

ARTYKUŁ POGŁĄDOWY/REVIEW PAPER

Otrzymano/Submitted: 10.09.2012 • Poprawiono/Corrected: 15.09.2012 • Zaakceptowano/Accepted: 17.09.2012

© Akademia Medycyny

Zespół stresu pourazowego w pracy zawodowej ratowników medycznych

Post-traumatic stress of members of emergency services

Beata Papiernik¹, Piotr Holajn¹, Katarzyna Żak-Jasińska²,
Andrzej Basiński¹

¹ Katedra i Klinika Medycyny Ratunkowej i Katastrof, Gdański Uniwersytet Medyczny

² Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii, Gdańsk



Streszczenie

Służby ratownicze, podobnie jak bezpośrednie ofiary katastrofy, narażone są na traumatyczny stres. Udział w akcji ratunkowej jest konfrontacją z ludzkim cierpieniem i śmiercią, często wiąże się też z zagrożeniem zdrowia a nawet życia ratowników. Praca służb ratowniczych wymaga pełnej dyspozycyjności i często stanowi skrajne przeciążenie. Czynnikiem przyczyniającym się w sposób szczególny do zwiększenia napięć związanych z pracą służb ratowniczych jest sama natura traumatycznych wydarzeń. Niniejsza praca ma na celu przedstawienie mechanizmów powstawania stresu pourazowego wśród ratowników medycznych w Polsce. *Anestezjologia i Ratownictwo 2012; 6: 339-342.*

Słowa kluczowe: zespół stresu pourazowego, ratownik medyczny, stres w akcjach ratunkowych

Abstract

The emergency services similarly to disaster victims are prone to direct traumatic stress. Taking part in rescue operation is a confrontation with human pain and death, it is often connected with health and life risk of rescuers themselves. A member of emergency services is required to be fully disposable and often faced with dramatic chronic overwork. The nature of traumatic events is itself a main factor increasing tensions related to rescue team operations. The present publication was written to show the mechanisms leading to post-traumatic stress disorder oppressing members of emergency services in Poland. *Anestezjologia i Ratownictwo 2012; 6: 339-342.*

Keywords: post-traumatic stress disorder syndrome, medical rescuer, rescue stress

Stres zaliczany jest do chorób cywilizacyjnych XXI w. Wszyscy ludzie niezależnie od płci, światopoglądu, wieku, czy pozycji społecznej narażeni są na jego doświadczanie. Kluczowym jego elementem jest czynnik biologiczny lub psychiczny, wpływający na stan emocjonalny. Czynnikiem takim zazwyczaj są doświadczenia, których doznaje osoba w życiu codziennym, również zawodowym. Tworzą one pewien

stan i wywołują reakcje niespodziewanie zmieniające odczucia psychofizyczne. Szczególnym doświadczeniem zdobywanym przez ratowników jest udział w wydarzeniu krytycznym, takim jak klęski żywiołowe czy różnego rodzaju katastrofy. Istotnymi czynnikami mającymi znaczący wpływ na doświadczanie stresu są: ciągły kontakt z sytuacjami zagrożenia życia, groźba fizycznego zranienia lub zakażenia, kontakt ze

zrozpaczonymi rodzinami umierających pacjentów, odpowiedzialność za szybko podejmowane decyzje, szczególnie dotyczące życia i śmierci, niemożność uratowania ofiar, zwłaszcza gdy mamy do czynienia z dziećmi, konieczność identyfikacji i transportowanie zwłok oraz poczucie bezsilności i osamotnienia wobec ogromu zniszczeń.

Większość pracowników służb ratowniczych biorących udział w wydarzeniu krytycznym doświadczyła na pewnym etapie swojego życia reakcji typowych dla stresu pourazowego. Wg definicji R.S. Lazarusa i S. Folkmana, stres to transakcja między jednostką a otoczeniem [1]. Jeśli ktoś zbyt gwałtownie (nienaturalnie wcześniej) „wraca do normy” po katastrofie, to tłumione emocje powodują, że przeżycia wracają bardzo gwałtownie i z wielką siłą pod postacią objawów pourazowych, które w konsekwencji mogą prowadzić do zespołu stresu pourazowego [1]. Psychologiczne reakcje na katastrofę są bardzo podobne zarówno dla ofiar, świadków, jak i ratowników. Konsekwencje dla służb ratowniczych różnią się jednak w znacznym stopniu.

Reakcje ofiary lub świadka wypadku, przy odpowiedniej opiece psychologicznej ustępują po około czterech tygodniach. Podczas tego okresu ratownicy najczęściej ponownie stają się uczestnikami niebezpiecznych zdarzeń, co zakłóca proces przepracowania urazu i może doprowadzić do powstania zespołu stresu pourazowego. Badania przeprowadzone wśród ratowników medycznych z Dolnego Śląska potwierdziły, że dużo więcej uwagi poświęca się samym ofiarom niż osobom im pomagającym. A. Łuszczynska, kierownik zespołu badawczego wrocławskiego wydziału Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, sprawdziła na jakie obciążenia narażeni są specjaliści od interwencji kryzysowych. W tej grupie badanych znaleźli się również ratownicy medyczni. Wyniki badań pokazały, że chociaż nie byli oni bezpośrednimi ofiarami stresu pourazowego, to doświadczyli go poprzez kontakt z poszkodowanymi i udział w akcjach ratunkowych. Wśród ratowników wystąpiły symptomy stresu pourazowego, zarówno somatyczne, jak bóle pleców, mięśni, głowy oraz brzucha, jak i konsekwencje psychiczne, problemy z koncentracją, zwiększona drażliwość oraz zwiększone ryzyko pojawienia się zaburzeń snu [2].

Skutki psychologiczne uczestników katastrof mogą mieć różną wielkość i natężenie. Zależą od trzech czynników: cech samego zdarzenia, cech systemu społecznego, w którym wypadek się wydarzył

oraz cech uczestników katastrofy. Podstawowymi czynnikami wpływającymi na intensywność i rodzaj objawów pourazowych są: płeć, wiek, cechy osobowości oraz wcześniejsza historia zaburzeń psychicznych. W wyniku przeprowadzonych badań [3] wśród ratowników medycznych w różnych grupach wiekowych, stwierdzono, że najbardziej podatnymi osobami na stres pourazowy są osoby w średnim wieku. Wyższe wskaźniki stresu pourazowego mają kobiety niż mężczyźni, częściej opisują u siebie symptomy psychiczne, takie jak depresja oraz lęki.

Każdy człowiek w reakcję traumatyczną wchodzi z określonym wyposażeniem psychicznym, nawet jeśli na początku bezpośrednia reakcja jest uniwersalna, to w późniejszym czasie cechy osobowości mają wpływ na psychologiczne przetwarzanie i ocenę traumy. Badania opisane przez B. Dudka [4] pozwoliły na określenie struktury osobowości mało odpornej na stres, cechującej się wysoką reaktywnością, intrawertycznością, dużą neurotycznością oraz jawnym niepokojem. Autor stwierdza, wzorując się na klasycznej teorii temperamentu I. Pawłowa, że osoby o silnym układzie nerwowym reagują silniejszym pobudzeniem podczas doświadczania traumy niż osoby o układzie nerwowym słabym. Według niego wyniki badań potwierdzają, że ten drugi typ osób jest bardziej odporny na stres, a ich zachowania ulegają mniejszemu zakłóceniu w sytuacji silnie emocyjnej. M. Binczycka-Anholcer i P. Lepiesza przeprowadzili badania w grupie ratowników medycznych, w celu wykrycia źródeł stresu oraz jego wpływu na stan emocjonalny, psychofizyczny, zespół wypalenia zawodowego oraz zespół stresu pourazowego. Badania wykazały, że 24% ankietowanych osób codziennie odczuwa stres w miejscu pracy, natomiast 33% odczuwa go raz w tygodniu. Wszystkie osoby badane odczuwały różne objawy somatyczne związane z przeżywaniem stresu, szczególnie nasilone były one u osób z dużym stażem pracy, powyżej 40 roku życia. Bardzo istotnym czynnikiem stresogennym była liczba godzin w pracy, 33% osób pracowało powyżej 12 godzin dziennie, co mogło być przyczyną wyczerpania organizmu i prowadzić do zwiększonej podatności na stres pourazowy. Prawie połowa badanych odczuwała wpływ traumatycznych przeżyć na swoje życie prywatne [5].

Zespół stresu pourazowego charakteryzują między innymi powracające wspomnienia lub koszmarne sny dotyczące wypadku. Przyjmują one formę dźwięków, obrazów a nawet zapachów, które wciąż powracają, nie-

zależnie od woli poszkodowanej osoby. Intensywność natrętnych myśli może być różna. W skrajnych przypadkach jednostka reaguje równie silnie, jak w chwili wypadku, przejawiając wszystkie związane z nim reakcje emocjonalne i fizjologiczne. Doświadczenie natrętnych myśli i uczuć może być tak przytłaczające, że aby ich uniknąć, osoba stara się unikać wszystkich bodźców kojarzących się z traumą.

Nieodłącznym aspektem pracy w służbach ratowniczych jest bycie świadkiem okaleczenia i śmierci innych osób. Najczęściej sytuacje takie związane są z koniecznością przekazania tragicznych wiadomości rodzinie poszkodowanego, opanowania rozpacz i bólu. Okoliczności te powodują niejednokrotnie u ratownika przeświadczenie, że obecne doświadczenia, sukcesy bądź plany życiowe są mało istotne w obliczu kruchości życia. Skutkować to może długofalową konsekwencją urazu w postaci zespołu zaburzeń psychicznych, także depresji. Doświadczanie traumatycznych wydarzeń przyczynia się do zmniejszenia poczucia niezniszczalności, które jest charakterystyczne dla większości ludzi. Przejawiać się to może w postaci nadopiekuńczości, nadmiernej troskliwości a nawet nieadekwatnych zachowań w stosunku do najbliższych, którym według ratownika grozi okaleczenie lub nawet śmierć. Świadcowie lub uczestnicy traumatycznych wydarzeń często podejmują przygotowania na wypadek takich właśnie sytuacji. Planują przyszłość swojej rodziny, piszą testamenty lub omawiają szczegółowo sposoby postępowania w sytuacji, gdyby ich zabrakło. Może być im trudno pogodzić się z faktem, że w danej chwili nie znają dokładnego miejsca pobytu wszystkich bliskich. W takiej sytuacji ratownika prześladowają wyobrażenia tego, co mogłoby przydarzyć się nieobecnej osobie.

Podatność na negatywne skutki urazu jest większa, gdy zachodzi podobieństwo między ofiarą a członkiem rodziny - znajomym, własną sytuacją życiową a sytuacją ofiary. Bardzo trudno wtedy zachować dystans emocjonalny oraz skupić się na swojej roli ratownika.

Stresogennym czynnikiem powodującym potęgowanie poczucia winy i niewywiązania się z zadania jest również sytuacja, w której ratownik - z przyczyn niezależnych - jest niezdolny do podjęcia jakichkolwiek działań. Poczucie winy może być generalizowane na wszystkie dotychczasowe działania a w następstwie przejawiać się pesymizmem, niską samooceną swych możliwości zawodowych, poczuciem niedoceniań i własną przegraną. Uczucie odpowiedzialności za nieudaną akcję ratowniczą jest często potęgowane

spotkaniem z rodziną, która wypytuje o szczegóły wypadku i rolę ratowników. Poczucie niewywiązania się z zadania może utrudniać ratownikowi odzyskanie równowagi po urazie, a także negatywnie wpływać na jego wyniki w pracy.

Typową reakcją na traumatyczne wydarzenie jest również gniew. Zarówno świadek, jak i ratownik odczuwają oburzenie z powodu niepotrzebnej straty życia. Brak możliwości bezpiecznego wyrażenia tych uczuć skutkuje często przeniesieniem negatywnych emocji na współpracowników lub grono rodzinne.

Przedłużający się stres powoduje różnego rodzaju reakcje somatyczne, takie jak: zaburzenia łaknienia, zmniejszenie odczuwania reakcji bólowych, bóle i zawroty głowy, występowanie halucynacji oraz zaburzenia poznawcze, zawężenie pola świadomości, powstawanie błędów w postrzeganiu, chaotyczne wyładowania ruchowe, a nawet paniczna ucieczka. Symptomy zespołu stresu pourazowego mogą utrzymywać się przez ponad 40 lat [6].

Dłatego niezwykle ważny jest dobór członków ekip ratowniczych pod względem predyspozycji psychicznych. Bardzo przydatna jest w takich sytuacjach ekstremalnych równowaga i odporność psychiczna oraz umiejętność współżycia z ludźmi. Podanie dokładnych informacji o warunkach, które mogą spotkać ratowników w akcji, praca w zespole, umożliwiająca dzielenie się obowiązkami i odpowiedzialnością oraz zapewnienie cyklicznego odpoczynku to tylko niektóre czynniki mogące ograniczyć powstanie stresu pourazowego. Istotne jest również właściwe wykorzystanie zasobów ludzkich w postaci włączenia lokalnych profesjonalistów i zatrudnienie dodatkowych osób, szczególnie członków mniejszości narodowych czy etnicznych [7].

Pracownicy służb ratowniczych powinni również wiedzieć, jakie mogą być konsekwencje psychologiczne udziału w akcjach ratowniczych. Powinni też zaakceptować potrzebę uzyskania pomocy w podobnych sytuacjach.

Bardzo ważne jest, aby w trakcie formalnych procedur analizowania wypadku i działań następujących po traumatycznym wydarzeniu ratownicy uczestniczyli w spotkaniach terapeutycznych w celu ponownego przeanalizowania wydarzeń i realistycznej oceny własnego wkładu w rozwój wypadków. Koncepcję i metody pracy takiego zespołu stworzył J. Mitchell i określił jako odreagowanie psychiczne po wydarzeniu krytycznym lub debriefing. Debriefing psychologiczny jest metodą, która w dość szybki spo-

sób pozwala zredukować efekty stresu pourazowego u osób, które były świadkami sytuacji traumatycznej [4]. Jeśli wielu ratowników znajduje się pod wpływem silnego stresu to w przeciągu 24-72 godzin powinno zostać zorganizowane spotkanie z udziałem psychiatry lub odpowiednio przeszkolonego psychologa. Celem zespołu prowadzącego debriefing jest uruchomienie ponownego przetwarzania informacji przez ratowników na poziomie poznawczym, intelektualnym oraz werbalizacja przeżyć. Możliwość otwartego wyrażenia przytłaczających uczuć przygnębienia i gniewu bezpośrednio po zdarzeniu, w akceptującym środowisku może pomóc w przepracowaniu zdarzenia. Dostrzeżenie u siebie skutków traumatycznych wydarzeń ma podstawowe znaczenie dla skutecznego kontrolowania reakcji otoczenia. Wielu ludziom trudno jest uświadomić sobie, że źródło zaburzeń leży w zdarzeniu, a nie w zachowaniu ofiary [4]. Każdy zespół ratowników powinien mieć możliwość skorzystania z takiej pomocy. Niestety wciąż zbyt mało w Polsce uwagi poświęca się temu problemowi. Istotne jest, aby pomagać ratownikom w radzeniu sobie z trudem codziennej pracy i zapobiegać ich problemom zdrowotnym poprzez zwiększenie ich poczucia skuteczności. Wsparcie ze strony przełożonych, rodziny, jak również sobie nawzajem, jest nieodzowne [8]. Badania przeprowadzone w grupie ratowników pokazują, że nauczanie dotyczące wpływu stresu na funkcjonowa-

nie zarówno zawodowe, jak i prywatne powinno być źródłem obowiązkowych szkoleń oraz rutynowych badań psychologicznych w tej grupie zawodowej [5].

Ratownicy przeszkoleni w zakresie wsparcia psychologicznego mogą pomagać po urazie nie tylko ofiarom i ich rodzinom, lecz również sobie nawzajem. Nawet po bardzo traumatycznych przejściach, otrzymując pomoc psychologiczną oraz wsparcie społeczne, osoby poszkodowane powracają do równowagi emocjonalnej i somatycznej. L. Syme, w swoich badaniach przeprowadzonych w grupie ratowników [7], zwrócił uwagę na wzrost wyczulenia jednostki na sprawiedliwe traktowanie innych, wzrost poczucia sensu życia i osobistej odpowiedzialności. Badania przeprowadzone przez M. Binczycką-Anholcer i P. Lepiesza wykazały, że mimo uciążliwych warunków pracy, praca na stanowisku ratownika medycznego jest satysfakcjonująca. Większość ratowników podjęłaby ten zawód ponownie [5].

Adres do korespondencji:

✉ Beata Papiernik
80-952 Gdańsk; ul. Dębinki 7
☎ (+48 58) 349 20 08
✉ beata.papiernik@gumed.edu.pl

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Piśmiennictwo

1. Heszen-Niejodek I. Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie W: Strelau J. Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2001;56:465-78.
2. www.sluzbazdrowia.com.pl
3. Jorge R. Petit Psychiatria Ratunkowa. Wrocław: Elsevier Urban&Partner 2007;128-9.
4. Dudek B. Zaburzenia po stresie traumatycznym. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
5. Binczycka-Anholcer M, Lepiesza P. Stres na stanowisku pracy ratownika medycznego, Hygeia Public Health 2011;46:455-61.
6. Lis-Turlejewska M. Traumatyczny stres. Koncepcje i badania. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu PAN;1998;2:54-5.
7. Lipczyński A. Psychologia Interwencyjne w sytuacjach kryzysowych. Warszawa: Difin 2007. s. 41-3.
8. Czabała Cz, Sęk H. Pomoc psychologiczna. Interwencja kryzysowa W: Strelau J. Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2001;63:621-5.