

NASILENIE OBJAWÓW STRESU POURAZOWEGO U OSÓB WYKONUJĄCYCH ZAWÓD RATOWNIKA MEDYCZNEGO

SYMPTOMS INTENSIFICATION OF POST-TRAUMATIC STRESS IN INDIVIDUALS PERFORMING THE JOB OF A MEDICAL RESCUE WORKER

Ewa Ogłodek

*Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy
Kierownik Katedry: prof. dr hab. med. A. Araszkiwicz*

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy była ocena stresu i nasilenia objawów stresu pourazowego (PTSD) w grupie ratowników medycznych.

Materiał i metody: Badaniu poddano 36 osób pracujących w zawodzie ratownika medycznego (18 mężczyzn, 18 kobiet); średnia wieku 40,9 lat. Ratownicy zatrudnieni byli w SOR/Izba Przyjęć. Grupę kontrolną stanowiło 34 pacjentów (17 mężczyzn, 17 kobiet); średnia wieku 39,6 lat. Osoby badane były za pomocą kwestionariusza oceniającego nasilenie stresu pourazowego – Mississippi-C PTSD Scale oraz oceniały atmosferę panującą w miejscu pracy.

Wyniki: Zaobserwowano istotne zależności między nasileniem objawów stresu pourazowego w badanych grupach ratowników medycznych.

Wnioski: Istotne stają się działania prewencji zdrowia psychicznego wśród ratowników medycznych.

Słowa kluczowe: ratownicy medyczni, skala Mississippi-C PTSD, zaburzenia stresowe pourazowe

Summary

Background: The purpose of the task was the assessment of stress and the intensification of the symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) in the group of medical rescue workers.

Material and methods: The research covered 36 individuals, working as medical rescue workers (18 males and 18 females); average age: 40.9. The medical rescue workers were employed in the Hospital Emergency Department. The control group composed of 34 patients (17 males and 17 females); average age: 39.6 the questionnaires were completed by individuals assessing the intensification of post-traumatic stress, namely Mississippi-C PTSD Scale, and assessed the atmosphere dominant in their workplace.

Results: What was observed was significant interdependencies among the intensification of symptoms of post-traumatic stress in case of the interviewed groups of medical rescue workers.

Conclusions: What becomes important, is to take preventive action in the field of mental health among medical rescue workers.

Key words: medical rescue workers, Mississippi-C PTSD Scale, post-traumatic stress disorder

Nadesłano: 5.04.2011

Zatwierdzono do druku: 7.04.2011

Wstęp

Stres jest jednym z najpowszechniejszych zagrożeń w dzisiejszym środowisku pracy. Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) określiła stres zawodowy mianem „światowej epidemii XX wieku”. Obecna wiedza naukowa dotycząca skutków zdrowotnych stresu wskazuje, że jest on nie tylko zagrożeniem powszechnym, ale bywa nawet śmiertelny [1, 2].

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera przedstawił informacje na temat zagrożeń psychospołecznych w środowisku pracy w Polsce, opierając się na definicji Światowej Organizacji Zdrowia – WHO z 1993 roku: „zagrożenia psychospołeczne odnoszą się do interakcji pomiędzy treścią pracy, organizacją pracy, systemami zarządzania, warunkami środowiska pracy a kompetencjami, potrzebami i indywidualnymi właściwościami pracownika [3, 4].

Istotnym elementem problemów związanych z miejscem pracy jest występowanie w nim sytuacji trudnych. Sytuacja trudna występuje gdy wewnętrzna równowaga sytuacji normalnej zostanie zakłócona tak, że przebieg aktywności podstawowej zostanie zaburzony i prawdopodobieństwo realizacji zadania na poziomie normalnym stanie się mniejsze. Wyróżnić możemy kilka rodzajów sytuacji trudnej występującej w pracy, a mianowicie: **sytuację deprivacji** – występuje ona, gdy jakaś potrzeba człowieka nie zostaje zaspokojona; **sytuację przeciążenia** – występuje, gdy trudność zadania znajduje się na granicy możliwości, sił fizycznych, umysłowych, wytrzymałości nerwowej człowieka; **sytuację utrudnienia** – występuje, gdy możliwość realizacji zadania zostaje zmniejszona w efekcie pojawienia się przeszkód lub braków; **sytuację konfliktową** – występuje, gdy człowiek znajduje się w polu działania sił przeciwstawnych (fizycznych, społecznych, moralnych); **sytuację zagrożenia** – występuje, gdy dotyczy okoliczności istnienia zwiększonego prawdopodobieństwa naruszenia podmiotowej wartości ważnej i cennej dla człowieka [5, 6].

Dzięki powyższej typologii wyodrębnić możemy zawody trudne i niebezpieczne, definiowane jako stanowiska wymagające szczególnej sprawności psychofizycznej. Praca na nich wiąże się z narażeniem życia i/lub zdrowia osoby wykonującej dany zawód, jak również stanowi zagrożenie dla innych ludzi. Do tej grupy zawodów zalicza się między innymi zawód ratownika medycznego [7]. Osoba pracująca w warunkach obciążenia stresowego jest nie tylko narażona na czynniki bezpośrednio wynikające z wykonywanej pracy, ale również istotnym stresorem mogą stać się stosunki panujące w grupie współpracowników, czy też sama struktura organizacyjna pracy. Czynniki te wpływać mogą

na poczucie bezpieczeństwa osoby pracującej, na satysfakcję z wykonywanej pracy, oraz stać się przyczyną wystąpienia zaburzeń stresowych pourazowych.

Materiał i metody

Badaniu poddano 36 osób pracujących w zawodzie ratownika medycznego (18 mężczyzn, 18 kobiet); średnia wieku 40,9 lat. Ratownicy zatrudnieni byli w Oddziałach Ratunkowych. Grupę kontrolną stanowiło 34 pacjentów (17 mężczyzn, 17 kobiet); średnia wieku 39,6 lat. Osoby badane były za pomocą kwestionariusza Mississippi-C PTSD Scale oraz oceniały atmosferę panującą w miejscu pracy w oparciu o pytania ankietowe. W ankiecie badani ustosunkowywali się do pytań o istnienie: konfliktów w relacjach ze współpracownikami, zjawiska nadmiernej kontroli i obserwacji w pracy, nadmiaru obowiązków w pracy oraz innych sytuacji demotywujących do przebywania w środowisku pracy.

Obecna wersja skali powstała na podstawie amerykańskiego kwestionariusza Mississippi (Mississippi Scale for Combat Related PTSD) służąca do oceny objawów stresu pourazowego (PTSD) u weteranów wietnamskich.

Skala Mississippi-C obejmowała 39 pozycji opartych na kryteriach DSM-III dla zaburzenia stresu pourazowego. Każda pozycja oceniana była przez osobę badaną na pięciopunktowej skali typu Likerta. Cztery dodatkowe pytania, umieszczone na końcu kwestionariusza, dotyczyły odczuwania tak zwanych: flash-back's, niepamięci zdarzenia, występującej nadmiernej czujności oraz napadów paniki. Treść 24 itemów spośród 35 pozycji z wersji „żołnierskiej” była taka sama. Natomiast 8 pozycji, które odnosiły się do zdarzeń podczas służby wojskowej, czy podczas bycia w wojsku zostało przeformowanych w wersji cywilnej kwestionariusza jako itemy odnoszące się analogicznie do zdarzeń w przeszłości. Indywidualne wyniki obliczane były poprzez zsumowanie punktów we wszystkich pozycjach zaznaczonych przez ankietowanego. Dla wersji cywilnej ogólny wynik znajdował się w przedziale od 39 do 195. Uzyskanie niższych wartości oznaczało małe natężenie lub brak objawów, a wyższe wartości wskazywały na występowanie większego natężenia objawów PTSD. Punktem odcięcia dla opisywanej skali było uzyskanie 93 punktów. Zanim podjęto korelację cech, podzielono uzyskane punkty z kwestionariusza Mississippi-C na przedziały.

Zaczynając od punktu odcięcia – 93 – kończąc na uzyskanej najwyższej punktacji – 113 – zakreślono przedziały co siedem punktów. Przedziały te stanowiły charakterystykę natężenia PTSD: natężenie łagodne (93–99 pkt.), umiarkowane (100–106 pkt.), ciężkie (107–113 pkt.). Ułatwiło to zestawianie

cech z wynikami kwestionariusza Mississippi-C, oraz analizę wykresów.

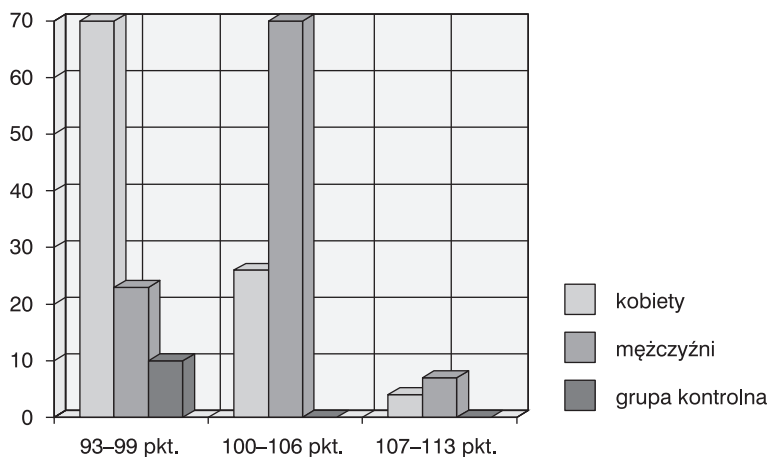
Badanie zostało przeprowadzone po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej.

Wyniki

Przy pomocy skali Mississippi-C oceniono stopień natężenia objawów stresu pourazowego (PTSD) wśród osób badanych. Rozpiętość punktacji mieściła się w granicach 81 do 113. W cywilnej wersji kwestionariusza Mississippi od 93 punktów wzwyż (punkt odcięcia) stwierdzano obecność objawów PTSD. W celu ułatwienia analizy wykresów podzie-

lono uzyskane punkty z kwestionariusza Mississippi-C na 3 przedziały.

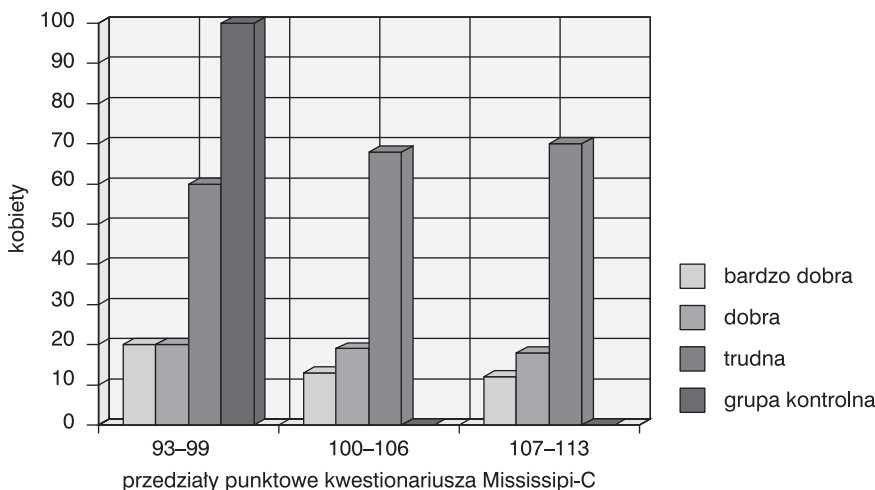
Stwierdzono, że wszyscy badani ratownicy medyczni wykazywali objawy stresu pourazowego (o różnym nasileniu), natomiast w grupie kontrolnej tylko 10% osób wykazywało objawy stresu pourazowego o łagodnym nasileniu. Badani ratownicy medyczni wykazywali głównie objawy stresu pourazowego o nasileniu umiarkowanym (36% kobiet i 70% mężczyzn) oraz mniej liczne grupy stanowiły osoby badane o nasileniu PTSD o charakterze łagodnym (4% kobiet i 23% mężczyzn) i ciężkim (4% kobiet i 7% mężczyzn) (ryc. 1).



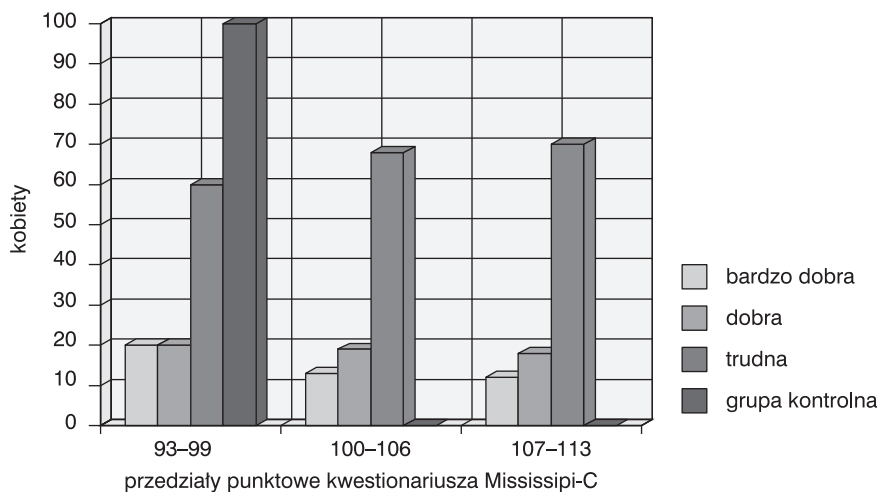
Rycina 1. Kwestionariusz Mississippi-C w badanych grupach: mężczyzn i kobiet
Figure 1. Mississippi-C Scale in researched groups: men and women

Analiza punktacji kwestionariusza Mississippi-C, uwzględniająca subiektywną ocenę atmosfery panującej w miejscu pracy wykazała, że kobiety będące ratownikami medycznymi atmosferę postrzegały jako trudną w 70% o ciężkim, 68% o umiar-

kowanym i 60% łagodnym nasileniu PTSD (ryc. 2). Mężczyźni wykonujący zawód ratownika medycznego oceniali natomiast atmosferę jako trudną w 80% o ciężkim, 52% o umiarkowanym i 10% łagodnym nasileniu PTSD (ryc. 3).



Rycina 2. Kwestionariusz Mississippi-C w badanej grupie mężczyzn; ocena atmosfery w miejscu pracy
Figure 2. Mississippi-C Scale in the group of men; estimate of atmosphere in work-place



Rycina 3. Kwestionariusz Mississippi-C w badanej grupie kobiet; ocena atmosfery w miejscu pracy
Figure 3. Mississippi-C Scale in the group of women; estimate of atmosphere in work-place

Dyskusja

W badaniu przeprowadzonym w pracy stwierdzono, że wszyscy ratownicy medyczni wykazywali objawy stresu pourazowego. Aż 70% mężczyzn będących ratownikami wykazywało umiarkowane zaś w 7% ciężkie nasilenie PTSD. Analiza subiektywnej oceny atmosfery panującej w miejscu pracy wykazała, że kobiety będące ratownikami medycznymi postrzegały atmosferę w pracy jako trudną częściej niż mężczyźni.

Może to świadczyć o tym, że kobiety będące ratownikami medycznymi łatwiej zauważały ryzyko narastania zjawiska stresu w pracy. Stres zawodowy jest bowiem wynikiem interakcji poziomu wymagań związanych z pracą, poziomu kontroli nad pracą oraz poziomu wsparcia społecznego w miejscu pracy. Największy poziom stresu zawodowego występuje wówczas, gdy pracownik w warunkach niewielkiego, realnego wpływu na pracę musi sprostać dużym wymaganiom, nie mając jednocześnie zapewnionego wystarczającego wsparcia ze strony organizacji. Czynnikiem zagrażającym dla pracowników mogą być zatem zarówno wysokie wymagania związane z pracą, jak i niski poziom kontroli nad pracą, a także brak wsparcia społecznego w miejscu pracy [8].

Według badań David G. i inn. oraz Lowery K. i inn. do czynników zagrażających w obszarze wymagań związanych z pracą zaliczyć możemy: przeciążenie jakościowe i ilościowe pracą, niedociążenie jakościowe, konfliktowość roli oddziałującej na pracownika oraz fizyczne warunki pracy wywołujące stres [9, 10]. Przeciążenie ilościowe pracą pojawia się wskutek takich sytuacji zagrażających, jak: zbyt duża ilość zadań (przekraczanie norm czasu pracy), nierównomierne tempo pracy (nagle i znaczne ilości pracy), narzucone tempo pra-

cy, praca pod presją i w pośpiechu, częste zmiany w pracy (konieczność równoległego wykonywania wielu różnych zadań), częsty i znaczny wysiłek fizyczny [11]. Przeciążenie jakościowe pracą powodowane jest m.in. przez: zadania trudne lub skomplikowane umysłowo, zadania wymagające bycia twórczym, konieczność stałego podnoszenia kwalifikacji, odpowiedzialność za ludzi, odpowiedzialność materialna, duże konsekwencje błędów w pracy, dylematy moralne w pracy, konieczność zachowania stałej czujności, konieczność tłumienia własnych potrzeb i reakcji. Niedociążenie jakościowe pojawia się natomiast jako skutek takich sytuacji, jak: monotonia pracy, monotypia pracy, praca poniżej możliwości pracownika.

Avdibegovic E. i in. oraz Jain S. podkreślają rolę konfliktowości oddziałującej na pracownika w sytuacjach takich, jak: konieczność współpracy z innymi ludźmi, konieczność godzenia sprzecznych interesów, praca w sytuacji uzyskiwania sprzecznych poleceń, ciągła dyspozycyjność [12, 13].

Ponadto fizyczne warunki pracy wywołujące stres stają się istotne dla ratowników medycznych, szczególnie gdy istnieje możliwość zarażenia się chorobami podczas obcowania z brudem lub krwią oraz podczas pracy w niskich temperaturach [14].

Do sytuacji zagrażających w obszarze kontroli nad pracą zaliczamy sytuacje stwarzające zagrożenie poczucia bezpieczeństwa w pracy takie jak: brak jasności co do celów pracy i stawianych wymagań, brak jasności co do zakresu obowiązków albo odpowiedzialności, brak jasności co do metod pracy, brak jasności w zakresie kryteriów oceny pracy i/lub brak informacji zwrotnej o wynikach pracy, brak możliwości decydowania kiedy i w jaki sposób wykonać zadanie, brak wpływu na plan pracy, niskie poczucie bezpieczeństwa w pracy [15].

Pojawiać się mogą również zagrożenia w zakresie wsparcia społecznego w miejscu pracy ratownika medycznego: utrudniony kontakt z przełożonym, brak systemu motywacyjnego, system motywacyjny nastawiony na rywalizację, uznaniowy system motywacyjny, brak informacji potrzebnych do pracy, brak środków lub narzędzi potrzebnych do pracy, brak informacji o zmianach w przedsiębiorstwie, autorytarny styl zarządzania, brak poszanowania dla życia prywatnego pracownika [16].

Stres, który wykracza poza możliwości adaptacyjne człowieka działa niekorzystnie na jego zdrowie. Prowadzi do zakłóceń w organizmie osoby poddanej na sytuacje będące przeciążeniem stresowym. Wymienia się między innymi konsekwencje związane z zaburzeniem funkcjonowania jednostki, jej dezorganizację w zachowaniu czy też pogorszenie stanu zdrowia [17].

Konsekwencjami zdrowotnymi stresu w pracy ratownika medycznego może być: przyspieszone tętno i praca serca, wzrost ciśnienia krwi tętniczego, zwiększona potliwość, płytki oddech, napięcie mięśni kończyn, rozszerzenie źrenic, zaciskanie szczęk, częste oddawanie moczu. Ponadto objawami stresu mogą być objawy reakcji psychologicznej: trudności w koncentracji uwagi, utrata pewności siebie, agresywność, napięcie i poczucie rozdrażnienia, zaniżona samoocena, zmęczenie, wyczerpanie, niepokój oraz objawy reakcji behawioralnej: tiki nerwowe, nadpobudliwość ruchowa, obgryzanie paznokci, spadek lub wzrost apetytu, zwiększone spożycie alkoholu lub substancji psychoaktywnych, trudności w zasypianiu [18].

Bardziej odległymi skutkami stresu w pracy ratownika medycznego mogą być konsekwencje zdrowotne natury psychologicznej: poczucie napięcia, lęk, niechęć, znudzenie, gniew, represja uczuć, nieumiejętność koncentracji uwagi, poczucie bezwartościowości i alienacji, uzależnienia. Innymi skutkami mogą być: choroby somatyczne: choroby serca, przewodu pokarmowego, nowotwory i inn. oraz konsekwencje organizacyjne: absencja w pracy, obniżona jakość i ilość wykonywanej pracy [19].

Wniosek

Istotne stają się działania prewencji zdrowia psychicznego wśród ratowników medycznych.

Piśmiennictwo

1. Ben-Ezra M., Palgi Y., Essar N. i wsp.: Acute stress symptoms, dissociation, and depression among rescue personnel 24 hours after the Bet-Yehoshua train crash: the effects of exposure to dead bodies. *Prehosp Disaster Med* 2008; 23(5): 461-465.
2. Gallagher S., McGilloway S.: Experience of critical incident stress among ambulance service staff and relationship to

psychological symptoms. *Int J Emerg Ment Health* 2009; 11(4): 235-248.

3. Potocka A., Merecz-Kot D.: What do we know about psychosocial risks at work? Part II. The analysis of employee's knowledge of sources and consequences of stress at work. *Med Pr* 2010; 61(4): 393-411.
4. Trudel X., Brisson C., Milot A. Job strain and masked hypertension. *Psychosom Med* 2010; 72(8): 786-793.
5. Cafaro G., Sansoni J.: Job satisfaction: a comparative study between public and private practice. *Prof Inferm* 2010; 63(2): 67-76.
6. Wadsworth E.J., Chaplin K.S., Smith A.P.: The work environment, stress and well-being. *Occup Med* 2010; 60(8): 635-639.
7. Beaton R., Murphy S., Johnson C i wsp.: Exposure to duty-related incident stressors in urban firefighters and paramedics. *J Trauma Stress* 1998; 11(4): 821-828.
8. Argentero P., Bruni A., Fiabane E. i wsp.: Stress risk evaluation in health personnel: framework and applicative experiences. *G Ital Med Lav Ergon* 2010; 32(3): 326-331.
9. David G., Brachet T.: Retention, learning by doing, and performance in emergency medical services. *Health Serv Res* 2009; 44(3): 902-925.
10. Lowery K., Stokes M.A.: Role of peer support and emotional expression on posttraumatic stress disorder in student paramedics. *J Trauma Stress* 2005; 18(2): 171-179.
11. Sterud T., Ekeberg Ø., Hem E.: Health status in the ambulance services: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2006; 3, 6: 82.
12. Avdibegovic E., Delic A., Hadzibeganovic K. i wsp.: Somatic diseases in patients with posttraumatic stress disorder. *Med Arh* 2010; 64(3): 154-157.
13. Jain S.: The role of paraprofessionals in providing treatment for posttraumatic stress disorder in low-resource communities. *JAMA* 2010; 4, 304(5): 571-572.
14. Nieuwenhuijsen K., Bruinvels D., Frings-Dresen M.: Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. *Occup Med* 2010; 60(4): 277-286.
15. Poanta L., Craciun A., Dumitras-Çcu D.L.: Professional stress and inflammatory markers in physicians. *Rom J Intern Med* 2010; 48(1): 57-63.
16. Jonsson A., Segesten K., Mattsson B.: Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emerg Med J* 2003; 20(1): 79-84.
17. Siegrist J.: Effort-reward imbalance at work and cardiovascular diseases. *Int J Occup Med Environ Health* 2010; 8: 1-7.
18. Jacobs J., Horne-Moyer H.L., Jones R.: The effectiveness of critical incident stress debriefing with primary and secondary trauma victims. *Int J Emerg Ment Health* 2004; 6(1): 5-14.
19. Magnusson Hanson L.L., Theorell T., Bech P. i wsp.: Psychosocial working conditions and depressive symptoms among Swedish employees. *Int Arch Occup Environ Health*, 2009; 82(8): 951-960.
20. Alden L.E., Regambal M.J., Laposa J.M.: The effects of direct versus witnessed threat on emergency department healthcare workers: implications for PTSD criterion. *A J Anxiety Disord* 2008; 22(8): 1337-1346.

Adres do korespondencji:

dr med. Ewa Ogłodek
Katedra Psychiatrii
85-094 Bydgoszcz, ul. Kurpińskiego 19
tel. 669-300-460 lub +48(52) 585-42-60
lub +48(52) 585-42-68,
fax: +48(52) 585-37-66
e-mail: maxeve@interia.pl