzie) przedstawia tabela 6.

Tabela. 6. Liczba osób (%) cierpiących na PTSD w badanych grupach

Wystąpienie symptomów na poziomie pozwalającym na diagnozę zaburzenia po stresie traumatycznym i czas ich trwania.	SŁ		PR		S		P	
	N = 380		N = 62		N = 839		N = 452*	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Symptomy wystąpiły, trwały i trwają	15	3,9	3	4,8	41	4,9	11	2,4
Symptomy wystąpiły, trwały ale nie trwają					21	2,5	8	1,8
Symptomy wystąpiły ale nie trwały miesiąc	X		X		7	0,8	3	0,6
Symptomy nie pozwoliły na diagnozę PTSD	X		X		770	91,8	430	95

* Jeden z policjantów stwierdził, że symptomy nie wystąpiły w okresie miesiąca po zdarzeniu w przeszłości, ale pojawiły się w ciągu ostatniego miesiąca; ten przypadek nie został uwzględniony w tabeli.

W dniu przeprowadzania badań na zaburzenie po stresie traumatycznym cierpiało 4,9% strażaków z próby ogólnopolskiej, którzy uczestniczyli w zdarzeniach traumatycznych i 2,4% uczestniczących w takich zdarzeniach policjantów. Zaburzenia te trwające w momencie badania lub występujące w przeszłości stwierdzono u blisko 4% strażaków łódzkich u prawie 4% pracowników pogotowia, u ponad 7% strażaków polskich: 4,2% policjantów – uczestników zdarzeń.

Wskaźniki procentowe wskazujące na liczbę osób mogących być podejrzanych o to, że rozwinęło się u nich PTSD nie są wysokie. Jeżeli potraktujemy te wskaźniki jako charakteryzujące daną grupę zawodową i weźmiemy pod uwagę liczbę osób zatrudnionych w tych zawodach, to możemy stwierdzić, że z powodu zdarzeń traumatycznych związanych z pracą kilka tysięcy osób w Polsce cierpi lub cierpiało na PTSD. Dokonując oceny skutków narażenia na zdarzenie traumatyczne należy pamiętać również, że nie są to jedyne skutki negatywne spowodowane tymi zdarzeniami. Mogą one wywoływać jeszcze inne zaburzenia w zdrowiu psychicznym i mogą wpływać na poziom satysfakcji z pracy i motywację do jej wykonywania (Koniarek, Dudek, 2001).

Liczby przedstawione w tab. 2 i 6 pozwalają ocenić ważność problemów związanych z narażeniem na zdarzenie traumatyczne w sposób obiektywny, w tym sensie, że dokonany przez zewnętrznego obserwatora zjawiska. Interesujące jest zagadnienie, co na ten temat sądzą sami pracownicy; czy są świadomi problemów psychologicznych wynikających z tych zdarzeń, czy

są raczej skłonni je lekceważyć. Odpowiedzi na te pytania dają dane uzyskane w prowadzonych badaniach. Badani z czterech grup także ci, którzy nie uczestniczyli w zdarzeniach, odpowiadali na tak samo sformułowane pytanie o ich opinię dotyczącą tego czy w ich grupie zawodowej występują problemy natury psychologicznej i zdrowotnej związane z udziałem członków tej grupy w zdarzeniach traumatycznych i czy należy tym, którzy takie problemy mają jakoś pomagać. Rozkład odpowiedzi na takie pytania przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Opinie badanych nt. częstości występowania problemów związanych z udziałem w zdarzeniach traumatycznych i potrzebie pomocy, tym którzy te problemy mają (% udzielanych odpowiedzi).

Lp.	OPINIE	SŁ N = 460	PR N = 85	SP N = 958	P N = 798
1.	Nie mają problemów	2,4	1,2	3,4	1,2
2.	Problem mają nieliczni i sami muszą sobie poradzić	10,4	23,5	13,0	6,0
3.	Problem mają nieliczni i trzeba im pomóc	26,7	9,4	16,3	14,3
4.	Problem ma wielu i sami muszą sobie poradzić	20,7	42,4	22,0	19,5
5.	Problem ma wielu i należałoby im pomóc	39,8	23,5	45,2	58,9

Bardzo nieliczni badani (1–3% w poszczególnych grupach) uważają, że osoby z ich grupy zawodowej nie mają w ogóle problemów związanych z udziałem w zdarzeniach urazowych. Większość (Suma odpowiedzi Lp. 4 i 5: SŁ – 60,5%; PR – 66%; SP – 67,2% i P – 78,4%) uważa, że problemy takie ma wielu członków danej grupy zawodowej. Poza pracownikami pogotowia w pozostałych grupach dominują także ci, którzy sądzą, że tym którzy problemy mają należałoby jakoś pomóc (suma odpowiedzi Lp. 3 i 5: SŁ – 66,5%; PR – 32,9%; SP – 61,5%; P – 73,2%). Przekonanie, że udział w zdarzeniu traumatycznym i jego konsekwencje w postaci symptomów zaburzeń pourazowych wpływa na funkcjonowanie w pracy i poza pracą jest w badanych grupach powszechne i wyraża je ponad 70% osób w każdej z grup (tab. 8).

Podzielają tę opinię przede wszystkim policjanci. W tej grupie najmniej liczni (niepełna 5%) są także ci, którzy sądzą, że doświadczenie traumatyczne nie wpływa na funkcjonowanie ani w pracy ani poza nią.

Tabela 8. Opinie nt. wpływu zdarzeń traumatycznych na funkcjonowanie w pracy i poza pracą (% udzielanych odpowiedzi)

LP.	ZDARZENIA TRAUMATYCZNE	SŁ N = 463	PR N = 85	SP N = 956	P N = 808
1.	Zdarzenie traumatyczne nie ma wpływu na funkcjonowanie w pracy i poza nią	7,8	9,4	7,4	4,8
2.	Zdarzenie traumatyczne ma wpływ na funkcjonowanie, ale tylko w pracy	10,2	11,8	8,9	3,6
3.	Zdarzenie traumatyczne ma wpływ na funkcjonowanie, ale tylko poza pracą	5,6	8,2	10,8	7,2
4.	Zdarzenie traumatyczne ma wpływ na funkcjonowanie, w pracy i poza pracą	76,5	70,6	72,9	84,4

Wyniki przedstawione w tab. 7 i 8 wyraźnie wskazują na to, że pracownicy służb ratowniczych zdają sobie sprawę z wagi problemu jaki w ich pracy stwarza konieczność uczestniczenia w zdarzeniach traumatycznych. Ich opinie wzmacniają nasz wcześniejszy pogląd na temat wagi tego problemu wypływający z analizy częstości narażenia na zdarzenia traumatyczne i skutków do jakich one prowadzą.

PODSUMOWANIE

Udział w zdarzeniu traumatycznym jest czynnikiem mogącym wywołać poważne zaburzenia w samopoczuciu psychicznym jednostki określanym jako zaburzenie po stresie traumatycznym. Podstawowym celem referatu było pokazanie jakie jest „zawodowe” narażenie badanych grup na kontakt z tym czynnikiem i w jakim zakresie wywołuje on objawy charakterystyczne dla zaburzenia po stresie traumatycznym. Kontakt ze zdarzeniami traumatycznymi jest wśród członków badanych grup zjawiskiem powszechnym, na stałe wpisanym w ich rolę zawodową i najczęściej nie jednostkowym. Przynajmniej połowa osób z badanych grup uczestniczyła w zdarzeniu traumatycznym.

U 3 do 7% badanych doświadczenia traumatyczne wywołały objawy o tyle silne i trwające tak długo, że można mówić, iż cierpią / cierpiały na zaburzenia po stresie traumatycznym. Choć badane zbiorowości, poza strażakami polskimi, nie były reprezentatywne to jeśli estymować uzyskane wyniki, z zachowaniem wszelkiej ostrożności, na całe populacje strażaków (około 20 tysięcy osób), pracowników zespołów wyjazdowych pogotowia ratunkowego (kilka tysięcy osób) i policjantów (około 100 tysięcy osób) oznacza to, że kilka tysięcy osób wykonujących te zawody przystępuje do

pełnienia codziennych obowiązków mimo, że ich stan psychiczny, według przyjętych w DSM-IV kryteriów, pozwala uznać je za osoby chore.

Należy podkreślić, że ograniczenie narażenia na zdarzenia traumatyczne w badanych zawodach jest niemożliwe, ponieważ kontakt z tymi zdarzeniami jest stałą cechą służby. Pozostają zatem działania skierowane na jednostkę, które pozwolą na ograniczenie kosztów psychicznych doświadczeń urazowych. W literaturze opisane są dwie metody, które mogą być zastosowane w profilaktyce zaburzenia po stresie traumatycznym. Pierwsza z nich zwana Systemem ochrony przed skutkami zdarzeń krytycznych (ang. Critical Incident Stress Management – CISM), której elementem jest debriefing (Mitchell, 1995) znajduje zastosowanie w tych zawodach, w których narażenie na zdarzenie traumatyczne jest wysoko prawdopodobne. Ograniczenie tej metody do osób zatrudnianych w tych zawodach (np. w służbach ratowniczych) wynika, z tego, że koszty zorganizowania i utrzymania zespołu debriefingowego są wysokie. W przypadku instytucji, w których występowanie zdarzeń traumatycznych jest prawdopodobne, ale nie w wysokim stopniu, można zorganizować profilaktykę PTSD według Modelu Bravermana (1992). Możliwość i korzyści płynące z profilaktyki PTSD powinny być uświadamiane, w większym stopniu niż dotychczas, wśród osób odpowiedzialnych za zdrowie pracowników.

LITERATURA:

- Braverman M. 1992: *Posttrauma crisis intervention in the workplace*. W: J.C. Quick, L.R. Murph, I. Hurrell (red.): *Stress and Well-being at Work: Assessments and Interventions for Occupational Mental Health*, American Psychological Association, Washington, 299–316.
- Cooper C. L. 1995, *Handbook of stress, medicine and health*. CRC Press, Boca Raton.
- Corneil W., Beaton R., Murphy S., Johnson C., Pike K. 1999: *Exposure to traumatic incidents and prevalence of posttraumatic stress symptomatology in urban fire-fighters in two countries*. „J. Occup. Health Psychol.”, 4(2), 131–141.
- Green B.L. 1994: *Psychosocial research in traumatic stress: An update*. „J. Traumatic Stress”, 7(3), 341–362.
- Kessler R.C., Mc Gonagle K.A, Zhao S. 1994: *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey*. „Arch.Gen. Psychiatry”, 51(8), 8–19
- Koniarek J., Dudek B., Szymczak M. 2000: *Kwestionariusz do pomiaru zespołu zaburzeń po stresie urazowym (K-PTSD) – zastosowanie PTSD-Interview Ch. Watsona i jego współpracowników w badaniach grupowych*. „Przegl. Psychol.”, 43(2), 205–216.
- Stephens Ch., Miller I. 1998: *Traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in the New Zealand police*. „Policing: Intern. J. Police Strategied Manag.”, 21, 1, 178–191.
- Watson Ch. G., Juba M.P., Manifold V., Kucala T., Anderson P.E. 1991: *The PTSD Interview: Rationale, Description, Reliability, and Concurrent Validity of a DSM-III-Based Technique*. „J. Clin. Psychol.”, 47(2), 179–188.