

Aspekty psychologiczno-społeczne uczestnictwa żołnierzy Wojska Polskiego w misjach bojowych

Psychosocial aspects of participation of the Polish Armed Forces in combat missions

Beata Karakiewicz¹, Beata Rozmarynowska², Monika Paszkiewicz¹,
Paulina Zabielska¹

¹ Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

² Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Zdrowia Publicznego
Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Summary

Aim. The military service of Polish soldiers on missions abroad began in 1953. Many years of experience of the Polish army as well as the armed forces of other countries show that being in a mission area has a significant impact on soldiers' mental health. Soldiers experience problems with anxiety disorders, depression and posttraumatic stress, which is associated with a difficult return to family life. The aim of the paper was to analyze psychosocial aspects of participation of the Polish Armed Forces in combat missions outside the country.

Material and methods. The study involved a group of 102 soldiers serving in the Military Unit No. 4092 in Walcz, Military Unit No. 4094 in Walcz, and the Military Academy of Land Forces in Wrocław. All subjects are veterans of missions outside Poland. The research method was the diagnostic survey method. Three standardized research tools were used: the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), NEO-FFI Personality Inventory, Beck's Depression Scale, and the author's questionnaire.

Results. The studies have shown relationships between the level of anxiety in soldiers – veterans of missions abroad and strong battlefield stressors to which they had been subjected, and their family situation and non-institutional methods of psychological support they had received during their stay in the mission area. During the studies a factor was distinguished that contributes to the feeling of incomprehension of soldiers by their relatives after returning home.

Conclusions. 1. A higher level of anxiety is observed in soldiers who had experienced life-threatening situations during their missions. 2. Having children is a factor that increases the level of anxiety in veterans on missions abroad. 3. Regular contact with families left behind in the country is associated with a lower sense of fear in soldiers.

Słowa kluczowe: żołnierz, misja, lęk, depresja, osobowość

Key words: soldier, mission, anxiety, depression, personality

Wstęp

Wojsko Polskie (WP) jest aktywnym uczestnikiem misji w strukturach międzynarodowych od kilku dziesięcioleci [1]. Początkowo polscy żołnierze wyjeżdżali w charakterze obserwatorów, jednak ich rola z upływem lat ewoluowała, na co wpłynęły zmiany w polityce światowej i pojawienie się nowych zagrożeń, zwłaszcza terroryzmu. W ponad 80 misjach uczestniczyło ponad 100 tys. osób (żołnierzy i pracowników cywilnych wojska) [2, 3].

W misjach poza granicami państwa poległo 120 polskich żołnierzy [4]. Nie ma dokładnych danych na temat skutków zdrowotnych uczestnictwa w misjach, ale szacuje się, że do roku 2002 u ok. 400 osób udział w misji skutkował uszczerbkiem na zdrowiu bądź nawet inwalidztwem. Kolejnych 400 polskich żołnierzy zostało poszkodowanych na skutek konfliktów w Iraku i Afganistanie. Nie ma również wiarygodnych danych mówiących o traumie psychicznej. Wedle szacunków ok. 10% weteranów wykazuje objawy zespołu stresu pourazowego – PTSD. Z powodów medycznych rotowanych było z Afganistanu 1,5% żołnierzy z każdego 1000. Z powodu psychicznych zaburzeń pourazowych – 0,05% z każdych 2000 żołnierzy. W tym przypadku prawdziwa liczba może być wyższa, gdyż dopuszcza się rotację z rejonu misji na prośbę żołnierza [5].

Od lipca 2005 r. w Klinice Psychiatrii oraz Stresu Bojowego przy ul. Szaserów w Warszawie leczyło się 206 żołnierzy. Wszystkich hospitalizacji w naszym kraju było ok. 300. Pierwsze badania pourazowego stresu w Polsce przeprowadzono właśnie w tej klinice. W badaniu wzięło udział ponad 160 żołnierzy misji pokojowych (byłych żołnierzy). Jedynie 10% z nich przyznało się do kłopotów w życiu rodzinnym i w życiu zawodowym [6].

Wieloletnie doświadczenie WP w formowaniu pododdziałów do służby w Polskich Kontyngentach Wojskowych wykazało istotność odpowiedniego doboru i przygotowania psychicznego żołnierzy do służby poza granicami państwa. Ułatwia to znacznie adaptację do warunków misji i poprawia komunikację między żołnierzami w czasie delegowania. W tym celu w 2010 r. z inicjatywy Ministerstwa Obrony Narodowej został stworzony program osłony psychologicznej uczestników misji poza granicami państwa i ich rodzin. Obejmuje on zarówno wyjeżdżających żołnierzy, jak i ich rodziny pozostające w kraju [7, 8]. Działania psychoprophylaktyczne w czasie trwania misji mają szczególne znaczenie, gdyż odbywają się w momencie oddziaływania stresorów. Żołnierzom w rejonie działań towarzyszy konsultant ds. profilaktyki psychologicznej. Pracuje on indywidualnie i zbiorowo z uczestnikami misji [8–10].

Liczne obserwacje kliniczne i wyniki badań prowadzonych w grupie weteranów wojny w Wietnamie oraz ocalałych ofiar holokaustu zaowocowały wprowadzeniem terminu PTSD – zespół stresu pourazowego. Diagnoza została wprowadzona do DSM – systemu kwalifikacji i diagnozy zaburzeń przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w 1980 r. DSM-IV [11] określa następujące kryteria dla PTSD: ekspozycja na doświadczenia zagrożenia życia; odtwarzanie traumy; uporczywe uni-

kanie lub zmniejszenie ogólnej reaktywności; utrzymujące się objawy nadmiernego pobudzenia [12, 13].

PTSD to zaburzenie psychiczne z grupy zaburzeń lękowych, którego źródło stanowi głębokie przeżycie traumatycznego zdarzenia, które może stanowić bardzo poważne zagrożenie dla życia albo zdrowia. W obowiązujących obecnie założeniach doktryny wojskowo-medycznej w Wojsku Polskim zakłada się, że straty sanitarne o psychiatrycznym podłożu w strefie wojennych działań mogą dotyczyć tylko 0,1–1% stanu osobowego. W innych założeniach armii NATO przypadki stresu na polu walki mogą stanowić ok. 20% strat sanitarnych [6].

Do pomiaru PTSD wykorzystuje się dwa rodzaje narzędzi – ustrukturyzowany wywiad i standaryzowane kwestionariusze samooceny. Wywiad jest lepszą metodą do pomiaru poziomu oraz nasilenia reakcji potraumatycznych, jednak może być on stosowany tylko przez psychiatrów i psychologów klinicznych, po odpowiednim przeszkoleniu. Wywiad jest także metodą długotrwałą, czas jego przeprowadzenia wynosi od 1 do 2 godzin. Dlatego bardziej popularne stało się wykorzystywanie kwestionariuszy standaryzowanych, które są przydatne do badania stresu związanego z różnymi sytuacjami traumatycznymi [14].

W rejonie misji występują różnego rodzaju czynniki stresogenne. Część z nich, która jest bardzo silna, może działać wręcz obezwładniająco. Najczęściej są one związane ze strachem przed zagrażającą śmiercią własną lub innych osób, gdyż często jest to śmierć gwałtowna i związana z przeżyciem dużego bólu fizycznego. Inne stresory działają słabiej, wręcz subtelnie, lecz długotrwanie. Skutki ich działania kumulują się w organizmie i mogą przynieść osłabienie jego mechanizmów obronnych. Stąd zaś wynikają sytuacje, gdy stosunkowo mało istotne wydarzenie, np. niewielki konflikt z kolegą czy też niegroźny problem zdrowotny, są przyczyną nieadekwatnych do sytuacji zachowań, np. agresji [8, 15].

Cel pracy

Celem pracy była analiza aspektów psychospołecznych uczestnictwa żołnierzy Wojska Polskiego w misjach bojowych poza granicami państwa.

Material i metoda

Badaniem objęto grupę 102 żołnierzy – weteranów misji poza granicami państwa służących w Jednostce Wojskowej Nr 4092 w Wałczu (46 osób; 45,1%), Jednostce Wojskowej Nr 4094 w Wałczu (16 osób; 15,7%) oraz w Wyższej Szkole Oficerskiej Wojsk Lądowych we Wrocławiu (40 osób; 39,2%). W WSOWL badaniem objęto również uczestników kursów odbywających się w szkole. Dane socjodemograficzne badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Dane socjodemograficzne badanej grupy

Dane socjodemograficzne	n	%
Płeć		
Kobieta	8	7,8
Mężczyzna	94	92,2
Miejsce zamieszkania		
Wieś	17	16,7
Miasto do 50 tys. mieszkańców	39	38,2
Miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	46	45,1
Poziom wykształcenia		
Wyższe	58	56,9
Średnie	44	43,1
Stan cywilny		
Rozwiedziona/rozwiedziony	11	10,8
W małżeństwie	67	65,7
Panna/kawaler	13	12,7
Związek nieformalny	11	10,8
Posiadanie dzieci		
Tak	91	89,2
Nie	11	10,8
Struktura przynależności ankietowanych do korpusów osobowych WP		
Szeregowi	5	4,9
Podoficerowie	69	67,6
Oficerowie	28	27,5
Udział w misji bojowej		
1 misja	33	32,4
2 misje	27	26,5
3 misje	20	19,6
4 misje	22	21,6

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Wykorzystano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, Inwentarz Osobowości NEO-FFI i Skalę Depresji Becka oraz kwestionariusz autorski. Zebrany materiał poddano analizie statystycznej z użyciem pakietu statystycznego SPSS wersja 15. Istotność prawdopodobieństwa przyjęto na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki

Wyniki testu NEO-FFI oraz testu STAI (X-1, X-2) dla całej próby przedstawiono w tabelach ilustrujących częstość rozkładu (tab. 2 i 3).

Tabela 2. Wyniki testu NEO-FFI

Nazwa	Średnia	Odch. stand.	Min.	Maks.	n	Statystyka ZKS	Istotność testu KS	Skośność	Kurtoza
Neurotyczność	3,873	1,633	1	7	102	1,403	0,039	-0,055	-0,71
Ekstrawersja	7,000	1,791	1	10	102	1,683	0,007	-0,538	0,54
Otwartość na doświadczenie	5,225	1,723	1	9	102	1,356	0,051	-0,026	-0,42
Ugodowość	5,451	2,003	1	10	102	1,296	0,070	0,119	-0,30
Sumiennosc	7,157	1,892	2	10	102	1,522	0,019	-0,257	-0,14

Tabela 3. Wyniki testu STAI

Nazwa	Średnia	Odch. stand.	Min.	Maks.	n	Statystyka ZKS	Istotność testu KS	Skośność	Kurtoza
Lęk jako stan (X-1)	32,94	8,67	20	56	102	0,693	0,722	0,346	-0,51
Lęk jako cecha (X-2)	35,65	8,15	20	56	102	0,793	0,556	0,304	-0,37

Badania wykazały, że częstość występowania poczucia nasilonych objawów depresji jako epizodu depresyjnego o łagodnym nasileniu wyniosła 5,9%. Cięższe postaci depresji nie występowały (tab. 4).

Tabela 4. Częstość występowania poczucia nasilonych objawów depresji w całej próbie

Zmienna	Epizod depresyjny o łagodnym nasileniu		Brak depresji		Suma
	n	%	n	%	n
Poczucie nasilonych objawów depresji	6	5,9	96	94,1	102

W celu określenia wsparcia psychicznego, jakie ankietowani mieli w czasie pobytu na misji, zarówno instytucjonalnego (psycholog), jak i nieinstytucjonalnego (współtowarzysze i rodzina w kraju), respondenci określili, jakiego rodzaju pomoc otrzymali. Regularny kontakt z bliskimi, przynajmniej 3 razy w tygodniu, utrzymywało 92,2% ankietowanych. Większość (54,9%) deklarowała otrzymywanie wsparcia koleżeńskiego, a 12,7% zgłosiło się po pomoc do psychologa (tab. 5).

Tabela 5. Rodzaje wsparcia psychicznego, jakie otrzymywali respondenci

Zmienna	Tak		Nie		Suma
	n	%	n	%	n
Czy utrzymywał regularny kontakt z domem	94	92,2	8	7,8	102
Czy miał wsparcie współtowarzyszy w trudnych chwilach	56	54,9	46	45,1	102
Czy konsultował się z psychologiem	13	12,7	89	87,3	102

Respondenci wymieniali wszystkie rodzaje wsparcia, jakie otrzymywali

Aby określić, czy badany był poddany w czasie pobytu na misji działaniu silnych stresorów, zapytano ankietowanych o szereg możliwych zdarzeń w czasie pobytu w rejonie działań. Zdecydowana większość żołnierzy wyjeżdżała poza bazę, co wiązało się ze zwiększonym ryzykiem zranienia lub śmierci (97,1%). Również większość żołnierzy (88,2%) narażona była na stres związany z ostrzałami baz, w których badani przebywali. Przynajmniej raz zagrożenie swojego życia odczuwało 85,3% ankietowanych. Prawie połowa (41,2% i 39,2%) była świadkiem zranienia lub śmierci współtowarzysza lub osoby cywilnej. Współtowarzysza w czasie misji poza granicami kraju straciło 21,6% badanych. Ranni w czasie działań to 5,9% ankietowanych. W badanej grupie 2 ankietowanych (1,9%) przyznało, że miało zdiagnozowane PTSD (tab. 6).

Tabela 6. Silne stresory, których działaniu poddani byli żołnierze w czasie misji

Zmienna	Tak		Nie		Suma
	n	%	n	%	n
Czy wyjeżdżał poza bazę	99	97,1	3	2,9	102
Czy baza była atakowana	90	88,2	12	11,8	102
Czy chociaż raz odczuwał zagrożenie życia	87	85,3	15	14,7	102
Czy był ranny	6	5,9	96	94,1	102
Czy był świadkiem zranienia lub śmierci współtowarzysza	42	41,2	60	58,8	102
Czy był świadkiem zranienia lub śmierci osób cywilnych	40	39,2	62	60,8	102
Czy zginął współtowarzysz	22	21,6	80	78,4	102
Czy odczuwał potrzebę natychmiastowego powrotu do domu	6	5,9	96	94,1	102

Pytanie wielokrotnego wyboru

Zbadano związek pomiędzy poziomem lęku (jako stanu oraz jako cechy) a stresorami. Wykazano, że działanie silnych stresorów związanych z zagrożeniem zdrowia, życia i śmiercią ma wpływ na poziom lęku (tab. 7).

Tabela 7. Związek pomiędzy stresorami a lękiem

	Czy chociaż raz odczuwał zagrożenie życia (z lękiem jako stanem)		Czy chociaż raz odczuwał zagrożenie życia (z lękiem jako cechą)		Czy zginął współtowarzysz (z lękiem jako stanem)
	Nie odczuwał	Odczuwał	Nie odczuwał	Odczuwał	Nie zginął
Średnia	26,4	34,1	30,1	36,6	33,8
Odchylenie standardowe	6,5	8,5	6,3	8,1	8,5
Istotność testu Levene'a	0,221		0,232		0,860
Wariancje w obu grupach są	równe		równe		równe
Statystyka t	-3,32		-2,98		1,99
Stopnie swobody	100		100		100
d Cohena	-2,11		-1,85		0,53
Istotność testu t (2-stronna)	0,0013		0,0036		0,0490
95% przedział ufności różnicy	min.	-12,3		-10,9	0,0
	max.	-3,1		-2,2	8,2

Zbadano związek pomiędzy poziomem lęku (jako stanu oraz jako cechy) a posiadaniem dzieci. Wykazano, że posiadanie dzieci zwiększa poziom lęku u żołnierzy (tab. 8).

Tabela 8. Związek pomiędzy lękiem a posiadaniem dzieci

Nazwa	Średnia	Odch. stand.	Min.	Maks.	n	Statystyka ZKS	Istotność testu KS	Skośność	Kurtoza
Lęk jako stan (X-1)	32,94	8,67	20	56	102	0,693	0,722	0,346	-0,51
Lęk jako cecha (X-2)	35,65	8,15	20	56	102	0,793	0,556	0,304	-0,37

Zbadano związek pomiędzy poziomem lęku (jako stanu oraz jako cechy) a wsparciem psychicznym. Stwierdzono, że żołnierze, którzy utrzymywali regularny kontakt z domem podczas pobytu na misji, uzyskując wsparcie psychiczne ze strony najbliższych, wykazują niższy poziom lęku jako stanu i jako cechy (tab. 9).

Tabela 9. Związek pomiędzy wsparciem psychicznym a lękiem

WSPARCIE WSPÓŁTOWARZYSZY W TRUDNYCH CHWILACH									
Zmienna	Nie miał		Miał		Istotność testu Levene'a	Wariancje w obu grupach	Statystyka t	d Cohena	Istotność testu t (2-stronna)
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.					
Lęk jako stan	32,70	9,72	33,14	7,78	0,109	równe	-0,26	-0,07	0,7968
Lęk jako cecha	36,04	8,89	35,32	7,55	0,339	równe	0,44	0,11	0,6584
KONSULTACJE Z PSYCHOLOGIEM									
Zmienna	Nie konsultował się		Konsultował się		Istotność testu Levene'a	Wariancje w obu grupach	Statystyka t	d Cohena	Istotność testu t (2-stronna)
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.					
Lęk jako stan	32,62	8,83	35,15	7,32	0,524	równe	-0,99	-0,30	0,3268
Lęk jako cecha	35,63	8,23	35,77	7,85	0,859	równe	-0,06	-0,02	0,9542
NIEREGULARNY I REGULARNY KONTAKT Z DOMEM									
Zmienna	Nieregularny		Regularny		Istotność testu Levene'a	Wariancje w obu grupach	Statystyka t	d Cohena	Istotność testu t (2-stronna)
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.					
Lęk jako stan	41,5	10,9	32,2	8,1	0,180	równe	3,02	2,33	0,0032
Lęk jako cecha	44,1	10,4	34,9	7,6	0,184	równe	3,20	2,41	0,0018

Sprawdzono, czy istnieją istotne różnice w liczbie misji w grupie kobiet i mężczyzn. Istotnych różnic nie wykazano ($p = 0,125$). Zbadano związek pomiędzy liczbą misji a nasilonymi objawami depresji. Liczba misji nie ma wpływu na częstość występowania nasilonych objawów depresji (tab. 10). Zweryfikowano również związek pomiędzy liczbą misji a poczuciem lęku. Również w tym przypadku nie wykazano związku ($p = 0,873$).

Tabela 10. Związek pomiędzy liczbą misji a poczuciem nasilonych objawów depresji

Liczba misji		Test Becka	
		Brak depresji	Epizod depresyjny o łagodnym nasileniu
1	n	33	0
	%	100,00	0,00
2	n	25	2
	%	92,59	7,41
3	n	17	3
	%	85,00	15,00
4 i więcej	n	21	1
	%	95,45	4,55
Suma	n	96	6
	%	94,12	5,88

Test *U* Manna-Whitneya; $Z = -1,3$; $p = 0,194$

Omówienie wyników

Żołnierze, którzy pełnią służbę zawodową, ze względu na specyfikę wykonywanej pracy są narażeni na doświadczanie różnych sytuacji stresowych. Przyczyny stresu oraz niejednokrotnie wpływające z niego zaburzenia mogą różnić się zależnie od tego, czy występuje on na służbie na terenie kraju czy poza granicami. W niniejszym badaniu stwierdzono, że częstość występowania poczucia nasilonych objawów depresji wyniosła u badanych osób 5,9%. Cięższych form depresji nie odnotowano. Aby określić, czy badany został poddany w trakcie misji działaniu różnych silnych stresorów, zapytano ankietowanych o wiele możliwych zdarzeń w czasie ich pobytu w rejonie działań. Większość żołnierzy wyjeżdżała poza bazę, co związane było ze zwiększonym ryzykiem zranienia albo śmierci (97,1%). Także większość żołnierzy (88,2%) narażona była na stres wynikający z ostrzału baz, gdzie przebywali. Co najmniej raz zagrożenie swego życia odczuwało ok. 85,3% ankietowanych.

Purcell i wsp. [16] w swoich badaniach przeprowadzili wywiady z 26 weteranami wojennymi na temat wpływu zabójstwa na ich życie. Z wywiadów wynika, że zabójstwo prowokuje do konfliktu moralnego z trwałym wpływem na ich poczucie jaźni, duchowości i relacje z innymi. W badaniach Rychcińskiej i wsp. [17] ukazano różnice między źródłami oraz natężeniem stresu, jaki pojawia się w warunkach służby w Rzeczypospolitej a tymi, jakie występują u żołnierzy, którzy wyjeżdżają na misje stabilizacyjne albo pokojowe. Badanymi byli uczestnicy Polskiego Kontyngentu Wojskowego, którzy mieli możliwość służyć w dwóch środowiskach, biorący udział w misjach w Czadzie oraz w Libanie, Iraku albo Afganistanie. Pod uwagę brano takie aspekty, jak: ogólne warunki wojskowej służby, opiekę zdrowotną, wynagrodzenie, a także poczucie bez-

pieczeństwa. Oprócz tego w celu wskazania stresujących czynników, jakie pojawiają się w warunkach służby poza granicami kraju, przyjęte zostały dodatkowe kryteria, takie jak np.: obawy o pogorszenie relacji z rodziną; ocena dostępu do infrastruktury sanitarnej; ocena jakości oraz organizacji żywienia; niedogodności związane z pogodą; obawy związane z zagrożeniem płynącym ze strony lokalnej ludności; zagrożenia ze strony środowiska; lęk przed zagrożeniami w służbie wojskowej poza granicami państwa. W związku z uczestnictwem Kontyngentu Wojskowego z Polski w misjach poza terenem kraju w szczególności sposób zaczęto się interesować długofalowymi skutkami silnego stresu, którego źródłem jest udział w misjach wojskowych.

Obecnie częściej opisuje się zjawisko wzrostu stresu posttraumatycznego, badanego m.in. w przypadku polskich żołnierzy, którzy uczestniczą w misjach poza terenem kraju, rozumianego jako bardzo korzystna zmiana – rezultat pozytywnego wyjścia z kryzysu (np. przetrwania traumatycznej sytuacji na polu walki), którego skutkiem jest nie sam powrót do stanu sprzed tego zdarzenia, ale wzrost psychospołecznych kompetencji i jakościowa zmiana funkcjonowania [18]. Bez wątplenia należy wskazać na dezorganizującą oraz destruktywną siłę stresu, leżącego u podstaw wielu zaburzeń psychoemocjonalnych. Według Korzeniowskiego [19] aż 200 żołnierzy, którzy uczestniczyli w misji Iraqi Freedom w roku 2004, przeżywało trudności psychiczne związane z udziałem w tej operacji, z czego 91 było diagnozowanych w kierunku PTSD. Dane te są podważane przez innych badaczy tego zagadnienia, którzy podkreślają, że wskazania te były skutkiem błędnej diagnostyki, jaka nie odnosi się do klasyfikacji DSM-IV albo do ICD-10 [19–21]. Stres posttraumatyczny obejmuje długotrwałe zmiany psychiczne, które rozwijają się od ok. kilku dni do 6 miesięcy (albo nawet później) po traumatycznym zdarzeniu. Najbardziej typowe objawy to nawracające obrazy oraz natrączywe myśli i koszmary senne, a także stały strach, bezsenność wraz z niemożnością koncentracji. Objawem szczególnym, który świadczy o sile traumy, jest zjawisko tzw. dysocjacji, tj. zaburzeń orientacji, oraz poczucia nierealności, a także osłupienia, a nawet zaburzeń świadomości [16, 22–25]. W związku z tym w Siłach Zbrojnych zinstytucjonalizowane działania zapobiegające różnym skutkom wojennej traumy powinny rutynowo obejmować jak najszersze programy o praktycznym charakterze, zanim żołnierz skierowany będzie do pełnienia służby poza granicami państwa. Kwestią nagłą jest zapewnienie żołnierzom odpowiedniej pomocy po powrocie z misji poza terenem kraju, ale przede wszystkim odpowiednie ich przygotowanie, jeszcze zanim doświadczą traumatycznych zdarzeń oraz ich skutków.

Analizując przypadki oraz statystyki powrotów z wojskowych misji żołnierzy z objawami stresu bojowego, coraz większy niepokój wzbudza fakt, że być może proponowane obecnie zabezpieczenie z zakresu ochrony zdrowia psychicznego jest niewystarczające. W większości przypadków dotychczas wykorzystywaną możliwością leczenia tego rodzaju zaburzeń były hospitalizacja oraz leczenie farmakologiczne i psychoterapeutyczne. Niestety, sytuacja taka zachodzi dopiero wówczas, gdy objawy przybierają formę zaawansowaną [24, 26].

W Klinice Psychiatrii i Stresu Bojowego ok. 60% leczonych to żołnierze, w tym ok. 40% to weterani PKW. Od stycznia 2006 do czerwca 2012 r. w klinice było leczonych 260 uczestników misji, niektórzy leczyli się kilka razy. Zaburzenia lękowe zdiagno-

zowano u ok. 38,9% weteranów, a zaburzenia adaptacyjne u ok. 26,9%, natomiast zaburzenia nerwicowe i zaburzenia somatyzacyjne u ok. 19,6%. Istotną okolicznością, która rzutuje na motywację weteranów do tego, by się leczyć, zwłaszcza w wojskowych zakładach psychiatrycznych, jest obawa przed piętnem chorego psychicznie i negatywnymi skutkami tej stygmatyzacji dla dalszej kariery wojskowej [24, 27, 28].

Interpersonalne trudności u weteranów wojennych z PTSD związane są bezpośrednio z trudnościami w relacjach z osobami bliskimi. Z doniesień Ruscio i wsp. [29] można wywnioskować, że dzieci weteranów z Wietnamu w porównaniu z rówieśnikami, których ojcowie nie uczestniczyli w wojnie, miały o wiele więcej problemów z zachowaniem, a także wykazywały niższą samoocenę oraz zachowania agresywne, gorsze relacje społeczne i żywiły ambiwalentny stosunek wobec matki. Dzieci te postrzegały swoją rodzinę jako mniej spójną, a komunikację wewnątrz niej oceniały jako niejasną, wymijającą i niebezpośrednią. Inne badania udowodniły, że dzieci weteranów z PTSD cechuje bardziej negatywna wizja świata i więcej przykrych psychicznych doznań niż dzieci weteranów bez PTSD. Ojcowie weterani z PTSD, zgodnie z tym, co opisuje Pospiszyl [30], przejawiają tendencję do rozpieszczania swoich dzieci, a zwłaszcza córek.

Każdy żołnierz, który wyjeżdża na misję oraz z niej powraca, poddawany jest badaniu stanu zdrowia, ale dopiero od niedawna funkcjonuje kwestionariusz, który dotyczy zdrowia psychicznego. Niestety, nie wszyscy wracający z misji przyznają się do swoich problemów zdrowotnych. Specjaliści są zgodni, że wojskowa służba w misjach powoduje „korozję ludzkiej psychiki”, przez co człowiek staje się mniej odporny na stres [30]. Badania Lipari i wsp. [31] przeprowadzone wśród 2100 ojców – weteranów i 13 100 ojców niebędących weteranami wojennymi wykazały, że dzieci tych pierwszych częściej palą papierosy i zażywają substancje psychoaktywne. Ojcowie niebędący weteranami częściej rozmawiali ze swoimi dziećmi na temat niebezpieczeństw związanych ze stosowaniem substancji psychoaktywnych.

Zmiana na wojskowej misji trwa sześć miesięcy, lecz po powrocie ma się trudności z adaptacją do normalnego życia. Ojciec, mąż przez ten początkowy okres jest obcą osobą, rodzina odzwyczaiła się od niego. Ich żony uważają, że też mają PTSD, gdyż życie ze strauumatyzowanym człowiekiem jest równie trudnym doświadczeniem.

W celu określenia psychicznego wsparcia, jakie ankietowani uzyskali w trakcie pobytu na misji, zarówno instytucjonalnego (psycholog), jak i nieinstytucjonalnego (współtowarzysze oraz rodzina w kraju), respondenci określili, jakiej pomocy im udzielono. Regularny kontakt z osobami bliskimi, przynajmniej 3 razy w tygodniu, utrzymywało ok. 92,2% ankietowanych. Na misje, w tym do Iraku, pojechało kilku psychologów (ok. 1 na 400 żołnierzy). W stutysięcznej armii polskiej jest 350 specjalistów z zakresu ochrony zdrowia psychicznego, co jest zbyt małą liczbą.

Misja jest dla żołnierza stresującym doświadczeniem, gdyż wiąże się z obciążeniem obowiązkami, które wynikają ze służby, realizowaniem zadań w warunkach bezpośredniego zagrożenia życia oraz z przebywaniem w innym pod względem kulturowym środowisku, nierzadko też w innym klimacie, daleko od swoich bliskich. Bywa też, że stres przekracza adaptacyjne możliwości żołnierza, stając się tzw. stresem traumatycznym oraz swoistą formą bojowego urazu. Tworus [32] uważa, że do wizyty u specjalisty powinna skłaniać każda zmiana w zachowaniu żołnierza po jego powrocie z misji.

Wnioski

1. Poziom lęku jest zauważalnie wyższy u żołnierzy, którzy byli poddani działaniu stresora traumatyzującego, jakim jest poczucie zagrożenia życia. Takie osoby powinny więc pozostawać pod szczególnym nadzorem psychologa i Zespołu Szybkiej Pomocy Psychologicznej, w którego skład wchodzi również pielęgniarka.
2. Posiadanie dzieci zwiększa poziom lęku u żołnierzy wyjeżdżających na misje, co jest wskazaniem do zapewnienia opieki nad rodziną pozostającą w kraju i wywołania u żołnierzy poczucia pewności tej opieki.
3. Utrzymywanie przez żołnierzy regularnego kontaktu z rodziną podczas misji zmniejsza poziom lęku, należy więc położyć nacisk na umożliwienie delegowanym takich kontaktów, zapewniając odpowiednie środki techniczne.

Piśmiennictwo

1. *Polacy w służbie pokoju 1953–2003*. Warszawa: Agencja Wydawnicza CB; 2003.
2. Kowalczyk R. *Rola i zadania kontyngentu Wojska Polskiego w operacji pokojowej UNEF II*. W: *Wojsko Polskie w międzynarodowych operacjach pokojowych i stabilizacyjnych*. Warszawa: Akademia Obrony Narodowej; 2011.
3. Politowski B. *Na obczyźnie dla ojczyzny*. Polska Zbrojna. Kurier Weterana 2 „Nikt nie zostaje”. Warszawa: Wojskowy Instytut Wydawniczy; 2012.
4. *Wojsko pamięta o poległych na misjach*. <http://www.polska-zbrojna.pl/home/articleshow/18007> (dostęp: 6.01.2016).
5. Ilnicki S. *Doświadczenia Kliniki Psychiatrii i Stresu Bojowego Wojskowego Instytutu Medycznego w leczeniu weteranów Polskich Kontyngentów Wojskowych*. Materiały konferencyjne, 1.12.2011.
6. Zawisza A. *Misja się kończy, trauma zostaje*. Tygodnik Przegląd z 4 marca 2012. <http://www.tygodnikprzeglad.pl/misja-sie-konczy-trauma-zostaje/> (dostęp: 26.04.2016).
7. *Program osłony uczestników misji poza granicami państwa i ich rodzin*. Warszawa: Ministerstwo Obrony Narodowej, Departament Wychowania i Promocji Obrońności, Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia; 2010.
8. Figley CR, Nash WP. *Stres bojowy. Teorie, badania, profilaktyka i terapia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, Wojskowy Instytut Medyczny; 2010.
9. Madajewski M, Szlagura W, Patoka J, Potracki F, Głowacka E, Jabłońska I. *Psychologiczne przygotowanie żołnierzy – uczestników misji poza granicami kraju*. Warszawa: Departament Wychowania i Promocji Obrońności MON; 2006.
10. Badura-Madej W. *ABC interwencji kryzysowej*. Warszawa: Departament Wychowania i Promocji Obrońności MON; 2009.
11. *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Redakcja wydania polskiego Jacek Wciórka. Wyd. Elsevier; 2008.
12. Lis-Turlejska M. *Stres traumatyczny. Występowanie, następstwa, terapia*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie; 2002.

13. Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA, Hough RL, Jordan BK, Marmari CR i wsp. *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel; 1990.
14. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń*. *Psychiatria* 2009; 6(1): 15–25.
15. Lemanowicz P, Daroszevska T. *Vademecum stresu i pomocy psychologicznej w misjach wojсковych*. Warszawa: Departament Wychowania i Promocji Obronności MON; 2004.
16. Purcell N, Koenig CJ, Bosch J, Maguen S. *Veterans' perspectives on the psychosocial impact of killing in war*. *J. Couns. Psychol.* 2016; 44(7): 1062–1099.
17. Rychcińska K, Jeżewski P, Rychciński J. *Porównanie stresu żołnierzy zawodowych wykonujących zadania w kraju i poza granicami*. *Zeszyty Naukowe WSOWL* 2013; 3(169): 30–46.
18. Biegańska J. *Czynniki sprzyjające wystąpieniu wzrostu potraumatycznego u polskich żołnierzy uczestniczących w misjach pokojowych*. W: Kaiser A, Mrozowiak M red. *Zdrowotne i psychospołeczne aspekty służb mundurowych*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Naukowe Kultury Fizycznej; 2013.
19. Korzeniewski K. *Zaburzenia psychiczne na współczesnym polu walki*. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2008; 24(44): 572–575.
20. Golinowska D, Florkowski A, Juszcak D. *Analiza przyczyn i uwarunkowań reakcji na ciężki stres oraz zaburzeń adaptacyjnych u pacjentów poradni zdrowia psychicznego*. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2010; 28(167): 387–394.
21. Gruszczyński W. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych u żołnierzy w czasie misji pokojowych i działaniach wojennych*. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2008; 25(1): 55–58.
22. Florkowski A, Gruszczyński B, Gruszczyński W. *Kontrowersje w sprawie rozpoznawania ostrego zaburzenia stresowego (ASD) i zespołu stresu pourazowego (PTSD) u żołnierzy pełniących misję pokojową w Iraku*. W: *Służba żołnierzy i funkcjonariuszy służb państwowych wykonujących zadania w warunkach ekstremalnych*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Naukowe Kultury Fizycznej; 2004.
23. Kloczkowki M, Kiciński Ł. *Zdrowotne i psychospołeczne skutki udziału żołnierzy WP w misjach poza granicami kraju*. Warszawa: Wojskowe Biuro Badań Społecznych; 2010.
24. Solomon Z, Mikulincer M. *Trajectories of PTSD: A 20-year longitudinal study*. *Am. J. Psychiat.* 2006; 163(4): 659–660.
25. Decyzja Nr 434/MON Ministra Obrony Narodowej z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie wprowadzenia w resorcie obrony narodowej profilaktycznego programu zdrowotnego „Program pomocy i edukacji w zespołach zaburzeń stresu pourazowego w ujęciu psychologiczno-psychiatrycznym”, Warszawa, dnia 27 grudnia 2013 r. Poz. 389, Inspektorat Wojskowej Służby Zdrowia.
26. Hall Brown TS, Akeeb A, Mellman TA. *The role of trauma type in the risk for insomnia*. *J. Clin. Sleep Med.* 2015; 11(7): 735–739.
27. Truszczyński O. *Skuteczność terapii PTSD obejmującej wsparcie dla rodzin*. W: Łuniewska M, Goluch R. red. *Człowiek ponad wszystko. Funkcjonowanie służby psychologicznej oraz opieka i pomoc socjalna rodzinom żołnierzy wykonujących zadania poza granicami kraju*. Szczecin: Zapol; 2005.
28. Heszen-Niejodek I. *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: Strelau J red. *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. III. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
29. Ruscio A, Weathers F, King L, King D. *Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: The importance of emotional numbing*. *J. Trauma. Stress* 2002; 15(5): 351–357.
30. Pospiszyl K. *Ojciec a wychowanie dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak; 2012.

-
31. Lipari R, Palen LA, Silber Ashley O, Penne M, Kan M, Pemberton M. *Examination of veteran fathers' parenting and their adolescent children's substance use in the United State*. Subst. Use Misuse. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10826084.2016.1253748>.
 32. PAP. *Dla wielu weteranów trudy misji nie kończą się po powrocie do domu*. (dostęp: 19.12.2014).

Adres: Paulina Zabielska
Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
71-210 Szczecin, ul. Żołnierska 48

Otrzymano: 5.10.2016
Zrecenzowano: 5.02.2017
Otrzymano po poprawie: 30.03.2017
Przyjęto do druku: 4.07.2017