

Kwestionariusz do pomiaru zespołu zaburzeń po stresie urazowym (K-PTSD) – zastosowanie PTSD-Interview Ch. Watsona i jego współpracowników w badaniach grupowych

Jerzy Koniarek¹, Bohdan Dudek, Maria Szymczak
Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr hab. J. Nofera, Łódź

A QUESTIONNAIRE TO ASSESS THE SYNDROME
OF POST-TRAUMATIC DISORDERS (K-PTSD)
– THE USE OF CH. WATSON'S PTSD-INTERVIEW AND OTHERS
IN GROUP RESEARCH

Summary. Stress, as it is lived through by an individual, may be chronic or acute in character. Acute stress is a specific form of traumatic stress. The latter may result in the syndrome of post-traumatic disorders (Post-traumatic Stress Disorder – PTSD). Apart from the victims of violent acts and catastrophes, thousands of people employed in the people and rescue service are exposed to this kind of syndrome. The staff of those services often take part in traumatic events, owing to their professional duties. The paper has shown a tool which allows for a quick and cheap diagnosis of PTSD, as well as the intensity of its symptoms. PTSD-Interview worked out by Watson and others has been used to examine firemen. 469 subjects took part in the study. Factor analysis of the tool has been carried out, its diagnostic suitability and internal coherence. The results of those analyses have confirmed good psychometric attributes of the tool. One may think that PTSD can be a useful method for screening study which allow to diagnose PTSD and estimate its symptoms in large groups of people exposed to traumatic stress. (*Translated by Jan Klos*).

Stres, jaki przeżywają ludzie, może być spowodowany różnorodnymi czynnikami. Mogą to być długo trwające lub często powtarzające się zdarzenia, które sprawiają jednostce kłopot i nadmiernie obciążają jej system psychologicznej regulacji. Stres powstający w takich sytuacjach zaliczamy do tzw. stresu chronicznego. Może on mieć postać ostrą wówczas, gdy zdarzenie go wywołujące pojawia się nagle, trwa krótko i charakteryzuje się dużą intensywnością (DeFrank, 1988). Szczególną postacią stresu ostrego jest stres traumatyczny będący reakcją na dramatyczne sytuacje, w których zagrożone jest życie jednostki lub jej bliskich, gdy jest ona świadkiem śmierci, zranienia innych ludzi (McFarlane, 1991; Green, 1994; Lis-Turlejska, 1992; Symes, 1995). Rozpoznawanie natężenia różnych rodzajów stresu wymaga stosowania odmiennych technik pomiarowych, a zapobieganie czy leczenie skutków stresu musi również być zróżnicowane i uwzględniać charakter stresorów. Obecnie psychologowie głównie interesują się i rozwijają metody pomiarowe i terapeutyczne dotyczące stresu chronicznego. Dzieje się tak najprawdopodobniej dlatego, że ten rodzaj stresu występuje częściej i odnosi się prawie do każdego człowieka. Okazuje się jednak, że na stres będący skutkiem doświadczania zdarzeń traumatycznych narażonych jest także wiele osób: są to osoby wykonujące pewne zawody (policjanci, strażacy), ofiary wypadków drogowych, aktów przestępczych, klęsk żywiołowych i ich rodziny (Mitchell, Bray, 1990; McFarlane, 1991; Spurrell, McFarlane, 1993; Green, 1994; Green, Lindy, 1994; Everly, 1995).

Okresem przełomowym w rozwoju zainteresowania się stresem traumatycznym był rok 1980, w którym do *Podręcznika diagnostyki i statystyki zaburzeń psychicznych (Diagnostic and Statistical Manual-DSM)* wydanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne wprowadzono jednostkę chorobową nazwaną zespołem zaburzeń po stresie urazowym (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD) (ASP, 1980). Wprowadzenie tej jednostki chorobowej do *Podręcznika* było rezultatem obserwacji wielu problemów zdrowotnych i kłopotów z przystosowaniem się do życia cywilnego, jakie mieli kombatanci wojny wietnamskiej (Chemtob i in., 1994; Fontana i in., 1997). Nie oznacza to, że problem zaburzeń psychicznych po przeżyciu zdarzeń traumatycznych został rozpoznany dopiero w tym czasie. Był on znany i opisywany od dawna (Lis-Turlejska, 1992), jednak wtedy zaproponowano definicję PTSD i ustalono oraz ujednolicono kryteria rozpoznawania tego zespołu.

Od chwili opublikowania definicji i kryteriów rozpoznawania zespołu zaburzeń po stresie urazowym ulegały zmianie (ASP, 1980; ASP, 1987). W ostatnim wydaniu podręcznika DSM IV (ASP, 1994) zaproponowano następującą definicję zespołu:

Zespół zaburzeń po stresie urazowym występuje wówczas, gdy:

A. Osoba była narażona bezpośrednio na traumatyczne zdarzenie lub była świadkiem takiego zdarzenia, które:
– spowodowało lub mogło spowodować śmierć lub poważne obrażenia lub zagrażało fizycznej integralności jednostki lub innych osób;

1 Adres do korespondencji: Jerzy Koniarek, Zakład Psychologii Pracy IMP, ul. Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, skr. poczt. 199.

JERZY KONIAREK, BOHDAN DUDEK, MARIA SZYMCZAK

– wywołało u jednostki intensywny lęk, poczucie bezradności lub przerażenie.

B. Traumatyczne zdarzenie stale odnawia się w świadomości jednostki w postaci:

– natrętnych przypomnień, myśli, obrazów;

– nawracających przykrych snów;

– zachowań i uczuć jak gdyby zdarzenie ponownie wystąpiło;

– psychologicznego distresu w zetknięciu się z wewnętrznymi lub zewnętrznymi sygnałami symbolizującymi lub przypominającymi zdarzenie;

– wzmożonej fizjologicznej reaktywności na bodźce symbolizujące różne aspekty zdarzenia.

C. Utrzymuje się uporczywa tendencja do unikania wszelkich bodźców kojarzących się ze zdarzeniem i odrętwienie emocjonalne przejawiające się w:

– unikaniu myśli, uczuć, rozmów na temat urazu;

– unikaniu czynności, miejsc lub ludzi przypominających uraz;

– niemożności przypomnienia sobie ważnych aspektów zdarzeń;

– znacznym obniżeniu zainteresowań i chęci uczestniczenia w istotnych dla jednostki sferach życia;

– poczuciu odcięcia się i obcości wobec innych osób;

– zawężeniu zakresu odczuwanych emocji;

– skróceniu perspektywy życiowej.

D. Występują uporczywe symptomy zwiększonego pobudzenia (*arousal*) nie pojawiające się przed zdarzeniem, a przejawiające się:

– trudnościami w zasypianiu i przerywaniem snu;

– irytacją i wybuchami gniewu;

– trudnościami w koncentrowaniu się;

– wzmożonej czujności;

– nadmiernej reakcji przestraszu (*startle response*).

E. Zaburzenia wymienione w p. B, C i D trwają dłużej niż miesiąc.

F. Zaburzenia spowodowały istotny klinicznie distres lub pogorszenie się funkcjonowania jednostki w rodzinie, pracy lub innych ważnych dla niej obszarach życia.

Diagnozę o wystąpieniu PTSD stawia się wówczas, gdy u badanego stwierdza się co najmniej jeden symptom z grupy B, trzy lub więcej symptomów z grupy C oraz dwa lub więcej symptomów z grupy D. W celu rozpoznawania osób, u których rozwinął się zespół zaburzeń po stresie urazowym, opracowano wiele metod. Można je podzielić na dwie grupy. Do pierwszej zalicza się strukturyzowane wywiady, w których wyspecjalizowany psychiatra lub psycholog kliniczny próbuje ustalić, czy zdarzenie, z jakim zetknęła się osoba badana, było traumatyczne i które z siedemnastu symptomów wymienionych w DSM występują lub wystąpiły u badanej osoby i jak długo trwały. Według Hovenssa (Hovens, 1994), najczęściej używanymi metodami są: Diagnostic Interview Schedule (DIS) i Structured Clinical Interview z DSM-IV. Druga z tych metod charakteryzuje się lepszymi parametrami psychometrycznymi, wyższym poziomem czułości i specyficzności i z tego powodu traktowana jest jako „złoty standard” w badaniach nad trafnością innych metod do diagnozowania PTSD. Słabością obu metod jest według Hovenssa (1994) brak oddzielnej oceny każdego symptomu ze względu na jego intensywność i częstość występowania. W najnowszej metodzie, nazwanej Clinician Administered PTSD Scale (CAPS), wyeliminowano tę niedoskonałość.

Do drugiej grupy metod zalicza się inwentarze, które mogą być stosowane zarówno w badaniach indywidualnych, jak i grupowych. Pierwszą z tej grupy metod była Impact of Event Scale (IES), opracowana przez Horowitz (Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979). Ponieważ tę metodę przygotowano zanim zdefiniowano zespół zaburzeń po stresie urazowym w DSM-III, pytania skali nie obejmują wszystkich symptomów wymienionych w definicji tego zaburzenia. Z tego powodu nie może ona być wykorzystywana do diagnozowania PTSD. Do opracowania kolejnego z inwentarzy wykorzystano znany test osobowości – MMPI. Przebadano nim dwie grupy osób: takie, u których zdiagnozowano PTSD, i osoby bez takiej diagnozy. Następnie analizując odpowiedzi obu grup badanych na wszystkie pytania inwentarza MMPI wybrano te, które różnicowały osoby cierpiące na zaburzenie oraz nie ujawniające tego zaburzenia. Wszystkie różnicujące pytania zebrane zostały w skalę nazwaną PTSD MMPI (Keane i in., 1984 – za: Hovens, 1994). Kwestionuje się jednak trafność tej metody. Nie udało się także ustalić wartości progowej pozwalającej diagnozować zaburzenie. Kolejnymi inwentarzami do rozpoznawania PTSD są dwie skale Mississippi: dla kombatantów (35 pytań) i dla osób cywilnych (39 pytań). Pytania wchodzące w skład tych skal odnoszą się do wszystkich symptomów wymienionych w DSM oraz dodatkowo obejmują inne symptomy, jakie mogą występować u osób cierpiących na PTSD. Każda z metod używanych do diagnozy PTSD ma swoje zalety i wady i w różnym stopniu jest przydatna w badaniach. Watson i inni (1991) uważają, że dokonując wyboru metody należy ocenić pięć cech narzędzia i odpowiedzieć twierdząco na poniższe pytania:

1. Czy treść pytań odnosi się do aktualnych kryteriów przedstawionych w DSM?

2. Czy rzetelność i trafność metody są dobrze udokumentowane i satysfakcjonujące?

3. Czy metoda pozwala na stwierdzenie występowania/niewystępowania zarówno zaburzenia po stresie urazowym, jak i każdego z jego symptomów?

4. Czy metoda umożliwia wykonanie ciągłego pomiaru nasilenia i/lub częstości występowania każdego z symptomów, a tym samym pozwala na ilościową ocenę nasilenia PTSD?

5. Czy metoda jest tak prosta w użyciu, że mogą posługiwać się nią osoby nie będące specjalistami od zaburzeń psychicznych?

CHARAKTERYSTYKA PTSD-INTERVIEW

Dokonując przeglądu najczęściej stosowanych metod pomiaru PTSD autorzy powyższych postulatów stwierdzają, że żadna z nich nie spełnia stawianych im wymagań. Prezentują zatem nową metodę – PTSD-Interview (PTSD-I) – spełniającą wspomniane wyżej kryteria. Została ona opracowana na podstawie kryteriów dla PTSD sformułowanych w DSM-III-R, choć jej pierwotna wersja była oparta na kryteriach przedstawionych w DSM-III.

PTSD-I jest techniką badawczą, w której pytania zadaje i odpowiedzi zapisuje osoba prowadząca wywiad.

Kwestionariusz składa się z następujących części:

1. Pytania o to, czy badany doświadczył zdarzenia traumatycznego, oraz prośby o jego opis. Odpowiedzi na to pytanie i opis zdarzenia pozwalają stwierdzić prowadzącemu wywiad, czy cechy zdarzenia, którego doświadczyła osoba badana, odpowiadają definicji zdarzenia traumatycznego z DSM-III-R, tzn. czy to zdarzenie było tak niezwykle i przerażające, że przekraczało zwykłe ludzkie doświadczenia i wywołałoby silne symptomy stresu u prawie każdego.

2. Siedemnastu pytań o częstość lub intensywność występowania symptomów charakterystycznych dla zespołu zaburzeń po stresie urazowym, tj. nawracania do zdarzenia traumatycznego (4 pytania dotyczące różnych form, w jakich może to nawracanie występować), unikania bodźców związanych ze zdarzeniem (7 pytań) i nadmiernego pobudzenia (6 pytań). Na pytania te badani odpowiadają, korzystając z 7-punktowej skali (1 – „nigdy/wcale”; 7 – „zawsze/ niezwykle silnie”).

3. Dwóch pytań pozwalających stwierdzić, czy symptomy charakterystyczne dla PTSD występują/występowały przez okres przynajmniej jednego miesiąca kilka razy w tygodniu i czy dotyczy to chwili obecnej czy przeszłości. PTSD-I pozwala ustalić nasilenie symptomów zaburzeń po stresie urazowym oraz wystąpienie/brak PTSD.

Autorzy kwestionariusza proponują, by spełnienie następujących kryteriów stanowiło podstawę do uznania, że jednostka cierpi lub cierpiała na zespół zaburzeń po stresie urazowym:

(1) przypisanie przez badanego przynajmniej jednemu objawowi z grupy symptomów nawracania wartości co najmniej „4” (wartość ta oznacza, że dany objaw wystąpił „dość często” lub „w pewnym stopniu”);

(2) przypisanie przynajmniej trzem objawom z grupy symptomów unikania wartości co najmniej „4”;

(3) przypisanie przynajmniej dwóm objawom z grupy symptomów nadmiernego pobudzenia wartości co najmniej „4”;

(4) występowanie wszystkich lub niektórych objawów właściwych dla PTSD z częstotliwością kilka razy w tygodniu przez okres co najmniej jednego miesiąca w przeszłości lub przez ostatni miesiąc.

Autorzy PTSD-I nie wykluczają możliwości zmiany tych kryteriów w konkretnych zastosowaniach kwestionariusza.

Watson i jego współpracownicy (Watson i in., 1991) poddali kwestionariusz badaniom psychometrycznym.

Rzetelność test-retest określono przez dwukrotne badanie w odstępie 1 tygodnia 31 weteranów wojny wietnamskiej – pacjentów, z których u 24 osób stwierdzono występowanie PTSD na podstawie pierwszego badania. Współczynnik korelacji między obu badaniami dla wyniku całkowitego wynosił $r = 0,95$. Poszczególne pytania korelowały ze sobą od 0,47 do 0,86; 21 z 31 (87%) badanych miało w pierwszym i drugim badaniu taką samą diagnozę (występuje/nie występuje PTSD). Współczynnik zgodności wewnętrznej *alfa* dla PTSD-I wyniósł 0,92.

Trafność diagnostyczną określono przez porównanie wyników PTSD-I z wynikami uzyskanymi za pomocą tej części zmodyfikowanego Diagnostic Interview Schedule (DIS) (Robins, Helzer, 1985), która odnosi się do zaburzeń po stresie urazowym. Grupę badaną stanowiło 61 weteranów wojny wietnamskiej. Korelacje między itemami PTSD-I i ich odpowiednikami w DIS wahały się od 0,57 do 0,99. Korelacja wyników całkowitych obu narzędzi wynosiła 0,94. Większość badanych (92%), u których na podstawie DIS stwierdzono występowanie PTSD, została także zaklasyfikowana do cierpiących na ten zespół na podstawie wyników PTSD-I; 91% badanych, którzy według wyników uzyskanych w DIS nie mieli objawów PTSD, zostało przypisanych do tej klasy także na podstawie PTSD-I.

Średni wynik całkowity w PTSD-I dla grupy osób, u których zdiagnozowano PTSD, wynosił 58,2 (SD = 14,5), a dla grupy bez PTSD – 28,0 (SD = 12,2).

Zastosowanie polskiej wersji PTSD-I.

Właściwości psychometryczne Kwestionariusza – PTSD

Poszukując narzędzia badawczego, które pozwoliłoby określić zakres występowania PTSD w dużych grupach osób uczestniczących w zdarzeniach o charakterze traumatycznym z racji pełnionych obowiązków służbowych, zdecydowaliśmy się na adaptację PTSD-I. Przemawiały za tym właściwości psychometryczne tej metody, możliwość ilościowego wyrażenia natężenia objawów zaburzeń pourazowych oraz łatwość (ekonomiczność) jej stosowania.

PTSD-I został opracowany jako wywiad ustrukturalizowany. W naszych badaniach użyto go jako kwestionariusza do samodzielnego wypełniania przez badanych. Ten fakt, a także to, że zamierzaliśmy zastosować PTSD-I w stosunku do grupy nie-pacjentów i w innej kulturze sprawia, że musieliśmy przygotować polską adaptację kwestionariusza (K-PTSD).

PTSD-I został przetłumaczony niezależnie przez dwie osoby: anglistę i anglistę-psychologa. Na podstawie tych tłumaczeń autorzy artykułu opracowali ostateczną – użytą w badaniach – wersję narzędzia. W stosunku do oryginału zmieniono nieco sformułowanie pierwszego pytania, dostosowując je do badanej grupy (stanowili ją strażacy), i pytano o takie zdarzenia traumatyczne, które miały miejsce w czasie pełnienia służby. Pytano także o liczbę takich zdarzeń (jedno lub więcej niż jedno) i w przypadku udziału w więcej niż w jednym zdarzeniu, co było w tej grupie bardzo częste, proszono o opis tego, które było najbardziej przerażające i szokujące. Następnie badani udzielali odpowiedzi na pytania o występowanie symptomów związanych z tym zdarzeniem.

Badania miały charakter grupowy. Uczestnicy badań byli informowani o ich celu. Zapewniono ich o poufności uzyskanych informacji. Mając na uwadze potrzebę dotarcia do osób, u których stwierdzony zostanie zespół zaburzeń po stresie urazowym na kolejnym etapie badań, respondentów proszono by podpisali, jeśli zechcą, swoje kwestionariusze. Zrobiło to ponad 85% badanych.

Badaną grupę stanowili strażacy pracujący w jednostkach ratowniczo-gaśniczych województwa łódzkiego.

W badaniu wzięło udział 469 osób. Średnia wieku badanych wynosiła 34 lata ($SD = 6,21$); średni czas pracy w straży – 10,7 lat ($SD = 5,65$). W badanej populacji 4,3% osób miało wykształcenie podstawowe, 51,5% – zasadnicze, 40,3% – średnie i 3,9% – wyższe.

Większość badanych (385 osób – 82%) stwierdziła, iż w czasie ich pracy w straży pożarnej uczestniczyła lub była świadkiem zdarzenia, jakiego rzadko lub nigdy nie doświadczają inni ludzie, tak strasznego, przerażającego, że wywołałoby szok, wstrząsnęło prawie każdym. Wśród tych osób dominują takie, które przeżyły więcej niż jedno zdarzenie traumatyczne (329 osób – 70,4% badanych). Strażacy stwierdzający, że nie doświadczali tego rodzaju zdarzeń w czasie ich służby (84 osoby – 18% badanych), nie odpowiadali na kolejne pytania K-PTSD.

Obliczano wyniki badanych uzyskiwane w trzech grupach symptomów PTSD: nawracanie (subskala NAWR) – 4 pytania; unikanie (UNIK) – 7 pytań; pobudzenie (POBU) – 6 pytań i wynik całkowity (TRAUMA). Są one zamieszczone w tab. 1.

Tabela 1.

Wyniki w skalach kwestionariusza K-PTSD (N = 380)

Skala	x	σ	Rozpiętość wyników
Nawracanie (NAWR)	7,39	3,29	3 – 24
Unikanie (UNIK)	12,65	5,47	6 – 35
Pobudzenie (POBU)	10,80	5,60	4 – 39
Wynik ogólny (TRAUMA)	30,80	12,71	16 – 84

Kryteria pozwalające na zdiagnozowanie PTSD spełniło 15 strażaków wypełniających K-PTSD. Stanowili oni 3,9% tych, którzy doświadczali zdarzeń traumatycznych, i 3,2% całej badanej grupy.

Wykorzystując wyniki badań grupy strażaków, oceniliśmy parametry psychometryczne zastosowanego narzędzia. Analiza mocy dyskryminacyjnej pytań wskazuje, że te pytania kwestionariusza, które tworzą poszczególne podskale, najsilniej korelują właśnie z tymi podskalami. Wyjątkiem jest pozycja 11 kwestionariusza, która w podobnym stopniu związana jest z dwoma podskalami.

Tabela 2.

Korelacje pytań K-PTSD z podskalami wchodzącymi w skład kwestionariusza (NAWR, UNIK, POBU) i wynikiem ogólnym (TRAUMA)

	Pytanie	Skala			
		NAWR	UNIK	POBU	TRAUMA
Nawracanie	1	0,79	0,46	0,48	0,61

KWESTIONARIUSZ DO POMIARU ZABURZEŃ PO STRESIE URAZOWYM

	2	0,80	0,46	0,55	0,65
	3	0,73	0,53	0,53	0,65
	4	0,80	0,59	0,54	0,70
Unikanie	5	0,61	0,70	0,48	0,67
	6	0,52	0,72	0,41	0,63
	7	0,30	0,61	0,29	0,47
	8	0,35	0,61	0,45	0,55
	9	0,40	0,60	0,44	0,55
	10	0,37	0,64	0,48	0,58
	11	0,31	0,49	0,50	0,51
Pobudzenie	12	0,52	0,48	0,78	0,68
	13	0,51	0,50	0,80	0,70
	14	0,47	0,51	0,75	0,67
	15	0,51	0,58	0,80	0,74
	16	0,51	0,57	0,84	0,75
	17	0,57	0,51	0,70	0,68

$p<0,000$

Tabela 3 przedstawia współczynniki korelacji między skalami K-PTSD. Współczynniki te są dość wysokie i na tym samym poziomie. Wskazuje to na współwystępowanie grup symptomów zespołu zaburzeń pourazowych.

Tabela 3.

Korelacje między podskalami oraz wynikiem ogólnym kwestionariusza do pomiaru poziomu zaburzeń po stresie urazowym

	NAWR	UNIK	POB
UNIK	0,66		
POBU	0,66	0,68	
TRAUMA	0,83	0,90	0,90

$p<0,000$

Tabela 4.

Wyniki analizy czynnikowej kwestionariusza K-PTSD

Numer pytania	Ładunki czynnikowe		
	I Pobudzenie	II Nawracanie	III Unikanie
13	0,80	0,26	0,09
12	0,73	0,34	0,05
14	0,73	0,20	0,22
11	0,64	0,01	0,24
16	0,61	0,36	0,31
15	0,58	0,33	0,35
Wartość własna	7,009		
% wyjaśnionej wariancji	41,2		
5	0,12	0,77	0,20
6	-0,03	0,74	0,34
4	0,26	0,71	0,18
1	0,27	0,69	0,03
2	0,42	0,63	0,01
3	0,36	0,53	0,24
17	0,47	0,47	0,21
Wartość własna		1,477	
% wyjaśnionej wariancji		8,7	
7	-0,04	0,25	0,72
10	0,29	0,16	0,65
8	0,39	0,06	0,61

9	0,38	0,16	0,49
Wartość własna			1,154
% wyjaśnionej wariancji			6,8

Współczynniki zgodności wewnętrznej dla poszczególnych podskal wynoszą: Nawracanie – 0,78; Unikanie – 0,74; Pobudzenie – 0,87. Wysoką wewnętrzną zgodność, podobną do tej, jaką charakteryzuje się wersja oryginalna (0,92), osiąga także cały kwestionariusz (*alfa* Cronbacha = 0,90).

Analiza czynnikowa w znacznym stopniu potwierdziła trafność kwestionariusza. W tab. 4 przedstawiono wartości ładunków dla trzech czynników uzyskanych po rotacji do struktury prostej metodą Varimax.

Potwierdzone zostało istnienie trzech wymiarów, jakie mierzy kwestionariusz. Czynnikiem I nasyconych jest pięć spośród sześciu pytań składających się na podskale Pobudzenie. Czynnikiem II – wszystkie 4 pytania przypisane do subskali Nawracanie, ale także 3 pytania należące do pozostałych dwóch subskal. Czynnikiem III – 4 spośród 7 pytań tworzących subskale Unikanie.

Wyniki dokonanych analiz potwierdziły wysoką rzetelność wewnętrzną kwestionariusza, a także jego trafność, choć w zakresie tego drugiego parametru sugerują możliwość przypisania niektórych z pytań do innych subskal, niż to założyli twórcy kwestionariusza.

W celu sprawdzenia trafności diagnostycznej stosowanego przez nas kwestionariusza przeprowadzono następujące badania. Pacjenci (12 osób), u których lekarze psychiatrzy posługując się wywiadem zdiagnozowali zespół zaburzeń po stresie urazowym, wypełnili K-PTSD. Badaniami objęto osoby leczone psychiatrycznie lub takie, które same zgłosiły się do lekarza w celu uzyskania pomocy po dramatycznych doświadczeniach (utrata najbliższych, powódź). Stosując wymienione kryteria, wszystkich pacjentów zaliczono na podstawie wypełnionego przez nich K-PTSD do osób, u których występuje PTSD. Dodatkową informację o trafności K-PTSD wnosi porównanie wyników, jakie uzyskali pacjenci i osoby uznane za cierpiące na zaburzenia pourazowe w grupie strażaków i kolejnej grupie, która była przedmiotem naszych badań z racji ryzyka pojawienia się PTSD wynikającego z wykonywanej pracy, a mianowicie wśród pracowników pogotowia ratunkowego (lekarze i medyczny personel pomocniczy). Ta grupa liczyła 88 osób; 62 z nich stwierdziło, że uczestniczyło w zdarzeniach traumatycznych, a 3 spełniały kryteria pozwalające na zdiagnozowanie PTSD. Te 3 osoby stanowiły 4,8% uczestników zdarzeń i 3,4% całej badanej grupy. Wyniki osób należących do tych grup prezentuje tab. 5.

Tabela 5.

Analiza wariancji wyników uzyskanych w K-PTSD przez pacjentów i osoby z zespołem zaburzeń po stresie urazowym w grupie strażaków i pracowników pogotowia ratunkowego

Grupa badana	N	NAWR	UNIK	POBU	TRAUMA
Ratownicy	3	15,30	24,00	22,30	61,70
Pacjenci	12	18,70	29,80	29,90	77,70
Strażacy	15	14,10	25,10	24,10	63,30
F		4,37	1,14	2,52	2,90
<i>p</i> <		0,02	ni	ni	ni
Grupy różniące się na poziomie <i>p</i> <0,05		3 – 2			3 – 2

Choć w grupie pacjentów stwierdzono najwyższe nasilenie symptomów PTSD i są one w tej grupie istotnie wyższe niż w grupie 3 (strażacy) w odniesieniu do symptomów nawracania i wyniku całkowitego, to ogólnie wyniki tych trzech grup są do siebie zbliżone. Można zatem sądzić, że również osoby z grup 1 i 3 badane przez klinicystów uznane byłyby za cierpiące na PTSD.

Na uwagę zasługuje fakt, iż średnie wyniki całkowite każdej z tych trzech grup są wyższe od odpowiedniego wyniku uzyskanego przez pacjentów z zespołem zaburzeń w grupie badanej przez Ch. Watsona (58,2 pkt).

UWAGI KOŃCOWE

Okazało się, że zastosowana przez nas metoda jest przydatna do ustalania zakresu występowania zaburzeń po stresie urazowym w dużych grupach pracowniczych. Samodzielne wypełnianie przez badanych kwestionariuszy nie sprawiało im trudności zarówno w badaniach grupowych prowadzonych w obecności badacza, jak i wtedy,

KWESTIONARIUSZ DO POMIARU ZABURZEŃ PO STRESIE URAZOWYM

gdy otrzymywali kwestionariusze do wypełnienia w dowolnie wybranym przez siebie czasie (w ten sposób prowadzono badania w grupie pracowników pogotowia ratunkowego).

Przeprowadzone przez nas analizy wykazały zadowalającą rzetelność wewnętrzną i trafność omawianego narzędzia. Planowane są badania nad stałością wyników kwestionariusza.

Nie sądzimy, by zastosowany kwestionariusz mógł zastąpić diagnozę kliniczną. K-PTSD pozwala jednak w krótkim czasie i przy użyciu niewielkich środków z dużym prawdopodobieństwem trafnie rozpoznać takie jednostki, które potrzebować mogą specjalistycznej pomocy. Może być zatem stosowany nie tylko do badań grup pracowniczych narażonych z racji wykonywanej pracy na doświadczenia traumatyczne, ale także do przesiewowych badań ofiar klęsk żywiołowych, coraz częstszych aktów przemocy i terroru czy wypadków drogowych. Może stanowić użyteczne narzędzie w szacowaniu rozmiarów problemów w zakresie zdrowia psychicznego w tej części, w jakiej te problemy wynikają z udziału w zdarzeniach traumatycznych.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition Revised (DSM III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Roitblat, H. L., Muraoka, M. Y. (1994). Anger, impulsivity, and anger control in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 4, 827-832.
- DeFrank, R. S. (1988). Psychometric measurement of occupational stress: Current concerns and future directions. [W:] J. J. Hurrell, Jr., L. R. Murphy, S. L. Sauter, C. L. Cooper (red.), *Occupational stress: Issues and developments in research*. New York: Taylor & Francis.
- Everly, G. S. Jr. (red.), (1995). *Innovations in disaster and trauma psychology*. Vol. 1: *Applications in emergency services and disaster response*. Ellicott City: Chevron Publishing Corporation.
- Fontana, A., Schwartz, L. S., Rosenheck, R. (1997). Posttraumatic stress disorder among female vietnam veterans: A causal model of etiology. *American Journal of Public Health*, 87, 2, 169-175.
- Gerson, B. P. R., Carlier, J. V. E. (1992). Post-traumatic stress disorder: The history of a recent concept. *British Journal of Psychiatry*, 161, 742-748.
- Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 3, 341-362.
- Green, B. L., Lindy, J. D. (1994). Post-traumatic stress disorder in victims of disaster. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 2, 301-309.
- Horovitz, M., Wilner, N., Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hovens, J. E. (1994). *Research into the psychodiagnostic of post-traumatic stress disorder*. Delft: Eburon Press.
- Lis-Turlejska, M. (1992). Psychologiczne następstwa skrajnie stresowych przeżyć. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 65-76.
- McFarlane, A. C. (1991). Post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 3, 203-213.
- Mitchell, J. T., Bray, G. P. (1990). *Emergency services stress: Guidelines for preserving the health and carers of emergency services personnel*. New Jersey-Englewood Cliffs: Prentice Hall Inc.
- Robins, L. N., Helzer, J. E. (1985). *Diagnostic Interview Schedule (DIS Version III-A)*. St. Louis, MO: Washington University, Department of Psychiatry.
- Spurrell, M. T., McFarlane, A. C. (1993). Post-traumatic stress disorder and coping after a natural disaster. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 194-200.
- Symes, L. (1995). Post-traumatic stress disorder: An evolving concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9, 4, 195-202.
- 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. *Journal of Clinical Psychology*, March, 47, 2, 179-188.