

Występowanie Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD) w grupie chorych hospitalizowanych w Oddziałach Intensywnej Terapii - doniesienie wstępne

The occurrence of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in patients hospitalized in Intensive Care Units-a preliminary report

Aleksandra Wróbel^{1,2}_{A,B,C,D}, Hanna Karakuła¹_{A,D,E},
Paweł Pawełczak³_{E,F}, Katarzyna Tomkiewicz⁴_{E,F}

¹Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Okręgowy Szpital Kolejowy Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

³Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie

⁴Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie

Streszczenie

Wstęp: W ostatnich latach zwraca się uwagę na możliwość występowania zespołu stresu pourazowego (PTSD) w grupie chorych hospitalizowanych w Oddziałach Intensywnej Terapii, wskazując na rozpowszechnienie tego zjawiska w granicach od 8% do 51%, szczególnie, jeśli w trakcie pobytu pacjent poddawany był wentylacji mechanicznej.

Cel badań: Celem badania była ocena narażenia na wystąpienie zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) w grupie pacjentów hospitalizowanych w przeszłości w Oddziałach Intensywnej Terapii.

Materiał: Grupę badawczą stanowiło 24 osoby (M=11, K=13) będące w przeszłości pacjentami OIT. Średnia wieku wyniosła 63,6 lat (SD=9,06), średni okres pobytu w OIT - 15,4 dnia (SD=14,22), średnia długość wentylacji mechanicznej - 14,5 dnia (SD=14,16).

Metoda: W celu zebrania danych socjodemograficznych, związanych z chorobą oraz określenia czynników ryzyka PTSD zastosowano kwestionariusz własnej konstrukcji. Do oceny występowania objawów PTSD użyto Zrewidowaną Skalę Wpływu Zdarzeń (IES-R) autorstwa Weissa i Marmara (1997) oraz Skalę Symptomów Stresu Pourazowego (PTSS-10) autorstwa Weisaeth (1989). W celu wykluczenia zmian otępiennych zastosowano Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego (MMSE) autorstwa Folstein i wsp. (1975).

Wyniki i Wnioski: 1. Rozpowszechnienia objawów PTSD w badanej grupie pacjentów wyniosło 58% wg skali PTSS-10, 50% wg IES-R. 2. Nie zaobserwowano istotnego związku między nasileniem objawów PTSD, a wiekiem i płcią osób badanych oraz długością pobytu w OIT i długością wentylacji mechanicznej. 3. Za sytuacje najbardziej traumatyczne podczas pobytu na OIT kobiety uważały zależność od innych osób w zakresie higieny osobistej i odżywiania oraz oschły stosunek personelu medycznego, mężczyźni zaś wskazywali niepewność, co do przyszłości i zależność od innych osób w zakresie higieny osobistej. 4. Otrzymane rezultaty niniejszego badania pilotażowego uzasadniają potrzebę kontynuacji i poszerzenia badań związanych z występowaniem PTSD w grupie pacjentów OIT.

Słowa kluczowe: Intensywna terapia, skutki PTSD, stres

Abstract

Introduction. In recent years, attention is drawn to the possibility of PTSD (PTSD) in patients hospitalized in intensive care units, pointing to the prevalence of this phenomenon in the range of 8% to 51%, especially if the patient during the stay was subjected to mechanical ventilation.

Objectives. The aim of the study was to evaluate the occurrence of exposure to post-traumatic stress disorder (PTSD) in patients hospitalized in the past in intensive care units.

Material and method. The study group comprised 24 people (M = 11, F = 13) which in the past ICU patients. The average age was 63, 6 years (SD = 9.06), the average length of stay in the ICU was 15.4 days (SD = 14.22), the average length of mechanical ventilation was 14.5 days (SD = 14.16). In order to collect socio-demographic data, related with the disease and to identify risk factors for PTSD there was used a questionnaire of our own design. To assess the prevalence of PTSD symptoms there was used Impact Event Scale Revised (IES-R) by Weiss and Marmar (1997) and PTSD Symptoms Scale (PTSS-10) by Weisaeth (1989). Mini Mental State Examination (MMSE) by Folstein et al.(1975) was used to screen for cognitive impairment.

Conclusions: 1. The prevalence of PTSD symptoms in the study group was 58% according to the scale of PTSS-10, 50% by the IES-R. 2. There was no significant correlation between the severity of PTSD symptoms, and the age and sex of subjects and length of stay in

the ICU and length of mechanical ventilation. 3. The most traumatic situations for women during their stay in the ICU, was dependence on others for personal care and nutrition, and stand-offish attitude of medical staff; the men pointed to uncertainty about the future and dependence on others for personal care. 4. Results of this pilot study justify the need for the continuation and extension of research related to the occurrence of PTSD in ICU patients.

Keywords: Intensive care, PTSD effects, stress

Wstęp

Zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD) wg DSM IV TR to reakcja na wystąpienie zdarzenia traumatycznego, bezpośrednio związanego z rzeczywistym wystąpieniem śmierci, zagrożeniem śmiercią, poważnym urazem lub zagrożeniem integralności własnej osoby lub innych osób [1]. Zdarzenia to musi powodować wystąpienie silnego strachu, przerażenia lub bezradności. Prowadzi to do wystąpienia objawów zakwalifikowanych do trzech kategorii: *pobudzenia*, *unikania i intruzji* [1, 2, 3].

Pobudzenie to grupa objawów związanych z nadmierną pobudliwością, zaburzeniami koncentracji, nadmierną reakcją na bodźce, zaburzeniami rytmu dobowego (problemy z zaśnięciem, utrzymaniem snu, nadmierną czujnością) [4, 5, 6].

Unikanie wiąże się z dążeniem do unikania myśli, uczuć lub rozmów związanych z urazem; a także czynności, miejsc lub ludzi pobudzających wspomnienia o urazie. W skład tej grupy objawów wchodzi także niemożność przypomnienia sobie ważnych aspektów urazu, wyraźne zmniejszenie zainteresowania wykonywaniem istotnych czynności, a także poczucie wyłączenia lub wyobcowania i ograniczony zasięg przeżyć emocjonalnych [4,5,6].

Trzecia grupa to objawy związane z *intruzją*, czyli ponownym przeżywaniem. Osoba z PTSD odczuwa fizycznie i psychicznie, powrót traumatycznego zdarzenia, pojawiają się natrętne wspomnienia, występują sny dotyczące przeżyć traumatycznych, a także przykre doznania w kontakcie z czymś, co jest z nimi kojarzone [4, 5, 6]. Prowadzi to do utrwalenia śladów pamięciowych oraz dróg wiążących traumę z lękiem i innymi patologicznymi reakcjami układu nerwowego [7].

Zaburzenie musi trwać dłużej niż miesiąc i powoduje istotne cierpienie lub ograniczenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych dziedzinach życia. Dzieli się je na ostre (do 3 miesięcy), przewlekłe (powyżej 3 miesięcy) oraz z opóźnionym początkiem (po 6 miesiącach od wystąpienia stresora) [1].

Do rozwoju zaburzenia stresowego pourazowego, które zalicza się do zaburzeń lękowych, niezbędne jest zarówno narażenie na wydarzenie traumatyczne jak

i predyspozycja biologiczna. Do niedawna wśród czynników predysponujących do wystąpienia PTSD zaliczano głównie stres związany z wojną i walką. Jednak od wczesnych lat dziewięćdziesiątych zainteresowanie tym problemem wzrosło i do osób narażonych na wystąpienie PTSD zaczęto zaliczać strażaków [8], ratowników medycznych [9] i w końcu także pacjentów oddziałów Intensywnych Terapii [10].

Rocznie miliony chorych na świecie wymaga intensywnej terapii medycznej, dzięki postępowi medycyny coraz więcej pacjentów przeżywa pobyt w OIT[11]. Nagłe stany zagrożenia życia i współtowarzyszący im pobyt w Oddziale Intensywnej Terapii naraża tę grupę na ekstremalne stresory. Do głównych stresorów psychicznych zalicza się tu m.in.: wystąpienie delirium z towarzyszącymi doświadczeniami psychiatrycznymi, ograniczenie autonomii i możliwości porozumiewania. Do stresorów biologicznych natomiast: niewydolność oddechową, dyskomfort związany z intubacją i odsysaniem, uwalnianie cytokin zapalnych, oddziaływanie hormonów osi podwzgórze – przysadka - nadnercza i podanie egzogennych katecholamin [10]. Nagłe stany krytyczne są z definicji zagrożeniem życia, zaś wielu byłych pacjentów pamięta traumatyczne przeżycia z OIT [12]. Dlatego występowanie zaburzenia stresowego pourazowego jest potencjalnym problemem w tej grupie [13,14].

Celem badania była ocena narażenia na wystąpienie zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD) w grupie pacjentów hospitalizowanych w przeszłości w Oddziałach Intensywnej Terapii.

Materiał

Badaniem objęto 24 osoby (M = 11 (45, 8%), K= 13 (54,2%), hospitalizowane w Oddziale Intensywnej Terapii Szpitala Kolejowego w Lublinie w ciągu roku 2012. Pacjenci poddawani byli badaniu po 3-12 miesiącach od zakończenia hospitalizacji. Powodem hospitalizacji była w każdym przypadku niewydolność oddechowa wymagająca zastosowania wentylacji mechanicznej na skutek udaru (20,83%), niewydolności oddechowej po znieczuleniu ogólnym (20,83%), POChP (41,67%), zawału (4,17%), urazu (8,33%), posocznicy

(4,17%). Średnia wieku pacjentów wyniosła $\bar{X}=63,6$ lata ($SD=9,06$). Średnio pacjent przebywał w OIT $X=15,4$ dnia ($SD=14,22$) i był poddawany wentylacji mechanicznej średnio przez $X=14,5$ dnia ($SD=14,16$).

Kryteriami doboru do grupy badawczej były: 1) Zgoda na udział w badaniu, 2) Wiek w przedziale od 18-75 lat, 3) Pobyt w OIT przez co najmniej 72 godziny, 4) Zastosowanie wentylacji mechanicznej. Za kryteria wykluczające uznano: 1) Brak zgody na udział w badaniu, 2) Występowanie w aktualnym stanie zdrowia pacjenta zaburzeń uniemożliwiających uzyskanie pełnego logicznego kontaktu (z powodu zaburzeń otępiennych, uszkodzeń narządu słuchu lub wzroku bez korekcji, upośledzenia umysłowego).

Oddział Intensywnej Terapii Szpitala Kolejowego w Lublinie posiada 5 łóżek szpitalnych. Na zmianę przypada 2-3 pielęgniarki oraz 1 anestezjolog i 1 sanitariuszka. W 2012 roku na oddziale hospitalizowano 86 osób. Z 33 osób spełniających wstępne kryteria założone w pracy, 26 osób zgodziło się na przeprowadzenie badania. Zastosowanie MMSE wykluczyło z dalszego badania 2 osoby.

Metoda

W badaniu zastosowano następujące narzędzia badawcze:

1. **Kwestionariusz własnej konstrukcji** zawierający podstawowe dane socjodemograficzne, dane związane z przebiegiem choroby oraz listę sytuacji występujących na oddziałach Intensywnej Terapii, które mogły zostać w subiektywnej ocenie uznane za traumatyczne. Respondenci zaznaczali TAK lub NIE przy wymienionych sytuacjach: 1. Zależność od innych osób w zakresie higieny osobistej 2. Zależność od innych osób w zakresie zapewniania potrzeb fizjologicznych 3. Zależność od innych osób w zakresie odżywiania 4. Duża liczba wykonywanych badań 5. Duże natężenie czynności pielęgniarstwa 6. Ciągła obserwacja ze strony personelu medycznego 7. Śmierć innych pacjentów 8. Nieposzanowanie godności osobistej 9. Oschły stosunek personelu medycznego 10. Izolacja od życia codziennego 11. Niepewność, co do przyszłości 12. Ból 13. Brak możliwości wypowiedzenia się.

2. Do oceny występowania objawów PTSD dwa standaryzowane narzędzia badawcze: IES-R i PTSS-10.

a. **Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń (IES-R)** autorstwa Weissa i Marmara z roku 1997, w adaptacji polskiej Zygrydy Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik [13] służy do pomiaru PTSD i składa się z 22 twierdzeń, uwzględniając trzy wymiary PTSD: Intruzję, Pobudzenie i Unikanie. Wynik ogólny wyższy niż 24 pkt. wskazuje na możliwość istnienia problemu klinicznego.

Wynik wyższy niż 33 pkt. pozwala postawić prawdopodobne rozpoznanie zaburzenia stresowego pourazowego. Średni wynik w poszczególnych wymiarach powyżej 1,5 punktu wskazuje na co najmniej umiarkowane nasilenie w tej grupie objawów PTSD [15].

b. **Skala Symptomów Stresu Pourazowego (PTSS-10)** autorstwa Weisaeth z roku 1989, w tłumaczeniu własnym (skala w trakcie adaptacji do warunków polskich), służy do oceny obecności i natężenia objawów PTSD. Składa się z 10 podskal: 1. Problemy ze snem 2. Koszmary 3. Depresja/ czuję się przygnębiony / czuję presję 4. Nerwowość/ łatwo mnie przestraszyć, boję się nagłych dźwięków lub gwałtownych ruchów 5. Czuję się wycofany z życia 6. Drażliwość/ łatwo mnie zdenerwować, rozdrażnić lub rozżłościć 7. Częste zmiany nastroju 8. Wyrzuty sumienia/ obwiniam siebie, mam poczucie winy 9. Boję się miejsc i sytuacji, które przypominają mi o Oddziale Intensywnej Terapii 10. Napięcie mięśniowe. Minimalną oceną jest 0 pkt., a maksymalną 7 pkt. w każdej podskali [16]. Ocena 4 pkt. lub więcej, w co najmniej sześciu podskalach (ogólnie min. 36 pkt.), może wskazywać na istnienie u badanego PTSD. Ocena 4 pkt. lub więcej, w czterech lub pięciu podskalach (ogólnie min. 34 pkt.), wskazuje na wysokie ryzyko wystąpienia PTSD w przyszłości [17].

3. **Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego (MMSE)** w celu wykluczenia ewentualnych objawów otępiennych.

Krótką Skalę Oceny Stanu Psychicznego (MMSE) autorstwa Folstein i wsp. z 1975 w adaptacji polskiej Joanny Stańczak z 2010 roku, została użyta do oceny funkcji poznawczych badanych osób. Maksymalnie w skali można uzyskać 30 pkt. Wynik poniżej 27 pkt. świadczył o występowaniu zaburzeń poznawczych bez otępienia. Otępienie występuje, gdy badany uzyskał poniżej 24 pkt. [18].

Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej działającej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie (nr KE-0254/47/2013).

Wyniki

Analiza wyników otrzymanych przy użyciu skali PTSS-10 wskazuje, że aż 58% ($n=14$) badanej grupy otrzymało wynik przekraczający 35 pkt., co pozwala na postawienie prawdopodobnej diagnozy PTSD. Średni wynik uzyskany w PTSS-10 dla całej grupy badanej wyniósł 37,88 pkt. ($SD=8,35$), przy czym różnica pomiędzy grupą kobiet 38,09 pkt. ($SD=5,89$) i mężczyzn 37,69 pkt. ($SD=10,23$) nie była istotna statystycznie. W grupie kobiet najwyższe wyniki odnotowano w odniesieniu do następujących podskal: 1. Problemy ze

snem, 2. Koszmary, 9. Boję się miejsc i sytuacji, które przypominają mi o Oddziale Intensywnej Terapii. Wśród mężczyzn dominowały skargi na objawy zawarte w następujących podskalach: 1. Problemy ze snem, 6. Drażliwość/ łatwo mnie zdenerwować, rozdrażnić lub rozżłoczyć, 2. Koszmary.

W następnej kolejności poszukiwano związków pomiędzy nasileniem objawów PTSD mierzonych przy pomocy skali PTSS-10 a wiekiem badanych, długością

Tabela 1. Wyniki uzyskane w skali IES-R

	Wynik całkowity		Intruzja		Pobudzenie		Unikanie	
	X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
Kobiety (n=13)	28,38	18,62	1,18	0,91	1,23	1,09	1,38	0,67
Mężczyźni (n=11)	26,73	12,99	0,86	0,72	0,99	0,66	1,27	0,71
Ogółem (n=24)	27,63	15,97	1,09	0,80	1,14	0,90	1,35	0,69

Zarówno w grupie kobiet jak i mężczyzn objawami, które najczęściej się pojawiały było unikanie, pobudzenie, a najrzadziej- intruzja.

Ponadto aż 50% badanych uzyskało w skali IES-R wynik wyższy niż 24 punkty, co wskazuje na istnienie problemu klinicznego, zaś 20,83% badanych uzyskało wynik wyższy niż 33 punkty, co pozwala postawić prawdopodobne rozpoznanie zaburzenia stresowego pourazowego.

pobytu w OIT oraz długością zastosowanej wentylacji mechanicznej, wykorzystując w tym celu analizę korelacji liniowej r- Pearsona. Uzyskane wyniki wskazują na istnienie słabych zależności pomiędzy długością wentylacji mechanicznej a sumą punktów w tej skali (wsp. korelacji r- Pearsona = 0,26).

Wyniki otrzymane w skali IES-R przedstawiono w tabeli 1.

W poszukiwaniu związków pomiędzy wynikami w każdej podskali a zmiennymi takimi jak: wiek, płeć, długość pobytu w OIT, długość wentylacji mechanicznej, obliczono współczynniki korelacji r- Pearsona. Wyniki wskazują na słabą zależność między sumą punktów IES-R i długością pobytu oraz długością wentylacji mechanicznej. Podobne wyniki osiągnięto stosując skalę PTSS-10. Żadna z korelacji nie osiągnęła jednak poziomu istotności statystycznej. Dane zostały zaprezentowane w tab.2.

Tabela 2. Związek pomiędzy nasileniem objawów mierzonych skalą IES-R a innymi zmiennymi socjodemograficznymi i związanymi z przebiegiem leczenia

Wsp. korelacji r- Pearsona	Wynik całkowity skali IES-R
Wiek	-0,02
Płeć żeńska	-0,05
Długość pobytu	0,27
Długość wentylacji mechanicznej	0,27

Interesująca wydawała się też analiza odpowiedzi badanych dotyczących ich oceny sytuacji występujących na oddziałach Intensywnej Terapii, które można

uznać za traumatyczne (wyniki zostały przedstawione w tab. 3).

Tabela 3. Subiektywna ocena sytuacji występujących na OIT jako traumatycznych

Sytuacje traumatyczne występujące w OIT	Odpowiedzi TAK		
	ogółem	K	M
1. Zależność od innych osób w zakresie higieny osobistej	79,17%	76,92%	81,82%
2. Zależność od innych osób w zakresie zapewniania potrzeb fizjologicznych	54,17%	46,15%	63,64%
3. Zależność od innych osób w zakresie odżywiania	62,50%	76,92%	45,45%
4. Duża liczba wykonywanych badań	29,17%	23,08%	36,36%
5. Duże natężenie czynności pielęgnarskich	37,50%	30,77%	45,45%

6. Ciągła obserwacja ze strony personelu medycznego	25,00%	23,08%	27,27%
7. Śmierć innych pacjentów	58,33%	53,85%	63,64%
8. Nieposzanowanie godności osobistej	54,17%	53,85%	54,55%
9. Oschły stosunek personelu medycznego	70,83%	76,92%	63,64%
10. Izolacja od życia codziennego	62,50%	46,15%	81,82%
11. Niepewność, co do przyszłości	79,17%	69,23%	90,91%
12. Ból	37,50%	30,77%	45,45%
13. Brak możliwości wypowiedzenia się	70,83	69,23%	72,73%

Jak wynika z tab. 3 za sytuacje najbardziej traumatyczne podczas pobytu na OIT kobiety uważały „Zależność od innych osób w zakresie higieny osobistej”; „Zależność od innych osób w zakresie odżywiania”; „Oschły stosunek personelu medycznego” (76,92% odpowiedzi w każdej pozycji), mężczyźni zaś wskazywali „Niepewność co do przyszłości” (90,91%), „Zależność od innych osób w zakresie higieny osobistej” (81,82%). Najbardziej traumatyczne sytuacje takie jak: „Ciągła obserwacja ze strony personelu medycznego”, „Duża liczba

wykonywanych badań” (po 23,08%) w grupie kobiet i „Ciągła obserwacja ze strony personelu medycznego” (27,27%) w grupie mężczyzn wskazywane były jako sytuacje stresogenne.

W następnej kolejności poszukiwano związków pomiędzy zmiennymi demograficznymi (wiek, płeć) i zmiennymi związanymi z pobytem w OIT (długość pobytu, długość wentylacji mechanicznej) a sytuacjami określanymi jako traumatyczne. Wyniki analiz przedstawiono w tab. 4.

Tabela 4. Związki pomiędzy sytuacjami określanymi jako traumatyczne, a wiekiem, płcią żeńską, długością pobytu i długością wentylacji mechanicznej

Sytuacje traumatyczne	wiek	płeć żeńska	długość pobytu	długość WM
1. Zależność od innych osób w zakresie higieny osobistej	0,31	0,06	0,25	0,26
2. Zależność od innych osób w zakresie zapewniania potrzeb fizjologicznych	0,30	0,17	-0,01	-0,01
3. Zależność od innych osób w zakresie odżywiania	-0,42*	-0,32	0,22	0,22
4. Duża liczba wykonywanych badań	0,35*	0,15	0,13	0,14
5. Duże natężenie czynności pielęgnarskich	0,32	0,15	0,30	0,29
6. Ciągła obserwacja ze strony personelu medycznego	0,14	0,05	0,09	0,10
7. Śmierć innych pacjentów	-0,07	0,10	0,06	0,06
8. Nieposzanowanie godności osobistej	-0,12	0,01	-0,26	-0,26
9. Oschły stosunek personelu medycznego	-0,25	-0,15	-0,35*	-0,35*
10. Izolacja od życia codziennego	0,13	0,37*	0,12	0,12
11. Niepewność, co do przyszłości	0,08	0,27	0,40*	0,40*
12. Ból	0,16	0,15	0,02	0,01
13. Brak możliwości wypowiedzenia się	-0,21	0,04	-0,10	-0,09

*p<0,05

Najsilniejsze zależności, które osiągnęły poziom istotności statystycznej odnotowano pomiędzy: 1) wiekiem badanych a uznawaniem za traumatyczne uzależnienia od żywienia przez innych; dużej liczby wykonywanych badań, 2) płcią żeńską a przeżywaniem jako traumy izolacji od życia codziennego, 3) długością pobytu w OIT i długością wentylacji mechanicznej (WM) a oschłym stosunkiem personelu medycznego (korelacja ujemna), 4) długością pobytu w OIT i długością wentylacji mechanicznej (WM) a wskazywaniem uczucia niepewności co do własnej przyszłości jako traumy.

Omówienie wyników

Jak wynika z przeglądu literatury polskojęzycznej, jest to pierwsze badanie w Polsce, które porusza problem narażenia na PTSD pacjentów Oddziałów Intensywnej Terapii.

Rezultaty niniejszej pracy dotyczące rozpowszechnienia objawów PTSD w badanej grupie pacjentów (58% wg PTSS-10, 50% wg IES-R) pozostają w zgodzie z wynikami badaczy z innych krajów, choć należy podkreślić, iż ze względu na dużą różnorodność narzędzi i znaczne zróżnicowanie grup badawczych rozpowszechnienie to szacowane jest w szerokich granicach. Z przeglądu badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii [10] wynika, iż średnie rozpowszechnienie klinicznie istotnych objawów PTSD wśród chorych hospitalizowanych w przeszłości w OIT wyniosło 22% (zakres 8%-51%), zaś nasilenie objawów mogących wskazywać na występowanie zaburzenia stresowego pourazowego zaobserwowano u 19% badanych (zakres 19%-39%). W przeprowadzonej pracy zastosowanie skali IES-R pozwoliło oszacować występowanie PTSD na podobnym poziomie wynoszącym 20,83%.

Możliwe, że tak wysoki wskaźnik PTSD w badanej grupie spowodowany był szczególnymi warunkami, jakimi charakteryzuje się pobyt w Oddziale Intensywnej Terapii w Polsce. Gdzie wciąż za mało uwagi poświęca się na psychologicznym aspekcie związanym z sytuacjami zagrożenia życia. Większość placówek szpitalnych w Polsce (w tym Szpital Kolejowy gdzie prowadzono badanie) boryka się z chronicznym niedofinansowaniem i niedoborem liczby pracowników, co wiąże się z ograniczonymi możliwościami czasowymi udzielania wsparcia emocjonalnego.

W przeprowadzonym badaniu nie zaobserwowano istotnego związku między wiekiem i płcią osób badanych a nasileniem objawów PTSD. Większość badań dotyczących tej tematyki wskazuje na częstsze

występowanie PTSD w grupie młodszych pacjentów i kobiet [19,20,21,22,23,24]. Prawdopodobną przyczyną braku różnic międzypłciowych i związanego z wiekiem nasilenia objawów PTSD była mała liczebność grupy badanej.

W grupie kobiet, podobnie często jak w grupie mężczyzn, zależność w utrzymywaniu higieny osobistej postrzegana była jako zdarzenie traumatyczne. Może się to wiązać z towarzyszącym obnażeniu ciała wstydem oraz łamaniem związanego z tym tabu. Kobiety w większym stopniu wskazywały na oschły stosunek personelu medycznego jako czynnik traumatyczny, prawdopodobnie oczekując większego wsparcia emocjonalnego w sytuacji zagrożenia utraty zdrowia. Dla kobiet trudniejsza także była zależność od odżywiania przez innych, co związane jest zapewne z faktem, iż zachwiana zostaje rola społeczna matki, karmicielki, gospodyni domowej.

Mężczyznom trudność sprawiała niepewność co do przyszłości, w związku z tym oczekiwali oni w większym stopniu wsparcia informacyjnego. Źle też tolerowali izolację od życia codziennego, związaną z wypadnięciem z pełnionych ról społecznych, zawodowych i rodzinnych.

Wraz z długością pobytu w OIT i długością wentylacji mechanicznej narastało poczucie niepewności co do przyszłości związanej z utratą nadziei na polepszenie stanu zdrowia, obniżało się natomiast odczucie oschłego stosunku personelu medycznego jako sytuacji traumatycznej. Możliwe, że chorzy przyzwyczajali się do personelu i nie traktowali specyficznego stylu pracy w OIT, jako braku zainteresowania i empatii. Innym możliwym wytłumaczeniem może być głębsza relacja terapeutyczna przy dłuższej hospitalizacji.

Starsze osoby znacznie rzadziej wskazywały na zależność od innych w odżywianiu niż młodsze, co pozwala przypuszczać, że są one pogodzone z faktem iż z wiekiem spada autonomia człowieka w tym zakresie. Jednakże wraz z wiekiem spadała w badanej grupie tolerancja na dużą liczbę wykonywanych badań: starsi pacjenci gorzej znosili częste uklęcia, niepokojenie, transport do pracowni diagnostycznych, oczekując większego spokoju i stabilizacji.

Nie potwierdziły się także doniesienia innych autorów, wskazujących na stosowanie wentylacji mechanicznej jako czynnika traumatycznego, związanego z ograniczeniem autonomii i możliwości porozumiewania się [19,20,23,26]. Oprócz samej wentylacji mechanicznej badacze brali też pod uwagę dyskomfort związany z intubacją i odsysaniem [19,28]. W jednym z badań wykazało związek uwalniania cytokin prozapalnych oraz hormonów osi podwzgórze - przysadka -

nadnercza jako czynników predysponujących do rozwoju PTSD [17]. Podobne efekty wywoływało podanie egzogennych katecholamin. Biorąc pod uwagę powyższe doniesienia autorzy niniejszej pracy planują uwzględnienie oceny poziomu katecholamin w dalszych badaniach.

W niniejszej pracy nie brano pod uwagę zmiennych: 1) które w literaturze oceniane są jako mało istotne dla wystąpienia PTSD np. przyczyna hospitalizacji [19,21], 2) dla których wyniki związków z PTSD są niejednoznaczne np. liczba punktów Glasgow Coma Scale (GCS) [10] lub 3) dla których nie znaleziono prac oceniających wpływ tych czynników na możliwość wystąpienia PTSD np. liczba poprzednich hospitalizacji w OIT. W ramach realizacji szerszego projektu mającego na celu ocenę występowania PTSD w tej grupie pacjentów planuje się uwzględnienie wyżej wymienionych zmiennych.

Ze względu na charakter pracy – badanie pilotażowe i związaną z tym małą liczebność grupy badawczej oraz na fakt, że badanych różnił czas od pobytu w OIT do przeprowadzenia badania, wyników nie można uznać w pełni za miarodajne. Wskazują one jednak na istnienie problemu PTSD w populacji pacjentów Oddziałów Intensywnych Terapii i skłaniają do dalszych badań. W celu otrzymania wyników bardziej wiarygodnych, należałoby zbadać większą grupę pacjentów OIT biorąc pod uwagę czas, jaki minął od wypisu z OIT do przeprowadzenia badań. Należy podkreślić, iż rozpoznanie PTSD nie może opierać się jedynie na narzędziach teoretycznych. Dlatego planowane w przyszłości badanie uwzględnić będzie także specjalistyczną ocenę stanu psychicznego, połączoną z badaniami laboratoryjnymi hormonów osi stresu. Mimo tych ograniczeń, wyniki niniejszego badania wskazują na istnienie występowania PTSD w populacji pacjentów OIT, konieczność jego lepszej diagnostyki i stworzenia programów prewencyjnych.

Wnioski

1. Rozpowszechnienie objawów PTSD w badanej grupie pacjentów wyniosło 58% wg skali PTSS-10, 50% wg IES-R.

2. Nie zaobserwowano istotnego związku między nasileniem objawów PTSD, a wiekiem i płcią osób badanych, długością pobytu w OIT i wentylacji mechanicznej.

3. Za sytuacje najbardziej traumatyczne podczas pobytu na OIT kobiety uważały zależność od innych osób w zakresie higieny osobistej i odżywiania oraz oschły stosunek personelu medycznego, mężczyźni zaś

wskazywali niepewność co do przyszłości i zależność od innych osób w zakresie higieny osobistej.

4. Otrzymane rezultaty niniejszego badania pilotażowego uzasadniają potrzebę kontynuacji i poszerzenia badań związanych z występowaniem PTSD w grupie pacjentów OIT.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Revised 4th ed.). Washington: D.C.; 2000, ISBN -13: 978 0890420256.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4th ed.). Washington: D.C.; 1994, ISBN:0-890420629.
3. Heitzman J. Zespół pourazowego stresu – kryteria diagnostyczne, zastosowanie kliniczne i orzeczenie. *Psychiatr Pol.*, 1995; 29:751-766.
4. Heitzman J. Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. W: Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.). *Psychiatria. Tom II.* Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011, ISBN: 978-8376091068
5. Johnason DC., Krystal JH., Southwick MS. Zespół stresu pourazowego i ostre zaburzenie stresowe. W: Elbert HM, Nurcombe B., Loosen TP., Lackman FJ. (red.). *Grzywa A. (red.). Psychiatria. Aktualności w rozpoznawaniu i leczeniu. Tom I-II.* Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2011, ISBN: 978-8375630695
6. Lucey JV., Corvin A. Zaburzenia lękowe. W: Wright P., Stern J., Phelan M. (red.). *Sedno. Psychiatria.* Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008, ISBN: 978-8376090245
7. Lazarus RS. Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Now. Psychol.*, 1986; 3/4:1-9.
8. Koniarek J., Dudek B. Zespół zaburzeń po stresie urazowym, a stosunek do pracy Strażaków. *Medycyna Pracy*, 2001; 52; 3; 177–183.
9. Ogłodek E., Araszkiewicz A. Przewlekły i pourazowy stres w zawodzie ratownika medycznego. *Pol. Merk. Lek.*, 2011, XXXI, 182, 97-99.
10. Davydow DS., Gifford JM., Desai SV., Needham DM., Bienvenu OJ. Posttraumatic stress disorder in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008; 30:421–434.
11. Angus DC., Carlet J. Surviving intensive care: a report from the 2002. Brussels Roundtable. *Intensive Care Med.* 2003; 29:368–77.
12. Jones C., Griffiths RD., Humphris G. Disturbed memory and amnesia related to intensive care. *Memory*. 2000; 8: 79–94.
13. Jackson JC., Hart RP., Gordon SM., Hopkins RO., Girard TD., Wesley EE. Post-traumatic stress disorder and post-traumatic stress symptoms following critical illness in medical intensive care unit patients: assessing the magni-

- tude of the problem. *Crit Care*. 2007; 11: R27. doi: 10.1186/cc5707
14. Griffiths J., Fortune G., Barber V., Young JD. The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Intensive Care Med*. 2007; 33: 1506–18.
15. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym- polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatria*, 2009; 6 (1): 15-25.
16. Weisaeth L. Torture of a Norwegians ship's crew: The torture, stress reactions and psychiatric after effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989; 80 (355, Suppl), 63-72.
17. Johansen VA., Eilertsen DE., Nordanger D., Weisaeth L. Prevalence, comorbidity and stability of post-traumatic stress disorder and anxiety and depression symptoms after exposure to physical assault: An 8-year prospective longitudinal study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2013; 67; 1: 69-80.
18. Stańczak J. MMSE: polska normalizacja. Pracownia Testów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa, 2010.
19. Perrins J., King N., Collings J. Assessment of long-term psychological well-being following intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*. 1998; 14: 108–16.
20. Samuelson KAM., Lundberg D., Fridlund B. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients: a 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2007; 51: 671–8.
21. Cuthbertson BH., Hull A., Strachan M., Scott J. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Med*. 2004; 30: 450–55.
22. Girard TD., Shintani AK., Jackson JC., Gordon SM., Pun BT., Henderson MS., Dittus RS., Bernard GR., Wesley EE. Risk factors for post-traumatic stress disorder symptoms following critical illness requiring mechanical ventilation: a prospective cohort study. *Crit Care*. 2007; 11: R28.
23. Sukantarat K., Greer S., Brett S., Williamson R. Physical and psychological sequelae of critical illness. *Br J Health Psychol*. 2007; 12: 65–74.
24. Rattray JE., Johnston M., Wildsmith JA. Predictors of emotional outcomes of intensive care. *Anaesthesia*. 2005; 60: 1085–92.
25. Schelling G., Stoll C., Kapfhammer HP., Goetz AE., Kilger E., Bayer A., Rothenhäusler HB., Kreuzer E., Reichart B., Peter K. The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in survivors. *Crit Care Med*. 1999; 27: 2678–83.
26. Jones C., Griffiths RD., Humphris G., Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med*. 2001; 29: 573–80.
27. Schelling G., Briegel J., Roozendaal B., Stoll C., Rothenha HB., Kapfhammer HP. The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors. *Biol Psychiatry*. 2001; 50: 978–85.
28. Scragg P., Jones A., Fauvel N. Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia*. 2001; 56: 9–14.

Correspondence address

Aleksandra Wróbel
alekwrobel@gmail.com

