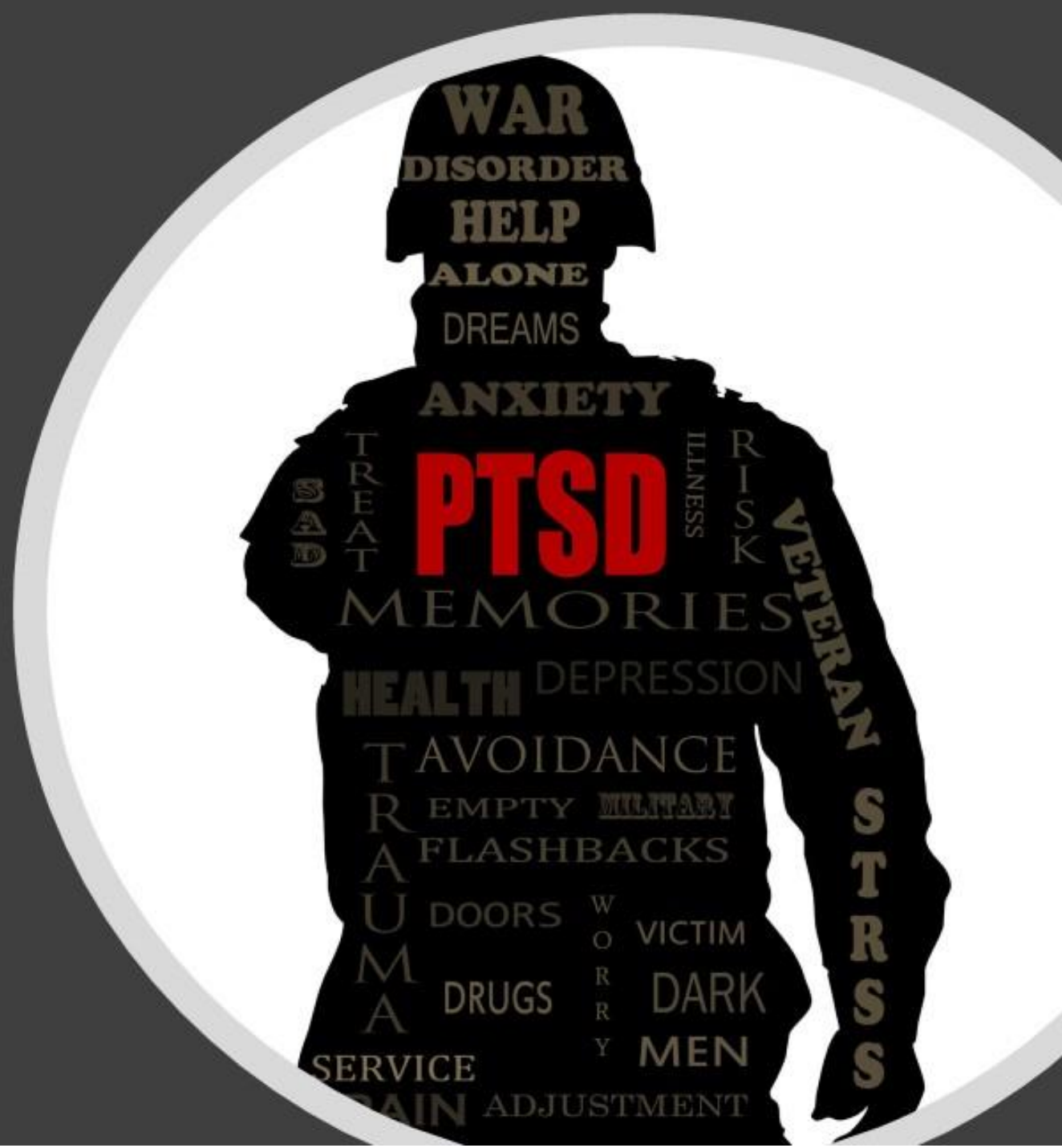


WPŁYW MISJI WOJSKOWYCH NA JAKOŚĆ ŻYCIA, NASILENIE STOPNIA AGRESJI

I ROZWÓJ **ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO**

- mgr Weronika Karolina Małecka
- dr n med. Krystyna Kowalczuk
- prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska – Kułak



**WPŁYW MISJI WOJSKOWYCH NA JAKOŚĆ ŻYCIA,
NASILENIE STOPNIA AGRESJI
I ROZWÓJ ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**WPLYW MISJI WOJSKOWYCH NA JAKOŚĆ ŻYCIA,
NASILENIE STOPNIA AGRESJI
I ROZWÓJ ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO**

**mgr Weronika Karolina Małecka
dr n med. Krystyna Kowalczyk
prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska – Kułak**

Białystok 2021
Recenzenci monografii

Dr n. o zdr. Joanna Chilińska

Wydziału Nauk o Zdrowiu

Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

dr n. med. Andrei Shpakou

Department of Theory of Physical Culture and Sport Medicine,
Yanka Kupala State University of Grodno, Grodno, Belarus

ISBN – 978-83-963204-6-9

Wydanie I
Białystok 2021

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda
Ilustracja wykupiona w <https://www.canstockphoto.pl/>

**Monografia powstała na bazie wyników pracy magisterskiej
mgr Weronika Karolina Malecka**

**Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych,
dydaktycznych lub edukacyjnych.**

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:
RobotA Piotr Duchowski ul. Baranowicka 115/202; 15-501 Białystok

*Poziom stresu w twoim życiu
nie zależy wcale od tego co się dzieje,
a raczej od tego w jaki sposób ty to odbierasz i jak na to reagujesz.
To z kolei oznacza, że jeśli chcesz pozbyć się stresu ze swojego życia,
to możesz zrobić 2 rzeczy:
ZMIENIĆ ŚWIAT albo ZMIENIĆ SIEBIE
Beata Pawlikowska*

Słowo wstępne

Zawód żołnierza wymaga wykonywania zadań trudnych i niebezpiecznych, w różnym stopniu stresujących, w tym związanych z pobytem na misjach. Od roku 1953, ponad 120 tys. polskich żołnierzy uczestniczyło w 92 różnych misjach. Misja to nie tylko powód do dumy za wkład w umacnianie międzynarodowego pokoju i bezpieczeństwa, ale także obciążenia fizyczne oraz psychiczne związane z wykonywaniem codziennych obowiązków, obsługą wysoce specjalistycznej techniki wojskowej i uzbrojenia, ekstremalne warunki, obrażenia ciała oraz schorzenia natury psychosomatycznej.

Czynniki wywołujące stres w misjach wojskowych wiążą się nie tylko z zagrożeniami militarnymi zależnymi od charakteru i miejsca jego realizacji. W ich trakcie istotne znaczenie mają także sytuacje takie jak: wydarzenia o charakterze traumatycznym (np. widok rannych, obserwowanie śmierci kolegów, konieczność oddawania strzałów), niekomfortowe warunki bytowe, inny klimat, zagrożenia zdrowotne oraz rozłąka i względna izolacja. Podczas misji wojskowych często dochodzi do skumulowania stresorów i w jednym momencie na organizm żołnierzy oddziałuje wiele czynników. Bardzo często jeden trwający stresor wywołuje działanie drugiego (zjawisko proliferacji stresu). Żołnierze, którzy przynajmniej raz byli na misji wojskowej podają, że powyższe stresory nie mają jakiejś określonej kolejności oddziaływania na organizm. Jak wynika z badań przeprowadzonych wśród żołnierzy amerykańskich uczestniczących w działaniach w Iraku i Afganistanie do najczęstszych wydarzeń o charakterze traumatycznym należą: bycie zaatakowanym, ostrzeliwanym, wciągniętym w zasadzkę, strzelanie do kogoś, odpowiedzialność za śmierć innych, widok martwych ciał lub ich części, bycie rannym.

Z danych Ministerstwa Obrony Narodowej Rzeczypospolitej Polskiej wynika, że 3 na 1000 żołnierzy Polskich Sił Zbrojnych uczestniczących w misjach pokojowych ewakuowało się do kraju ze względu na doznawane zaburzenia psychiczne. Zespół stresu pourazowego zdiagnozowano u 7 z 2500 żołnierzy w trakcie pierwszej misji i u 23 w trakcie drugiej misji polskiego kontyngentu w Iraku. Z kolei z badań przeprowadzonych przez Departament Wychowania i Obronności wynika, że zespół stresu pourazowego zdiagnozowano u 3,1% żołnierzy.

Warto pamiętać, że problemy emocjonalne występujące wśród żołnierzy powracających z misji wojskowych przekładają się na ich kłopoty rodzinne. Wyjazd na misję, to dla żołnierza czas skoncentrowania się na wykonaniu zadania przed nim postawionego, a dla najbliższych pozostających w kraju - to okres, w którym życie rodzinne musi funkcjonować pomimo tego, że nie są w danym momencie w komplecie. Sytuacje, które mają miejsce podczas misji ewidentnie mają przełożenia na życie rodzinne po powrocie żołnierza. Po okresie początkowej euforii, odczuciach szczęścia, przychodzi codzienność i rodzina musi na nowo scalić swoje więzi. Ważne jest, aby wracający potrafił i mógł opowiedzieć rodzinie o tym, czego doświadczył. W zależności od przeżyć oraz doświadczeń żołnierza, ten proces może przebiegać w różny sposób. Ponowne umocnienie więzi rodzinnych wymaga czasu, wzajemnej troski i wyrozumiałości, a każdy członek rodziny musi uświadomić sobie swoje obecne położenie oraz zmiany, jakie w nim zaszły podczas rozłąki.

Niestety w dalszym ciągu problem stresu wśród żołnierzy przebywających/wracających z misji i chorób z nim związanych traktowane jest jako temat tabu.

Mamy nadzieję, oddając do rąk czytelnika naszą monografię, że stanie się ona przyczynkiem do pogłębienia badań z zakresu trudności, jakich mogą doświadczać żołnierze przed, w czasie i po zakończeniu działań związanych z misją.

*mgr Weronika Karolina Małecka
dr n med. Krystyna Kowalczyk
prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska – Kulak*

AUTORZY MONOGRAFII

Weronika Karolina Malecka

Absolwentka kierunku Pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Krystyna Kowalczuk

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Elżbieta Krajewska – Kułak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

MISJA WOJSKOWA JAKO ELEMENT PRACY ŻOŁNIERZA	9
WYBRANE ASPEKTY JAKOŚCI ŻYCIA	13
CZYNNIKI MAJĄCE WPŁYW NA JAKOŚĆ ŻYCIA ŻOŁNIERZY	14
DEFINICJA AGRESJI, RODZAJE, METODY POMIARU.....	18
CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA ROZWÓJ AGRESJI U ŻOŁNIERZY	20
PRZECIWDZIAŁANIE AGRESJI W WOJSKU	21
ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO (PTSD)	22
CZYNNIKI MAJĄCE WPŁYW NA ROZWÓJ ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO U ŻOŁNIERZA.....	24
LECZENIE ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO.....	25
CEL PRACY	26
MATERIAŁ I METODA BADAŃ.....	27
CHARAKTERYSTYKA BADANEJ ZBIOROWOŚCI.....	32
UDZIAŁ W MISJACH ZAGRANICZNYCH, A PROFIL DEMOGRAFICZNY I SPOŁECZNY ŻOŁNIERZY	35
OCENA POZIOMU AGRESJI (BPAQ)	41
JAKOŚĆ ŻYCIA (WHOQOL-BREF).....	43
ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO/PTSD (IES-R).....	45
SZCZEGÓŁY MISJI WOJSKOWYCH, A KONDYCJA PSYCHICZNA ŻOŁNIERZY W NICH UCZESTNICZĄCYCH	49
WIEK, A KONDYCJA PSYCHICZNA ŻOŁNIERZY	59
DYSKUSJA	63
WNIOSKI	69
WYKAZ PIŚMIENNICTWA.....	70

MISJA WOJSKOWA JAKO ELEMENT PRACY ŻOŁNIERZA

Konflikty towarzyszą człowiekowi od początków ludzkości. Zdarza się, że w sporze nie uczestniczą pojedyncze osoby, a całe państwa. Kraje niemogące znaleźć porozumienia wypowiadają sobie wojnę. Brutalne działania wojenne dotyczą całą lokalną społeczność-cywilii, którzy muszą zaadaptować się do nowej rzeczywistości. Organizacje takie jak: Organizacja Traktatu Północnoatlantyckiego (NATO), Unia Europejska (UE), Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ) i Organizacja Bezpieczeństwa i Współpracy w Europie (OBWE) wspomagają państwa objęte konfliktem, aby te doszły do porozumienia. Wspomniane instytucje realizują różne operacje oraz misje międzynarodowe w zakresie zobowiązań sojuszniczych. Termin „misja wojskowa” jest równoznaczny z pojęciem „operacja pokojowa”. Pojęcia te określają działania podejmowane w celu rozwiązania konfliktów, a co za tym idzie - utrzymania pokoju, z użyciem wielonarodowych sił cywilnych oraz wojskowych pod nadzorem danej organizacji. Na pierwszej linii frontu stoją żołnierze, których głównym zadaniem jest załagodzenie lub zakończenie konfliktu, zgodnie z otrzymanymi rozkazami. Każdy spór ma inną przyczynę, więc każda misja wojskowa dostarcza nowych doświadczeń. Granica między zakończeniem konfliktu, a jego zaostrzeniem często jest bardzo cienka, więc charakter misji może szybko ulec zmianie [1,2].

Kategoryzacja zatwierdzona w 2009 roku (Strategia obronności RP, 23.12.2009r.) dzieli misje realizowane przez Siły Zbrojne RP na [1,2]:

- mające na celu zagwarantowanie obrony i przeciwstawianie się agresji;
- wpływające na proces stabilizacji sytuacji międzynarodowej oraz mające na celu reagowanie kryzysowe i humanitarne;
- wspierające bezpieczeństwo wewnętrzne i niosące pomoc społeczeństwu (realizowane głównie wewnątrz państwa) [1,2].

Kolejny podział zakłada wyszczególnienie celu misji. Operacje wojskowe mogą mieć charakter: dyplomacji prewencyjnej i tworzenia pokoju, tworzenia pokoju, utrzymania pokoju, budowania pokoju, wymuszania pokoju, rozbrojenia lub sankcji [1].

Polscy żołnierze od dawna angażowali się w konflikty wojenne innych państw. Celem wysyłania żołnierzy na misje wojskowe poza granice państwa jest: zapewnienie Polsce określonego poziomu bezpieczeństwa, realizacja głównych interesów państwa, a także wzmocnienie pozycji państwa na arenie międzynarodowej. Polska systematycznie uczestniczy w misjach pokojowych oraz humanitarnych w krajach, gdzie utrzymanie pokoju

i zagwarantowanie bezpieczeństwa nadal jest istotnym problemem. Jednorazowo na misję wojskową poza granice Polski wysyłane jest 3200-3800 żołnierzy reprezentujących głównie wojska lądowe, ale również siły powietrzne, siły specjalne, marynarkę wojenną czy żandarmerię wojskową [1,2].

Inny podział zakłada, że operacje pokojowe możemy podzielić na misje obserwacyjne oraz operacje z zaangażowaniem kontyngentu wojskowego [1]. Polski Kontyngent Wojskowy (PKW) jest specjalną, wydzieloną jednostką wojskową Sił Zbrojnych RP, która przeznaczona jest do udziału w operacjach wojskowych poza granicami Polski. Żołnierze do udziału w misji wojskowej, w ramach PKW są przygotowywani podczas przeszkolenia, składającego się z czterech etapów: planowania, przygotowywania oraz formowania, szkolenia oraz przygotowania do rotacji. Cały cykl przeszkolenia odbywa się w centrach szkolenia i ośrodkach, na poligonach lub w danych jednostkach wojskowych. Na etapie planowania opracowywana jest dokumentacja dotycząca organizacji, zgłaszane jest zapotrzebowanie na kursy specjalistyczne, kwalifikowani i wyznaczani są dowódcy oraz wykonywane są badania medyczne kandydatów [3]. Analiza predyspozycji fizycznych polega na ocenie: wzrostu, wagi, BMI, budowy ciała, zniekształceń i złamań kości, ilości kończyn lub ich dysproporcji, ilości palców, występowania przepuklin, wad kręgosłupa, chorób stawów i skóry, obecności ciał obcych wgojonych w tkanki, tatuaży, blizn, chorób neurologicznych, chorób układu odpornościowego, narządu słuchu, oczu, występowania zniekształceń i rozszczepu warg, chorób jamy ustnej, polipów nosa, skrzywienia przegrody nosa, wad wymowy, chorób płuc, serca, układu pokarmowego, chorób wirusowych, układu moczowego i płciowego, układu endokrynnego, chorób psychicznych, nowotworów, a także przebytych operacji i chorób w przeszłości [4]. Okres tego etapu przeszkolenia trwa 2,5-3 miesiące. Na etapie przygotowywania i formowania tworzone są warunki do szkolenia, przygotowywana jest dokumentacja szkoleniowa, przeprowadza się edukację i wyposażanie żołnierzy. Przekazywane treści obejmują podstawowe informacje o kraju, w którym odbędzie się misja i jego historii, geopolityce, kulturze oraz religii, powódzie sporu itp. Najdłuższym etapem jest szkolenie, które trwa 6 miesięcy. Etap ten wykształca u żołnierzy umiejętności niezbędne podczas pełnienia obowiązków na misji (np. planowanie, przemieszczanie, dowodzenie, patrolowanie, konwojowanie, przeszukiwanie, ewakuację medyczną). Przeprowadzane są kursy specjalistyczne, szkolenia taktyczno-specjalne i strzelania bojowe, a także sprawdzana jest indywidualna wiedza teoretyczna i praktyczna. Jednym z elementów szkolenia jest psychologiczne przygotowanie żołnierzy, w którym to zwraca się szczególną uwagę na: metody radzenia sobie ze stresem, problem samobójstw, rozłąkę z rodziną, sposoby pomocy

weteranom, budowanie relacji na misjach oraz niezbędne działania podjęte przed wyjazdem (np. rozwiązywanie spraw bieżących, zorganizowanie pożegnania z rodziną, rozmowy z dziećmi o powodzie wyjazdu). Ostatnim etapem jest przygotowanie do rotacji, który ma na celu osiągnięcie gotowości do przetransportowania zmiany kontyngentu w obszar misji. Odpowiednie przygotowanie uczestników zapewnia sukces oraz powodzenie misji [3].

Podjęcie decyzji dotyczącej wyjazdu na misję nie jest łatwe [1,2]. Żołnierze uczestniczący w misji wojskowej otrzymują wynagrodzenie, które jest adekwatnie wyższe od tego, które uzyskaliby stacjonując w kraju. Wraz z większymi zarobkami, przybywa ryzyko utraty zdrowia lub życia. Żołnierze biorący udział w konfliktach wojennych doświadczają znacznie więcej niż przeciętny człowiek. Bliski kontakt ze śmiercią, brutalne działania w kierunku niewinnych ludzi, skrajne ubóstwo oraz łamanie podstawowych praw człowieka są zjawiskami karygodnymi we współczesnych czasach. Zdarza się, że doświadczane bodźce są na tyle trudne do akceptacji przez żołnierza, że jest on przetransportowany do Polski przed wyznaczonym terminem [1,2]. Uczestnictwo w misjach wojskowych stanowi przyczynę rozwoju schorzeń natury psychicznej jak i somatycznej. Zmiany w różnych aspektach życia spowodowane pełnieniem roli żołnierza w tak odmiennej rzeczywistości stały się przedmiotem zainteresowań wielu badaczy [5].

Korzeniewski i wsp. zaobserwowali, iż choroby skóry były najczęściej leczonymi dolegliwościami podczas misji w Czadzie. Autorzy stwierdzili, że wiąże się to m.in. z kontaktem z substancjami chemicznymi, promieniowaniem słonecznym, temperaturą w danej szerokości geograficznej, a także patogenami oraz brakiem higieny z uwagi na stopień ubóstwa i toczące się działania wojenne w danym regionie [6]. Z kolei w badaniach tych samych autorów dotyczących uczestników misji wojskowej w Afganistanie, za główną grupę występujących schorzeń uznano choroby układu oddechowego. Zauważono, że przyczyną tych problemów mogą być m.in.: choroby infekcyjne, a także duża amplituda temperatury dobowej oraz rocznej [7].

W badaniach Rasmus i wsp. wykazano, iż wszyscy respondenci uczestniczący w misjach wojskowych w Iraku i Afganistanie byli świadkami zdarzeń traumatycznych [8]. Skotnicka w swoich badaniach zauważyła, że 75% żołnierzy uczestniczyło w jednym zdarzeniu traumatycznym, natomiast 25% - w kilku zdarzeniach [9]. Doświadczane przez żołnierzy stresory mogą prowadzić do wykształcenia się pozytywnych jak i negatywnych następstw. Misje o charakterze pokojowym mogą wносить pozytywne zmiany do sfer takich jak: percepcja siebie, relacje interpersonalne oraz filozofia życiowa [10]. Duża ilość traumatycznych przeżyć skutkuje od 2 do 4-krotnie większym ryzykiem wystąpienia zespołu stresu pourazowego

(PTSD) u żołnierza, który uczestniczył w misji wojskowej [11].

Pobyt na misjach wojskowych może wywołać zespół stresu pourazowego (PTSD), który jest zaburzeniem lękowym powstałym w wyniku doświadczenia zdarzenia traumatycznego. Zespół charakteryzuje się występowaniem takich objawów jak: trudność w koncentracji, problemy ze snem, nadmierna czujność, drażliwość lub zachowania agresywne i wzmożona reakcja na dany bodziec [12,13]. W badaniach Skotnickiej wykazano, że najczęściej u żołnierzy z podejrzeniem PTSD występują objawy takie jak: wzmożona potliwość i drżenie rąk, stresujące sny o przeżytych zdarzeniach lub halucynacje, lęk, powracanie przykrych wspomnień, stres, gwałtowna reakcja na nagły hałas, dotyk lub ruch, wzmożona czujność, wybuchy gniewu oraz trudność w koncentracji. Żołnierze często unikają rozmów na temat przeżytych zdarzeń oraz miejsc, które mogą o nich przypominać. Niektórzy deklarują niezdolność do przeżywania miłości oraz innych uczuć nacechowanych pozytywnie. Część nie potrafi wrócić do swojej poprzedniej roli społecznej i czuje się wyobcowana [9].

Zaobserwowano, iż weterani, którzy są bezrobotni, wcześniej porzucili służbę lub mieli traumatyczne dzieciństwo są narażeni na częstsze występowanie myśli samobójczych [14,15]. Z badań wynika, że żołnierze mają znacznie wyższy stopień nasilenia agresji w porównaniu do reszty populacji. Stwierdzono, że około 30% weteranów wojskowych choruje na depresję [16]. Obciążenie psychiczne jest na tyle przytłaczające, że żołnierze częściej korzystają z substancji uzależniających. Wśród weteranów wracających z misji około 40% procent żołnierzy spełnia kryteria określające nadużywanie alkoholu. Część z nich nie chce poddać się leczeniu, ponieważ obawiają się, że informacje o ich uzależnieniu znajdą się w dokumentacji [17,18]. Z dostępnej literatury wynika, iż żołnierze, którzy palili nałogowo przed misją, w trakcie tej misji ograniczyli liczbę wypalanych papierosów, natomiast ci, którzy palili okazjonalnie – znacznie zwiększyli [19].

Zmianie ulega również życie rodzinne. Żołnierze obawiają się utraty dobrych relacji ze swoimi partnerami oraz dziećmi [20]. Czują się niepotrzebni, gdy widzą, że separacja wytworzyła niezależność u partnera. Dzieci oddelegowanych żołnierzy często traktują ich jako nieznajomych, są nieśmiałe lub czują urazę do rodzica. Naderwane więzi rodzinne wymagają długiego procesu odbudowy relacji [21].

WYBRANE ASPEKTY JAKOŚCI ŻYCIA

Pomimo rosnącego zainteresowania tematem jakości życia, nie ustalono definicji, która byłaby akceptowana przez przedstawicieli różnych dziedzin w nauce. [22,23,24,25].

J.Trzebiatowski proponuje podział definicji jakości życia w ujęciu nauk społecznych na cztery grupy [22]:

- Egzystencjalne;
- Skupiające się na zadaniach;
- Odbierane w kategorii potrzeb;
- Obiektywne i subiektywne wskaźniki z uwzględnieniem koncepcji potrzeb [22].

W naukach medycznych, definicje koncentrują się głównie na zjawisku zdrowia i choroby. Autorzy badań zaobserwowali, że sam brak choroby nie jest prostym wskaźnikiem szczęścia i zaspokojenia potrzeb. Zauważono, iż dzięki psychologicznym mechanizmom obronnym jednostka cierpiąca na poważne schorzenie, a związku z tym doświadczająca niepełnosprawności, potrafi czerpać większą satysfakcję z jakości swojego życia [23,24,25].

M.Farquhar proponuje podział definicji jakości życia stworzonych przez ekspertów w ujęciu nauk medycznych na definicje: globalne, złożone, specyficzne oraz mieszane [22].

Definicje globalne bazują na stwierdzeniu, że celem ludzkiego życia jest dążenie do „eudajmonii”, czyli dążenia do poczucia szczęścia. Dodatkowo szczęście stanowi dla każdej jednostki inną kategorię doświadczeń. Definicje złożone skupiają wiele cząsteczkowych zmiennych dotyczących jakości życia. Definicje specyficzne uwzględniają konkretne zmienne (np. choroba). Grupę definicji mieszanych stanowią określenia łączące wszystkie powyższe grupy [22].

Pomimo interdyscyplinarnego charakteru zagadnienia, definicja K.De Walden-Gałuszko cieszy się w Polsce dużą popularnością. Autorka określa jakość życia jako dokonaną przez jednostkę własną ocenę swojej obecnej sytuacji życiowej, zwykle w konfrontacji z jakimś wzorcem [26].

CZYNNIKI MAJĄCE WPLYW NA JAKOŚĆ ŻYCIA ŻOŁNIERZY

Żołnierze są narażeni na doświadczanie niecodziennych sytuacji, które odciskają piętno na ich życiu i wpływają na jego jakość. Większa aktywność fizyczna i zwiększone ryzyko doznania kontuzji lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, choroby tropikalne, doświadczanie traumatycznych wydarzeń i mniejszy kontakt z bliskimi powoduje zmianę nastawienia do życia i swojej osoby, co z czasem może stać się źródłem konfliktów [3,7,9].

W badaniach przeprowadzonych przez Z.Wyszkowską, wykazano, że ponad połowa respondentów nie jest zadowolona lub jest rozczarowana z dotychczasowej kariery w służbie wojskowej. Również, ponad połowa respondentów przyznała, że podczas całej ich kariery zawodowej, nie zostali poddani żadnej karze. Wśród reszty żołnierzy stosowano najczęściej: upomnienie, karę pieniężną lub naganę. Zdania na temat motywacji poprzez system kar są podzielone. W wojsku, oprócz kar są też nagrody. Żołnierze za swoje osiągnięcia oraz włożony trud najczęściej otrzymują nagrody pieniężne, następnie urlopy nagrodzeniowe, kolejno – pochwały, listy gratulacyjne oraz odznaki honorowe. [27]

Część żołnierzy deklaruje, że zawód daje im stabilizację sytuacji życiowej. Zawód żołnierza w środowisku wojskowym, jest uważany za wysoko poważany wśród reszty społeczeństwa, co zostało potwierdzone w licznych badaniach. Na podstawie literatury, wiadomo, że zawód ten cieszy się najwyższym zaufaniem oraz poważaniem wśród społeczeństwa (wśród zawodów związanych z bezpieczeństwem publicznym) [28,29].

W wojsku niezaprzeczalnym wskaźnikiem prestiżu są stopnie wojskowe. Wskazują one usytuowanie żołnierza w wojskowej hierarchii, co wiąże się również z wysokością zarobków. Degradacja stopnia może wiązać się z uczuciem spadku jakości życia oraz prestiżu społecznego [28,29].

Wojsko rekompensuje koszty osobiste, rodzinne i ekonomiczne, a także niedogodności związane z pełnieniem służby wojskowej, uruchamiając mechanizmy prawne, które pozwalają zaspokoić potrzeby żołnierza oraz jego rodziny. Praca żołnierza uregulowana za pomocą *Ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych z 11 września 2003r.* W związku z wprowadzoną ustawą, żołnierz ma wiele przywilejów, ale i zakazów. Żołnierz w ograniczony sposób może podjąć się dodatkowego zajęcia zarobkowego, które nie koliduje z pełnieniem służby i nie narusza jej dobrego imienia. Wojsko Polskie zapewnia umundurowanie, uzbrojenie i wyekwipowanie, a w niektórych przypadkach – także wyżywienie. Żołnierze otrzymują

uposażenie, którego wysokość jest ściśle uzależniona od zaszeregowania ich stanowiska służbowego. W skład uposażenia wchodzi: uposażenie zasadnicze i dodatki do uposażenia (specjalny, służbowy, za długoletnią służbę wojskową). Dodatkowo żołnierzom przysługuje: zasiłek na zagospodarowanie, zapomogi, dodatkowe uposażenie roczne, nagrody jubileuszowe, należności związane z podróżami oraz przeniesieniami służbowymi, gratyfikacje urlopowe, wynagrodzenie związane z pełnieniem obowiązków poza czasem pracy, wynagrodzenie za wykonanie pracy wykraczającej poza zadania na danym stanowisku pracy, wynagrodzenie związane z pełnieniem służby poza granicami państwa, należności w wyniku zwolnienia z zawodowej służby wojskowej. Żołnierze otrzymują również dodatkowe przywileje, takie jak: dodatkowy płatny urlop (jeżeli warunki pracy są uciążliwe bądź szkodliwe dla zdrowia), lokal mieszkalny, zasiłek na zagospodarowanie, a także ekwiwalent za urlopy wypoczynkowe i przejazdy, które nie zostały wykorzystane [28,29].

Żołnierze na misji wojskowej muszą zaadaptować się do innych warunków geograficznych i klimatycznych, kultury i tradycji ludności znajdującej się na terenie objętym konfliktem, a także jej religii. W związku z przebywaniem na nowej szerokości geograficznej, mogą wystąpić zagrożenia klimatyczne takie jak: burze piaskowe i pyłowe, trzęsienia ziemi, powodzie, duża amplituda temperatury. Podczas misji może również doskwierać brak wody pitnej, co negatywnie wpływa na efektywność oraz kondycję psychofizyczną. Trudne warunki, dotąd nieznane, mogą spowodować załamanie psychiczne. Dużym zagrożeniem są też choroby tropikalne, takie jak np. malaria czy cholera. Żołnierze muszą liczyć się także z występującym zagrożeniem związanym z różnymi formami działalności terrorystycznej, co jest znacznie spotęgowane przez niesprzyjające ukształtowanie terenu oraz słabą jakość lub brak dróg umożliwiających przemieszczanie się. Przewaga terrorystów w znajomości ukształtowania terenu, a co za tym idzie, w wykorzystaniu jego walorów, jest niepodważalna. Zachwianie jednej z podstawowych potrzeb - bezpieczeństwa jest związane ze świadomością m.in. nagłego ostrzelania bazy, stanowiącej miejsce stacjonowania. Niezbędne jest zatem utrzymanie stałej gotowości bojowej. Podczas misji wojskowej, konieczne jest poznanie ludności lokalnej. Może to umożliwić współpracę lub zapobiec dodatkowym ofiarom podczas ataku [3]. W zależności od przebiegu misji, wśród obowiązków żołnierzy może być: zaopatrzenie danego obszaru w wodę, żywność czy paliwo, budowa i naprawa dróg oraz mostów, obsługa i kontrola pojazdów, nadzorowanie terenu, patrolowanie, ochrona obiektów, eskortowanie konwojów z pomocą humanitarną, eskortowanie uchodźców, niesienie pomocy ludności cywilnej oraz organizacjom udzielającym pomoc humanitarną, zabezpieczanie wymiany jeńców i więźniów, nadzór swobody przemieszczania się ludności cywilnej, utrzymanie stałej łączności między

skonfliktowanymi państwami, rozminowanie, usuwanie niewybuchów, poszukiwanie i chwywanie terrorystów, eliminowanie broni terrorystów, zbieranie informacji wspomagających pomyślne zakończenie misji, ochrona personelu ONZ i ich mienia czy pomoc w odbudowie infrastruktury [1,30].

Od żołnierzy wykonujących czynności administracyjne nie jest wymagany tak wysoki poziom sprawności fizycznej i wytrzymałości, jak od żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych. Co roku sprawność fizyczna żołnierzy jest sprawdzana podczas egzaminu ze sprawności fizycznej. Żołnierze muszą wykonać cztery ćwiczenia: marszobieg lub pływanie, podciąganie na drążku lub uginanie i prostowanie kończyn górnych w stawie łokciowym w podporze na ławeczce, bieg wahadłowy lub bieg zygzakiem oraz skłony mięśni tułowia [31]. Obie grupy przechodzą testy sprawnościowe i podlegają treningom, natomiast żołnierze, którzy deklarują swój udział w misjach wojskowych mają dodatkową motywację do podnoszenia swojej sprawności fizycznej jaką jest: powodzenie misji oraz konieczność przetrwania [32,33,34]. Z literatury wynika, że wzrost masy mięśniowej i spadek zawartości tłuszczu z powodu ćwiczeń powoduje zbliżenie się do współczesnego pożądanego wzorca ciała. Na podstawie literatury, stwierdzono, że treningi poprawiają samopoczucie, zwiększają poczucie atrakcyjności fizycznej oraz dodają energii. Wykazano też, że intensywne ćwiczenia wpływają na złagodzenie depresji, lęku i objawów zespołu stresu pourazowego [32,33,34].

Jednakże, nie zawsze aktywność fizyczna może być kontynuowana po misjach wojskowych. Urazowość wśród żołnierzy jest zjawiskiem częstym, zarówno ta bojowa powstała na skutek ostrzałów czy ataków podczas misji, jak i niebojowa w wyniku kontuzji podczas biegów i ćwiczeń na siłowni. Jakiegokolwiek urazy fizyczne oprócz wymaganego leczenia, zmniejszają zdolność do pracy, a nawet mogą całkowicie ją uniemożliwić [7, 35]. Powstaje wiele organizacji zrzeszających osoby poszkodowane w misjach wojskowych i oferujące pomoc w poprawie warunków społeczno-bytowych. Wśród nich można wyszczególnić: Stowarzyszenie Kombatantów Misji Pokojowych ONZ założone w 1999r., Fundację Pomocy Poszkodowanym w Wojskowych Operacjach Pokojowych Poza Granicami Polski oraz Ich Rodzinom „Servi Pacis” założoną w 2004r. i Stowarzyszenie Rannych i Poszkodowanych w Misjach Poza Granicami Kraju założone w 2008r. [36].

Urazy psychiczne i objawy z nimi związane takie jak: lęk, problemy z koncentracją i snem, utrata poczucia bezpieczeństwa, niewątpliwie wiążą się z zespołem stresu pourazowego [37]. Z literatury wynika, że powyższe objawy mogą ujawniać się bez względu na uczestnictwo w misjach wojskowych, a z powodu np.: utraty zdrowia, mienia, kataklizmów żywiołowych, problemów finansowych, konfliktów społecznych czy uczestnictwa w innych przeżyciach

traumatycznych [37]. W celu zwiększenia poczucia bezpieczeństwa, istotne jest pogłębianie relacji z bliskimi i przyjaciółmi, czego często unikają żołnierze deklarujący udział w misjach wojskowych. Na podstawie badań wiadomo, że nieobcym twierdzeniem wśród żołnierzy jest brak zdolności do przejawiania pozytywnych uczuć w kierunku innych osób [9].

Żołnierze-emeryci i renciści mają dodatkowe przywileje. Wśród nich znajdują się głównie: emerytura wojskowa, wojskowa renta inwalidzka, wojskowa renta rodzinna, dodatki do emerytury lub renty, zasiłek pogrzebowy, prawo do umieszczenia w domu emeryta wojskowego, bezpłatne świadczenia lecznicze i rehabilitacyjne. Emeryci, którzy chcą być przekwalifikowani i odejść do cywila, mogą skorzystać z programu osłonowego, tzw. rekonwersji. Program gwarantuje przejście do cywila bez dodatkowego stresu i zdobycie pracy [28,38].

DEFINICJA AGRESJI, RODZAJE, METODY POMIARU

Z literatury wynika, że nie istnieje jednoznaczna definicja agresji. Zdaniem Frączka A. agresja to „czynności, mające na celu spowodowanie szkód i strat cenionych przez społeczeństwo wartości, zadanie bólu o charakterze fizycznym innemu człowiekowi lub doprowadzenie do jego cierpienia moralnego” [39,40].

Czynniki zwiększające ryzyko przejawiania agresji to [41]:

- Młody wiek;
- Płeć męska;
- Brak akceptacji ze strony otoczenia;
- Przemoc fizyczna w rodzinie, włącznie z wykorzystaniem seksualnym
- Problemy z prawem;
- Uzależnienia [41].

Na podstawie literatury stwierdzono, że u każdego człowieka występują inne cechy świadczące o możliwości występowania agresji. Najczęściej są to: konfliktowość, bicie, złośliwe uwagi, męczenie zwierząt, uszkodzanie różnych przedmiotów, wrogie nastawienie czy narzucanie własnych poglądów oraz zasad [40] .

Na podstawie licznych badań zachowania agresywne można podzielić na [40,42]:

- a) zachowanie instrumentalne, kiedy agresja wykorzystywana jest w celu osiągnięcia intencji;
- b) reakcję w wyniku niezadowolenia;
- c) zachowanie naśladowcze, gdy osoba naśladuje zachowania innych agresywnych osób [40,42].

Agresję można podzielić na: werbalną, przeniesioną, autoagresję, instrumentalną, emocjonalną i fizyczną [40]. Jedną z częściej spotykanych agresji jest agresja werbalna, inaczej słowna. Wykorzystuje ona bodźce werbalne w celu atakowania innej osoby w sposób pośredni lub bezpośredni [43]. Agresję werbalną możemy podzielić na niejawną i jawną. Niejawna nie zawiera słownictwa obraźliwego, a opiera się jedynie na sarkazmie, wyśmianiu i krytyce. Agresja werbalna jawna zawiera słownictwo obraźliwe i może być niewulgarna lub wulgarna, w zależności od występowania wulgaryzmów [44]. Kolejnym typem agresji jest agresja przeniesiona. Cechuje się kierowaniem agresji do osób lub przedmiotów niestanowiących przyczyny emocji [45]. Autoagresja polega na dobrowolnym i intencjonalnym podejmowaniu

zachowań stwarzającym zagrożenie dla danej jednostki. Może mieć charakter samouszkodzenia lub przyjmowania substancji niebezpiecznych dla zdrowia i życia [45]. Agresja instrumentalna powstaje wskutek zastosowania agresji w celu zaspokojenia dowolnej potrzeby. Zachowanie to jest zaplanowane, a podłożem jest gniew lub frustracja. Osoba wykorzystująca ten typ agresji robi to w oparciu o swoje ukształtowane schematy poznawcze [46]. Następnym typem agresji jest agresja emocjonalna, która może być prezentowana poprzez słowa oraz gesty. W tej formie agresji wykorzystuje się np.: wyzwiska, groźby słowne, znieważające ruchy ciała (np. ręki) czy wyraz twarzy ukazujący pogardę [47]. Agresja fizyczna występuje w postaci ataku fizycznego, np. odepchnięcie, uderzenie, szarpnięcie itp. [40]. Agresja ta może być skierowana przeciw osobom, ale i przedmiotom [48,49].

CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA ROZWÓJ AGRESJI U ŻOŁNIERZY

Mężczyźni stanowią ponad 95% ogółu żołnierzy, którzy służą w Siłach Zbrojnych RP [50]. Z literatury wynika, że płeć ta predysponuje do większego ryzyka występowania zachowań agresywnych [51]. Zaobserwowano, że warunki na misjach wojskowych, jak i sytuacje bezpośrednio zagrażające życiu mogą w dużym stopniu wpływać na podniesienie się stopnia agresji z uwagi na wzrastające we krwi stężenie adrenaliny [9]. Brak badań dotyczących przestępstw popełnianych przez żołnierzy podczas prowadzonych operacji wojskowych może świadczyć o fakcie, że wykroczenia nie są popełniane lub przeciwnie – nie są ujawniane. Oczywiście jest, że otaczający konflikt wznieca przestępczość i agresję. Zgodnie z *Ustawą o zasadach użycia lub pobytu sił zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa*, żołnierze mają prawo do zastosowania broni oraz innego uzbrojenia. W przeszłości większym zainteresowaniem objęto problem wykorzystania seksualnego. Wykonawcami wspomnianego nadużycia byli członkowie sił pokojowych, w tym żołnierze. Z literatury wynika, iż zastosowane środki dyscyplinujące i metody operacyjne przyniosły pozytywny skutek [52,53].

Na podstawie dostępnej literatury, wiadomo, że najczęstszymi patologiami społecznymi w wojsku są: alkoholizm, narkomania, ryzykowne zachowania seksualne, przemoc, agresja, mobbing oraz samobójstwa. Jak zauważono, żołnierze po spożyciu alkoholu najczęściej popełniają przestępstwa związane z: łamaniem zasad pełnienia służby, bezpieczeństwem w komunikacji, przemocą oraz znieważaniem przełożonych (wraz z napaściami), kradzieżami, zakłócaniem porządku i dewastacją mienia. Nadużywanie alkoholu może powodować utratę samokontroli, wzrost przestępczości oraz rozszerzanie się innych patologii. W wojsku istnieje również hierarchia, która wymaga tego, aby żołnierz o niższym stopniu wojskowym okazywał szacunek tym, o wyższym stopniu. Żołnierze o najniższych stopniach muszą wykonywać rozkazy, na które nie zawsze się zgadzają. Utworzone warstwy społeczności wojskowej dzieli duży dystans, który jest respektowany przez każdego żołnierza. Dystans ten może wpływać negatywnie na morale [51,54]. Hierarchia powoduje częstsze występowanie mobbingu i zachowań agresywnych w kierunku osób o niższym stopniu wojskowym. Zaobserwować można to również na przykładzie kobiet – ofiar mobbingu, które to coraz częściej wstępują do wojska. Z literatury wynika, iż żołnierze przenoszą również agresję na bliskich. Wiąże się to z problemem z przystosowaniem do nowego otoczenia, po powrocie z misji wojskowej. Ofiarami są najczęściej dzieci oraz żony. Więzy rodzinne osłabiają się do tego stopnia, że u dzieci weteranów obserwuje się niechęć do nauki, nieposłuszeństwo oraz poczucie odrzucenia [51].

PRZECIWDZIAŁANIE AGRESJI W WOJSKU

Agresji towarzyszą silne emocje, utrudniające socjalizację danego człowieka. Zaobserwowano, że przeciwdziałanie narastającym emocjom jest zdecydowanie łatwiejsze niż korygowanie już występującej agresji. Działania profilaktyczne w kierunku agresji powinny polegać na kształtowaniu cech charakteru takich jak: asertywność, komunikacja, empatia czy umiejętność radzenia sobie z czynnikami stresogennymi [55].

Aby przeciwdziałać agresji, zalecane jest stosowanie technik zwalczania stresu i nadmiernych emocji nacechowanych negatywnie. Zaliczyć do nich można techniki relaksacyjne z wykorzystaniem muzyki i spokojnego, głębokiego oddechu, sen, a także zmianę otoczenia poprzez np. spacer. Często bodźcem stresogennym jest brak czasu, a to rozpoczyna reakcję skutkującą wyładowaniem emocjonalnym w formie agresji. W powyższej sytuacji zalecane jest przeznaczenie większej ilości czasu na wykonanie zadania i zwiększenie aktywności fizycznej, która pozwala rozładować skumulowane napięcie. Wszystkie działania mające na celu redukcję stresu i uspokojenie są skuteczne z powodu odwrócenia uwagi od czynników wywołujących te stany [56,57]. Jeżeli wyładowanie emocji nie jest możliwe bez podjęcia dialogu, należy przyjąć odpowiednie stanowisko i rozpocząć rozmowę [58].

Żołnierze od adaptacji do służby wojskowej objęci są działaniami profilaktycznymi w kierunku wspomnianych patologii z objęciem wszystkich szczebli dowodzenia. W ramach profilaktyki organizowane są warsztaty na temat uzależnień. Wprowadzone przepisy regulujące postępowanie z żołnierzami pod wpływem narkotyków znajdujących się na obszarze wojskowym dotyczą m.in. kary ograniczenia lub pozbawienia wolności oraz aresztu wojskowego (Ustawa z dn. 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii). Przeprowadzane są szkolenia oficerów i podoficerów, których celem jest poszerzenie wiedzy oraz umiejętności prowadzenia działań profilaktycznych oraz przeciwdziałania zachowaniom patologicznym wśród żołnierzy [51].

W związku z przemocą w rodzinie weterana, wprowadzono program profilaktyczny, którym obejmuje się całą rodzinę żołnierza [51].

W przypadku wystąpienia wykroczenia ze strony żołnierza, przyznawana jest kara. W Wojsku Polskim występują kary od grzywny, przez degradację stopnia wojskowego lub wydalenie z wojska, aż do pozbawienia wolności na pewien okres lub dożywotnio. Jednostką zapobiegającą popełnianiu przestępstw na terenach jednostek wojskowych i publicznych przez żołnierzy jest Żandarmeria Wojskowa [59].

ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO (PTSD)

Zespół stresu pourazowego (PTSD) jest zaburzeniem psychicznym powstałym w wyniku ekspozycji danej jednostki na wydarzenie traumatyczne. Wystawienie na czynnik traumatogeny powoduje wykształcenie specyficznego wzorca myślenia, zachowania i odczuwania [60]. Z badań wynika, że 7% populacji dorosłych narażonych na wydarzenie traumatyczne doświadcza PTSD [61]. Zaburzenie wpływa nie tylko na daną jednostkę, ale i resztę społeczeństwa powodując poważne dysfunkcje i zaburzenia zdrowia [62]. Z badań wynika, że PTSD może przyczyniać się do występowania lub zaostrzenia chorób układu krążenia, oddechowego, mięśniowo-szkieletowego, pokarmowego oraz endokrynologicznego [63]. Wczesne objawy PTSD u 70% osób ustępują samoistnie, w tym – u co drugiej osoby w przeciągu 2 lat. Leczenie przewlekłego zespołu stresu pourazowego przynosi wiele trudu, powoduje obniżenie jakości życia, a także generuje koszty [61,64]. Na podstawie badań zaobserwowano, że czynniki takie jak płeć żeńska, młody wiek, wysoka reaktywność emocjonalna, inne zaburzenia psychiczne lub wielokrotnie doświadczane zdarzenia traumatyczne predysponują do wystąpienia PTSD [64,65,66]. Wśród wydarzeń stresogennych możemy wyróżnić nie tylko sytuacje bojowe, ale również uczestnictwo w wypadkach komunikacyjnych, doświadczenie napaści, nagłej śmierci bliskiej osoby, gwałtu czy stanu zagrożenia życia. Klasyfikacja DSM-V zezwala również na ujęcie niektórych profesji jako tych zagrożonych występowaniem PTSD z tytułu pracy, np. strażacy, ratownicy medyczni. Aby wystąpiło PTSD, siła stresora musi przekraczać możliwości przetworzenia go przez daną jednostkę. Wspomnienie wydarzenia zostaje zakodowane i oczekuje na przetworzenie przez procesy poznawcze. Zdarzenie powraca w postaci wspomnień lub snów. Występujące odruchy są próbą unikania tych traumatycznych wspomnień [66].

Objawy zespołu stresu pourazowego obejmują następujące grupy objawów [67]:

- 1) intruzję – niekontrolowane powracanie obrazów, snów oraz wspomnień powiązanych z przeżytym wydarzeniem traumatycznym, mogą dodatkowo występować reakcje fizjologiczne na bodziec przypominający traumę (obfite pocenie, drżenie);
- 2) unikanie – wystrzeganie się miejsc, osób oraz rozmów powiązanych z doświadczonym wydarzeniem, a także uogólnione zmniejszenie aktywności;
- 3) pobudzenie – zwiększona reaktywność psychofizjologiczna pod postacią zaburzeń koncentracji i dobowych rytmów, rozdrażnienia, wzmożonej czujności i przesadnej reakcji zaskoczenia [67].

Obecnie aktualne kryteria PTSD są zawarte w klasyfikacjach: ICD-11 oraz DSM-V.

ICD-11 oraz DSM-V są aktualizacją ich poprzedników – ICD-10 i DSM-IV, które nadal często są wykorzystywane w badaniach. Rozbieżności obejmują takie aspekty jak: dokładną definicję stresora, czas pojawienia się objawów, wymóg negatywnego wpływu dolegliwości na funkcjonowanie jednostki itp.[68]. Podczas wprowadzania ICD-11 zastosowano modyfikacje dotyczące zaznaczenia konieczności występowania: poczucia wstydu, winy, porażki lub długotrwałego smutku, problemów z regulacją emocji, utwierdzania się w swoich słabościach, niedowartościowania swojej osoby oraz trudności w utrzymaniu relacji międzyludzkich [69].

Aktualnie, w celu rozpoznania PTSD stosuje się kryteria diagnostyczne na podstawie DSM-V lub ICD-11. PTSD może dotyczyć nie tylko osoby bezpośrednio doświadczającej zdarzenia traumatycznego, ale również osoby będącej świadkiem tego wydarzenia, osoby uzyskującej informacje o przeżyciu przez członka bliskiej rodziny danego wydarzenia traumatycznego lub osoby narażonej na częste doświadczanie szczegółów zdarzenia traumatycznego. Kryteria rozpoznawania PTSD stanowią zaznaczenie konieczności wystąpienia objawów takich jak: nawracające, dręczące wspomnienia i sny oraz występowanie tzw. flashbacków. Człowiek z zespołem stresu pourazowego unika bodźców powiązanych z traumatycznym wydarzeniem, ma problemy w zapamiętywaniu istotnych aspektów traumatycznego wydarzenia, stale się obwinia z powodu zniekształcenia przyczyn i skutków zdarzenia oraz odczuwa odizolowanie od reszty społeczeństwa. Widoczne jest też większe uzewnętrznianie negatywnych emocji, tj. lęk, złość, wstyd, wybuchy gniewu. Człowiek z PTSD doświadcza wzmożonej czujności, wykazuje nadmierną reakcję na zaskoczenie, a także ma problemy ze snem i koncentracją. Kryteria zaznaczają, że okres występowania zaburzeń powinien trwać ponad miesiąc i musi powodować upośledzenie funkcjonowania w społeczeństwie, sferze zawodowej lub innych obszarach [70].

Dodatkowo, należy określić, czy wraz ze wspomnianymi objawami zostały spełnione kryteria rozpoznające zaburzenie stresowe pourazowe oraz czy w odpowiedzi na bodziec stresogenny, występują następujące objawy [70]:

- 1) depersonalizacja, polegająca na przewlekłym lub nawracającym wrażeniu bycia obserwatorem samego siebie z zewnątrz;
- 2) derealizacja, polegająca na przewlekłym lub nawracającym poczuciu nierealności otoczenia [70].

Postawienie diagnozy PTSD opiera się na dokładnym wywiadzie. Dodatkowym narzędziem wykorzystywanym w diagnostyce może być Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń, która określa aktualne, subiektywne poczucie dyskomfortu, w związku z zaistniałym zdarzeniem [71].

CZYNNIKI MAJĄCE WPLYW NA ROZWÓJ ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO U ŻOŁNIERZA

Żołnierze, którzy stacjonują w Polsce doświadczają wielu zdarzeń traumatycznych podobnie jak każdy człowiek nienależący do formacji wojskowej. Zróżnicowanie narażenia żołnierzy na czynniki stresogenne zależy od tego czy uczestniczą w misjach wojskowych czy też pracują stacjonarnie w jednostkach. Każda reakcja stresowa przebiega indywidualnie.

Bodźce zewnętrzne dostarczane w trakcie misji mogą powodować objawy występujące nawet po kilku miesiącach po jej ukończeniu [11,72]. Problem PTSD wśród weteranów występuje od 8% do 22% [63]. Z badań wynika, że najczęściej zgłaszanymi traumatycznymi zdarzeniami w trakcie misji są: widok zniszczonych domów lub wiosek, odbieranie nadlatującej artylerii, wroga reakcja cywili, widok rannych kobiet lub dzieci (w tym niemożność niesienia im pomocy), widok zwłok ludzkich (w tym towarzyszy), bycie zaatakowanym, a także bycie świadkiem przemocy wśród lokalnej ludności. [11,72]. Powyższe stresory należą do grupy stresorów emocjonalnych. Wśród stresorów fizycznych występują: skrajne temperatury, brak wody pitnej, niewłaściwa dieta, złe warunki sanitarne, ograniczenie swobody osobistej, nadmierny hałas, niewłaściwa ilość snu, występujące choroby i urazy, nieodpowiednia dieta. Niewłaściwa komunikacja, brak umiejętności potrzebnych na danym stanowisku, poczucie odpowiedzialności za innych i za powierzony sprzęt oraz zły przepływ informacji są przykładami stresorów poznawczych. Do stresorów społecznych należy: brak kontaktu z rodziną, brak wsparcia ze strony społeczeństwa, konflikty międzyludzkie, zmniejszenie prywatności i intymności. Wspomniane czynniki wpływają na tyle negatywnie na organizm, że znaczna część żołnierzy rezygnuje z powrotu do służby po zakończeniu misji. Żołnierze często obwiniają się z powodu wydarzeń, które zaszły podczas misji, co również stale potęguje stres. Z literatury wynika, iż im dłuższa ekspozycja na stres, tym mniejsza zdolność do radzenia sobie z nim. W wyniku długotrwałego doświadczania stresu, może dochodzić do występowania tzw. zmęczenia operacyjnego, które ma działanie destrukcyjne na organizm. Skutkuje załamaniem psychicznym, z towarzyszącym gniewem, drażliwością, lękiem, napięciem, depresją, problemami ze snem i apetytem czy spadkiem koncentracji [73].

LECZENIE ZESPOŁU STRESU POURAZOWEGO

W ramach szkolenia przed wyjazdem na misję wojskową żołnierzy edukuje się w zakresie: definicji i objawów stresu, czynników stresogennych oraz stylów radzenia sobie ze stresem. Zaznacza się destruktywną rolę przetrwałego stresu i omawia zjawisko stresu pola walki oraz PTSD [3].

Żołnierze po zakończonej misji muszą wrócić do poprzedniego życia, pozbawionego ciągłego niepokoju o własne życie, hałasów wydawanych przez broń czy innych skrajnie niebezpiecznych sytuacji [73]. Po powrocie do Polski, żołnierze kierowani są profilaktycznie do psychologa lub do psychiatry [74]. Z przeprowadzonych badań wynika, że co 10 żołnierz deklaruje taką potrzebę. W zależności od okresu występowania objawów PTSD, stosowane jest różnorodne leczenie. Jeżeli dolegliwości trwają krócej niż miesiąc, leczenie stosuje się tylko w przypadku, gdy objawy są bardzo mocno nasilone. W pozostałych przypadkach zalecana jest terapia poznawczo-behawioralna. W przypadku występowania dolegliwości przez okres dłuższy niż trzy miesiące, rekomendowana jest indywidualna psychoterapia zorientowana na traumę [66,73].

Farmakoterapia w PTSD nie jest zalecana przed podjęciem próby zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej. Jeżeli farmakoterapia jest konieczna mimo zastosowania psychoterapii zorientowanej na traumę, rekomendowane są: paroksetyna lub mirtazapina [66].

Leczenie może trwać miesiącami, a nawet latami, co wiąże się z wydłużeniem okresu niedyspozycji danej jednostki do pełnienia swojej funkcji społecznej. Z tego powodu, u osób, które były świadkiem zdarzenia traumatycznego należy rzetelnie oszacować ryzyko wystąpienia PTSD, co stanowi jego profilaktykę [66].

Każdy człowiek jest narażony na stres. Aby go niwelować, wyróżniono style radzenia sobie ze stresem. Pierwszym z nich jest styl oparty na emocjach, drugi – radzenie unikowe, a trzeci – strategia skoncentrowana na problemie. Badania nad skutecznością wspomnianych metod są niejednoznaczne. Zaobserwowano, że styl skoncentrowany na emocjach może być predyktorem wystąpienia objawów PTSD, a strategia unikowa może przeciwdziałać temu zaburzeniu. W innych badaniach, zauważono, że jedynie strategia skoncentrowana na problemie przeciwdziała wystąpieniu zespołu stresu pourazowego. Wśród czynników ochronnych przed wystąpieniem PTSD wytypowano: wysoki poziom optymizmu, oczekiwanie na pozytywny rezultat, poczucie kontroli sytuacji oraz poczucie skuteczności [67].

CEL PRACY

Praca żołnierza z uwagi na jej specyficzny charakter wymaga odporności psychicznej, wysokiej sprawności fizycznej oraz zdyscyplinowania. Dodatkowym źródłem zarobków może być uczestnictwo w misjach wojskowych. Udział w tym przedsięwzięciu wiąże się z ekspozycją na czynniki traumatogenne, które mogą skutkować powstaniem zespołem stresu pourazowego lub innych schorzeń natury psychicznej, w tym depresji. Otaczający konflikt może wpływać na zmianę światopoglądu, w tym – zwiększać natężenie agresji. Z uwagi na specyfikę pracy żołnierzy istotne jest dalsze badanie wpływu misji wojskowych na różne aspekty życia. Być może, dalsze prace badawcze ukazałyby niedoskonałości systemu rekrutacji lub szkolenia przygotowawczego, których zmiana zmniejszyłaby ryzyko powstania chorób m.in. natury psychicznej. Jest to istotne z uwagi, iż uczestnicy operacji wojskowych sami zauważają zmianę swojego zachowania oraz zaznaczają potrzebę kontaktu z psychologiem, czy psychiatrą po powrocie z misji wojskowej [5,6,7,9].

Celem pracy była:

- ocena wpływu misji wojskowych na jakość życia, nasilenie stopnia agresji i rozwój zespołu stresu pourazowego.
- ocena, czy ilość misji wojskowych i czas od powrotu z ostatniej misji wojskowej mają wpływ na natężenie stopnia agresji i jakość życia;
- oszacowanie, czy ilość misji wojskowych, ich łączna długość i czas od powrotu z ostatniej misji wojskowej mają wpływ na rozwój stresu pourazowego;
- sprawdzenie, czy wiek ma wpływ na kondycję psychiczną żołnierzy (jakość życia, natężenie stopnia agresji i rozwój stresu pourazowego) z uwzględnieniem uczestnictwa w misjach wojskowych.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone w populacji 205 żołnierzy, będących członkami Stowarzyszenia Rannych i Poszkodowanych w Misjach Poza Granicami Kraju oraz Związku Żołnierzy Wojska Polskiego, w terminie od 1.01.2021r. do 1.03.2021r. po uzyskaniu Zgody Komisji Bioetycznej UMB Nr APK.002.279.2020.

W badanej populacji respondentów podzielono na dwie grupy. Do pierwszej grupy tzw. badawczej należeli uczestnicy misji wojskowych. Liczyła ona 98 osób = 47,8% (93 mężczyzn i 5 kobiet). W skład drugiej grupy tzw. kontrolnej weszli pozostali żołnierze - 107 osób = 52,2% (84 mężczyzn i 23 kobiety). Respondenci z grupy badawczej byli w wieku od 29 do 67 lat i mieli średnio $44,5 \pm 9,8$ lat. W grupie kontrolnej, czyli żołnierzy, którzy nie uczestniczyli w misjach wojskowych, respondenci byli w wieku od 26 do 72 lat i mieli średnio $37,0 \pm 9,2$ lat. W grupie badanej długość czynnej służby wojskowej wynosiła od 6 do 35 lat, a średnio $19,7 \pm 7$ lat. Natomiast, w kontrolnej długość czynnej służby wojskowej wynosiła od 3 do 36 lat, a średnio $14,1 \pm 8,6$ lat.

Z uwagi na trwającą pandemię Covid-19, kwestionariusz ankiety został przesłany respondentom za pomocą formularzy Google. Ankietowani uzyskali informację, iż w każdej chwili mogą zrezygnować z wypełniania ankiety bez podania przyczyny, ankieta ma charakter anonimowy, a wypełnienie jej jest dobrowolne.

Narzędziami badawczymi były kwestionariusze: Agresji Bussa i Perry'ego (BPQA), Jakości Życia WHOQOL-Bref, oraz Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń (IES-R). W ankiecie zamieszczono również 11 pytań autorskich.

Pierwsza część (pytania 1-7) dotyczy aspektów socjodemograficznych, m.in. płeć, wiek, stan cywilny itp. Część druga (pytania 1-82) od której zaczęto ponownie numerację, dotyczy jakości życia, stopnia nasilenia agresji, informacji o odbytych misjach wojskowych, a także objawów mogących wskazywać zespół stresu pourazowego.

Kwestionariusz Agresji Bussa i Perry'ego w wersji Amity (BPQA) (pytania 1-29), w tłumaczeniu B.Mroziak stanowi narzędzie do pomiaru agresji. Kwestionariusz zawiera 29 pytań, a odpowiedzi zawarte są w pięciopunktowej skali Likerta (gdzie: 1 – zupełnie do mnie nie pasuje, 2 – trochę do mnie nie pasuje, 3 – trudno powiedzieć, 4 – trochę do mnie pasuje, 5 – całkowicie do mnie pasuje). Pytania sformułowane są w sposób umożliwiający uzyskanie wyników z podziałem na cztery czynniki: agresję fizyczną (9 pytań), agresję słowną (5 pytań), gniew (7 pytań) i wrogość (8 pytań).

Za pomocą tego kwestionariusza dokonuje się pomiaru agresji w następujących obszarach:

- **agresja fizyczna** (zakres wyników 9-45 pkt);
- **agresja słowna** (5-25 pkt);
- **gniew** (7-35 pkt);
- **wrogość** (8-40 pkt).

Z uwagi na różny zakres punktowy nie można bezpośrednio porównywać poziomów agresji w różnych obszarach. Wyznacza się także miarę sumaryczną poziomu agresji, która mieści się w przedziale 29-145 pkt. Wyniki uzyskiwane w poszczególnych wymiarach narzędzia są sumą odpowiednich rang. Im wyższy rezultat, tym większe nasilenie danej formy agresji.

Kwestionariusz WHOQOL-Bref, (pytania 30-55), w polskiej wersji opracowany przez L.Wołowicką i K.Jaracz jest skróconą wersją ankiety oceniającej jakość życia. Kwestionariusz zawiera 26 pytań. Odpowiedzi zawarte są w pięciopunktowej skali Likerta, których forma różni się w zależności od pytania. Stwierdzenia ocenione na 1 oznaczają najmniejsze utożsamienie się z danym stwierdzeniem, najgorszą ocenę danego zjawiska lub najmniejsze zadowolenie (np. wcale, bardzo zły, bardzo niezadowolony/a). Ocena danego sformułowania na 3 jest wyrazem neutralności w stosunku do niego. Stwierdzenia ocenione na 5 oznaczają największe utożsamienie się z danym stwierdzeniem, najlepszą ocenę danego zjawiska lub największe zadowolenie (np. w pełni/w bardzo dużym stopniu, bardzo dobry, bardzo zadowolony/a). Uzyskany wynik pozwala ocenić ogólną jakość życia oraz z podziałem na poszczególne dziedziny: somatyczną (7 pytań), psychologiczną (6), socjalną (3) i środowiskową (8). Każda z tych miar jest poddana normalizacji, dzięki czemu może przyjmować wartości z zakresu 0-100 pkt, co znacząco ułatwia ich interpretację i wzajemne porównania. Wyższe wartości oznaczają lepszą jakość życia – najlepszy wynik to 100 pkt, a najgorszy – 0 pkt.

Pytania od 56 do 59 są pytaniami autorskimi odnoszącymi się do misji wojskowych (uczestnictwo, ilość, czas trwania, czas powrotu z ostatniej misji).

Kolejnym narzędziem jest Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń (IES-R) w adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik (pytania 60-82), która ma na celu ocenę wystąpienia objawów Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD). Kwestionariusz ten zawiera 22 twierdzenia, a odpowiedzi uwzględnione są w pięciopunktowej skali Likerta (gdzie: 0 – wcale nie, 1 – w małym stopniu, 2 – umiarkowanie, 3 – w dużym stopniu, 4 – zdecydowanie tak). Skala uwzględnia 3 wymiary stresu pourazowego: intruzję, pobudzenie i unikanie. Dokonuje się

również dychotomicznej kategoryzacji miar liczbowych PTSD, wyróżniając osoby o zawyżonym poziomie zaburzeń psychicznej, przy czym jako poziom graniczny przyjmuje się 1,5 pkt.

Wyniki zostały opracowane w programie Excel 2019 oraz STATISTICA. W części opisowej dokonano charakterystyki badanej zbiorowości w postaci tabel zawierających rozkład procentowy wybranych cech lub wartości wybranych statystyk opisowych dla cech liczbowych.

Weryfikacja części hipotez badawczych wymagała analizy zależności pomiędzy różnymi cechami, przy czym dobór metody statystycznej zależał od charakteru porównywanych cech:

1. W przypadku, gdy obie cechy miały charakter nominalny (tekstowy) analiza polegała na zestawieniu procentowego rozkładu wariantów jednej cechy w porównywanych grupach i ocenie istotności różnic pomiędzy nimi za pomocą **testu niezależności chi-kwadrat**. Taką analizę zastosowano na przykład do oceny częstości występowania zaburzeń traumatycznych względem uczestnictwa w misjach wojskowych. Test niezależności chi-kwadrat jest najpopularniejszym testem statystycznym służącym do badania zależności między dwiema cechami zmierzonymi na skali nominalnej. W teście tym stawiana jest hipoteza zerowa, że wystąpienie wariantu jednej cechy nie zależy od wariantu przyjmowanego dla drugiej cechy (cechy są niezależne). W hipotezie alternatywnej zakładane jest, iż cechy są ze sobą powiązane. Niskie wartości prawdopodobieństwa testowego p pozwalają hipotezę zerową odrzucić i wnioskować o istnieniu zależności w całej populacji pomiędzy dwiema rozważanymi cechami.
2. Badanie związku pomiędzy cechą nominalną (np. uczestnictwo w misji), a cechą liczbową (miary jakości życia czy agresji) polegało na zestawieniu wartości statystyk opisowych cechy liczbowej w porównywanych grupach. Oceny istotności różnic pomiędzy porównywanymi grupami w rozkładzie cechy liczbowej dokonywano za pomocą:
 - dla dwóch grup – **testu Manna-Whitneya**, który jest nieparametryczną alternatywą testu t dla prób niezależnych i służy oceny różnic w rozkładzie cechy liczbowej w dwóch populacjach. W przeciwieństwie do testu t test Manna-Whitneya nie wymaga spełnienia założeń: o normalności rozkładu w każdej grupie jak również o tzw. jednorodności wariancji. A założenia te dla danych medycznych najczęściej spełnione nie są. Co więcej, test Manna-Whitneya może być też wyliczany jako tzw. test dokładny, czyli pozwala na rzetelne porównanie danych nawet z bardzo małych próbek. Moc omawianego

testu jest zbliżona do mocy testu t , co przy mniejszej liczbie założeń, czyni go atrakcyjną alternatywą testu t . Wynikiem testu jest prawdopodobieństwo testowe p , którego niskie wartości pozwalają uznać za istotną statystycznie różnicę pomiędzy poziomem cechy liczbowej w dwóch porównywanych grupach.

- dla trzech lub więcej grup – **testu Kruskala-Wallisa**, który służy do porównywania rozkładu cechy liczbowej (lub zmierzonej przynajmniej na skali porządkowej) w kilku grupach. Jest to tak zwany test nieparametryczny, nie wymaga więc spełnienia restrykcyjnych założeń, które występują w parametrycznych testach analizy wariancji. Niskie wartości prawdopodobieństwa testowego p pozwalają stwierdzić, iż czynnik grupujący różnicuje przeciętny poziom rozważanej cechy liczbowej.

3. Analiza zależności pomiędzy dwiema cechami liczbowymi (porządkowymi) polegała na wyznaczeniu wartości **współczynnika korelacji rang Spearmana (R)** i wykonaniu testu istotności statystycznej badanej zależności. Tę analizę stosowano na przykład do badania zależności pomiędzy czasem przebywania na misji czy czasem od powrotu a miarami jakości życia i depresji. Współczynnik korelacji rang Spearmana służy do badania zależności pomiędzy dwiema cechami liczbowymi i jest wskaźnikiem przyjmującym wartości z przedziału -1 do 1 . Jest odporny na występowanie obserwacji odstających i „wykrywa” zależności mające charakter monotoniczny (nie tylko liniowy jak klasyczny współczynnik korelacji liniowej). O sile korelacji świadczy wartość bezwzględna współczynnika, a znak o jego kierunku. Przykładowo, współczynniki korelacji $0,9$ czy $-0,9$ świadczą o tej samej (bardzo wysokiej sile korelacji), choć wnioski wyciągane na ich podstawie będą przeciwstawne – w pierwszym przypadku wraz ze wzrostem wartości jednej cechy wartości drugiej też rosną, a w drugim przypadku spadają. W niektórych źródłach przyjmuje się następującą skalę przymiotnikową, dotyczącą siły korelacji:

$|R| < 0,3$ – brak korelacji;

$0,3 \leq |R| < 0,5$ – słaba korelacja;

$0,5 \leq |R| < 0,7$ – przeciętna korelacja;

$0,7 \leq |R| < 0,9$ – silna korelacja;

$0,9 \leq |R| \leq 1$ – bardzo silna korelacja.

Wyniki zostały uzupełnione rezultatami testu istotności współczynnika korelacji (p), które pozwalały ocenić, czy znaleziona w próbie zależność jest odbiciem ogólniejszej relacji panującej w całej populacji, czy tylko kwestią przypadku. Bardzo dużym ułatwieniem interpretacji wyników wszystkich testów statystycznych jest fakt, że ich rezultatem jest zawsze tzw. prawdopodobieństwo testowe (p), którego niskie wartości świadczą o istotności statystycznej rozważanej zależności. Przyjmuje się przy tym następujące, powszechnie uznawane reguły:

- gdy $p \geq 0,05$ mówimy o braku podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, co oznacza, że testowana różnica, zależność, efekt nie jest znamieny statystycznie;
- gdy $p < 0,05$ mówimy o statystycznie istotnej zależności (oznaczamy ten fakt za pomocą *);
- $p < 0,01$ to wysoce istotna zależność (**);
- $p < 0,001$ to bardzo wysoko istotna statystycznie zależność (***).

CHARAKTERYSTYKA BADANEJ ZBIOROWOŚCI

Badania zostały przeprowadzone w populacji 205 żołnierzy, będących członkami Stowarzyszenia Rannych i Poszkodowanych w Misjach Poza Granicami Kraju oraz Związku Żołnierzy Wojska Polskiego.

Analiza podstawowych danych dotyczących misji wojskowych

W tej części dokonano charakterystyki badanej zbiorowości. Jako, że nie jest to grupa jednorodna, analizy dokonano z uwzględnieniem podziału na żołnierzy, którzy brali udział w misjach i tych, którzy w misjach nie uczestniczyli. Prezentowanie rozkładu analizowanych cech dla całej zbiorowości nie ma sensu, ponieważ struktura badanej grupy celowo była dobierana tak, by mniej więcej połowa ankietowanych uczestniczyła w misjach (można ich określić jako grupę badaną), a połowa nie miała takich doświadczeń (grupa kontrolna).

W badanej grupie udział żołnierzy, którzy uczestniczyli i nie uczestniczyli w misjach jest podobny, ale wynika to z celowego doboru odpowiedniej próby – nie oznacza to, że aż połowa polskich żołnierzy bierze w trakcie swojej służby udział w misjach zagranicznych (Tabela 1.).

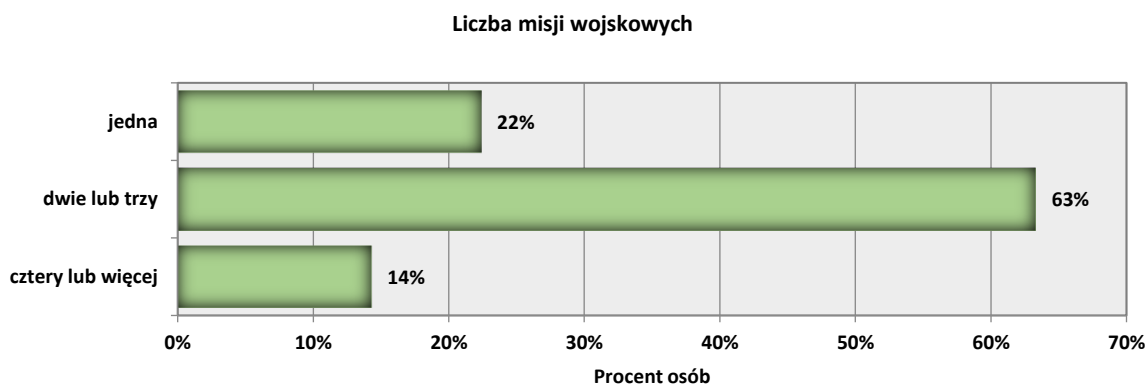
Tabela 1. Udział respondentów w misjach wojskowych

Udział w misji wojskowej	Liczność	Procent
tak	98	47,8%
nie	107	52,2%

Wśród żołnierzy biorących udział w misjach przeważają osoby, które wzięły w nich udział najczęściej dwa lub trzy razy (Tabela 2., Rycina 1.).

Tabela 2. Ilość misji wojskowych, w których respondenci z grupy badawczej brali udział

Liczba misji wojskowych	Liczność	Procent
jedna	22	22,4%
dwie lub trzy	62	63,3%
cztery lub więcej	14	14,3%

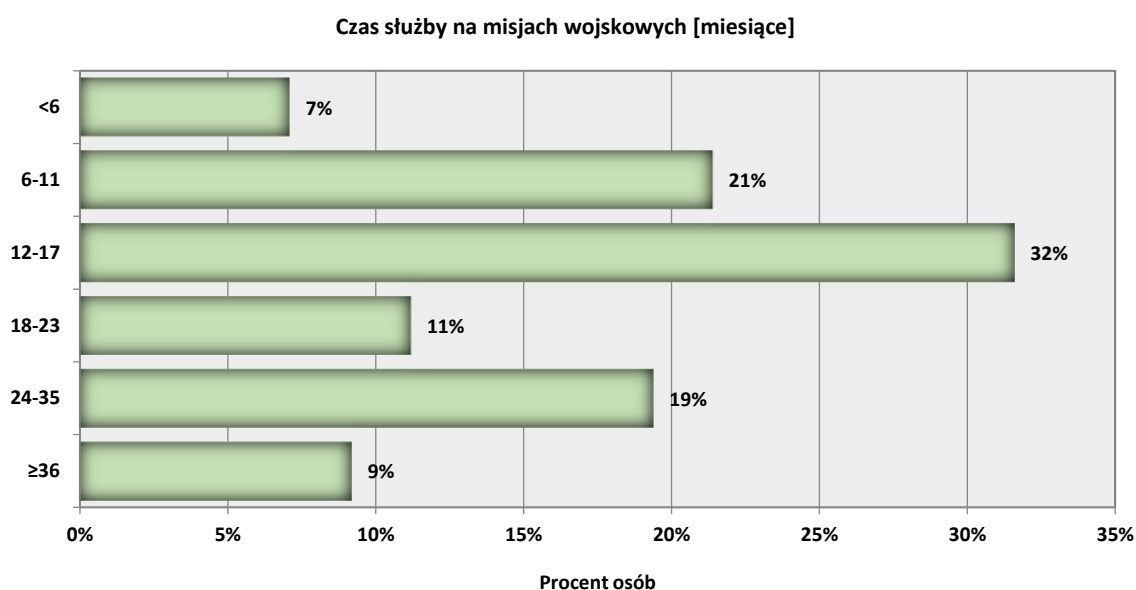


Rycina 1. Ilość misji wojskowych, w których respondenci z grupy badawczej brali udział

Czas pobytu na misji został scharakteryzowany za pomocą statystyk opisowych – jak widać, średni czas pobytu wynosi około półtora roku. W co drugim przypadku pobyt na misjach przekraczał 14 miesięcy, a w co czwartym - 24 miesiące (Tabela 3., Rycina 2.).

Tabela 3. Czas służby na misjach wojskowych

Czas służby na misjach wojskowych [miesiące]						
$\bar{x}$	Me	s	C ₂₅	C ₇₅	min	max
17,3	14	10,6	9	24	1	47

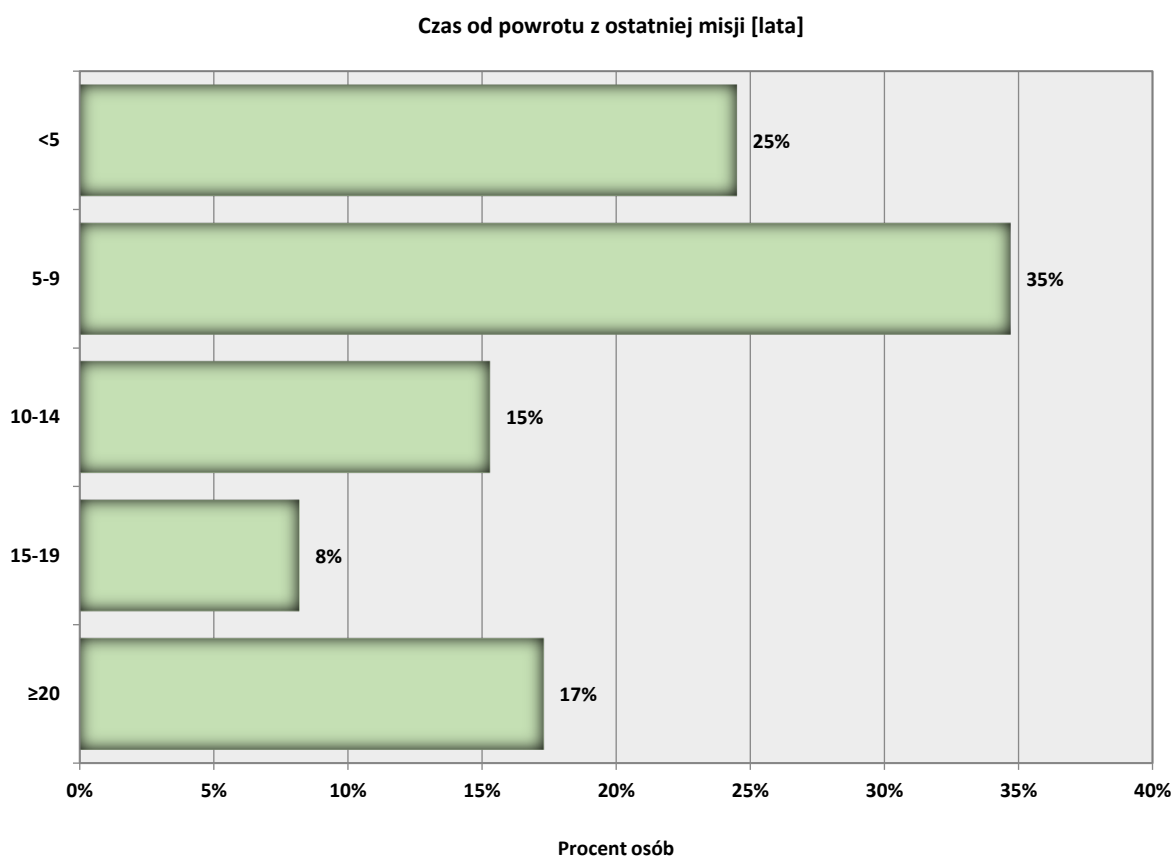


Rycina 2. Czas służby na misjach wojskowych

Czas jaki upłynął od powrotu z ostatniej misji jest w badanej grupie bardzo zróżnicowany i waha się od 0 do 25 lat. Średnio jest to ok. 10 lat, a w co czwartym przypadku ostatni pobyt na misji miał miejsce co najmniej 15 lat temu (Tabela 4., Rycina 3.).

Tabela 4. Czas od powrotu z ostatniej misji wojskowej

Czas od powrotu z ostatniej misji [lata]						
$\bar{x}$	Me	s	C ₂₅	C ₇₅	min	max
9,7	8	7,3	5	15	0	25



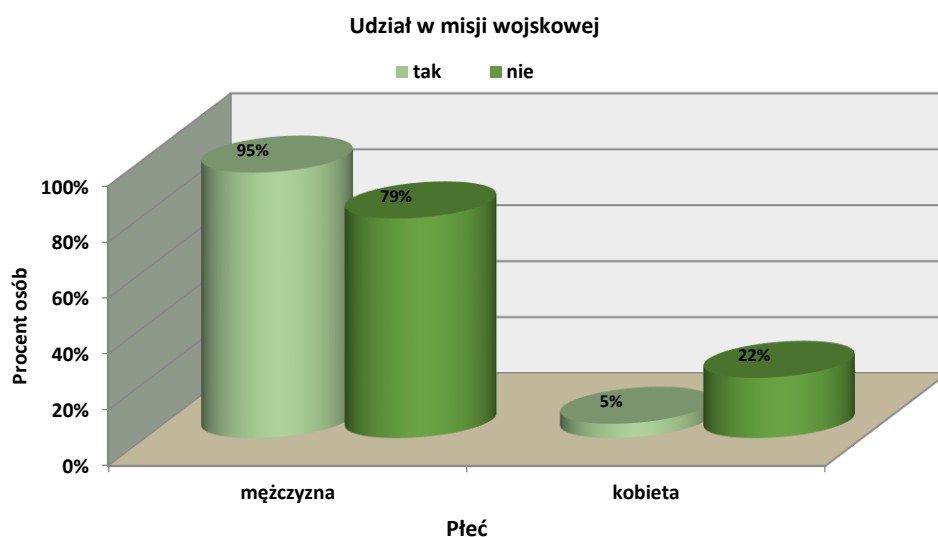
Rycina 3. Czas od powrotu z ostatniej misji wojskowej

UDZIAŁ W MISJACH ZAGRANICZNYCH, A PROFIL DEMOGRAFICZNY I SPOŁECZNY ŻOŁNIERZY

Wśród respondentów biorących udział w misjach wojskowych przeważają mężczyźni (95%), zaś w grupie kontrolnej jest ponad 20% kobiet (Tabela 5., Rycina 4.). Oczywiście nie jest to główny cel badania, ale różnica w strukturze płci jest istotna statystycznie, co mogłoby sugerować większe zainteresowanie albo większą łatwość w wyjeździe na misje żołnierzy płci męskiej.

Tabela 5. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem płci badanych

Płeć	Udział w misji wojskowej ($p = 0,0006^{***}$)		Razem
	tak	nie	
mężczyzna	93 (94,9%)	84 (78,5%)	177
kobieta	5 (5,1%)	23 (21,5%)	28
RAZEM	98	107	205



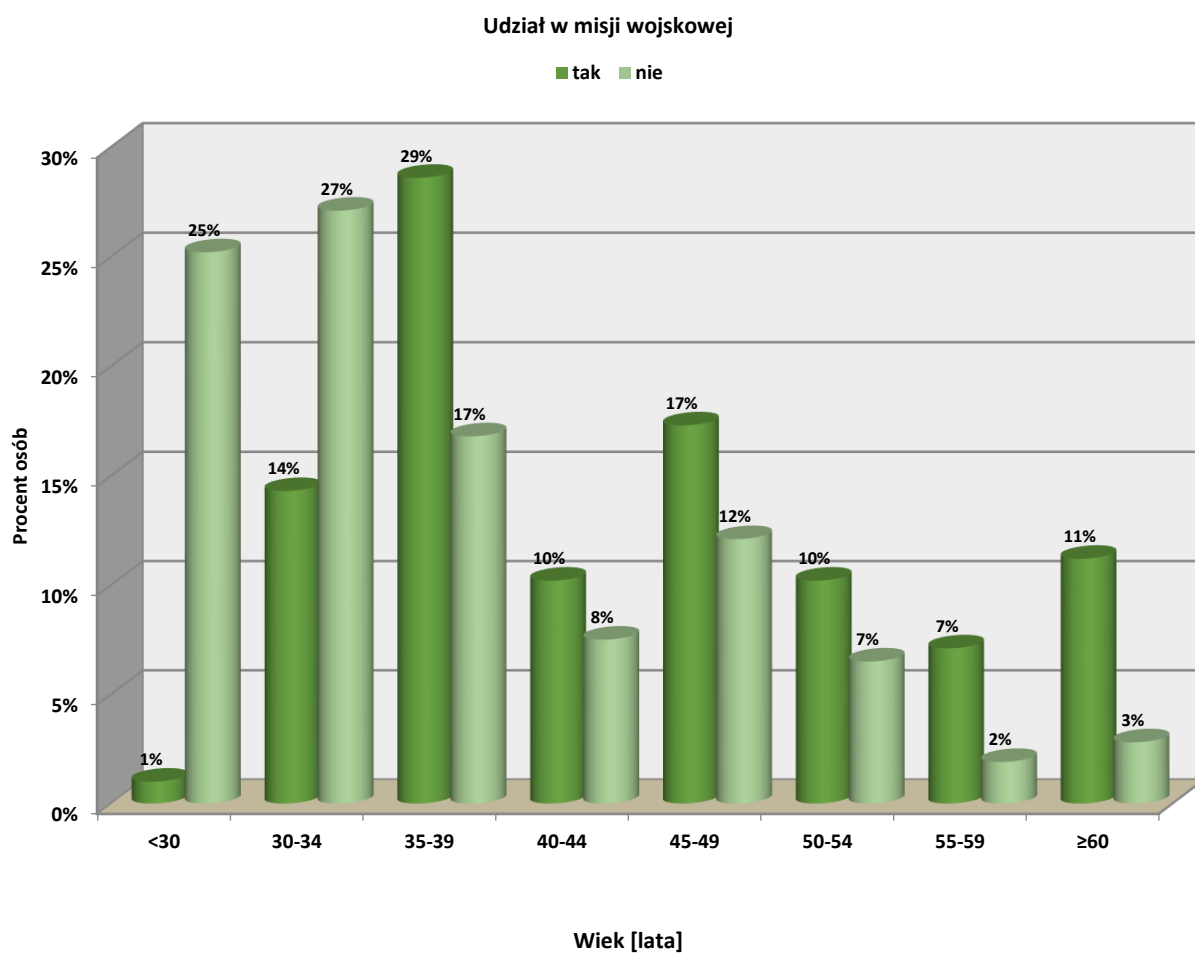
Rycina 4. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem płci badanych

Średnia wieku żołnierzy biorących udział w misjach wojskowych to 44 lata. Dla ankietowanych żołnierzy, którzy w misjach nie brali udziału wskaźnik ten jest niższy i wyniósł 37 lat (Tabela 6., Rycina 5.). Różnica ta jest istotna statystycznie, ale jest ona dość

oczywista – wynika zapewne z faktu, iż udział w misji wojskowej wymaga pewnego doświadczenia w karierze żołnierza.

Tabela 6. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem wieku badanych

Udział w misji wojskowej	Wiek [lata] ($p = 0,0000^{***}$)						
	$\bar{x}$	Me	s	C ₂₅	C ₇₅	min	max
tak	44,5	44	9,8	37	50	29	67
nie	37,0	34	9,2	29	44	26	72

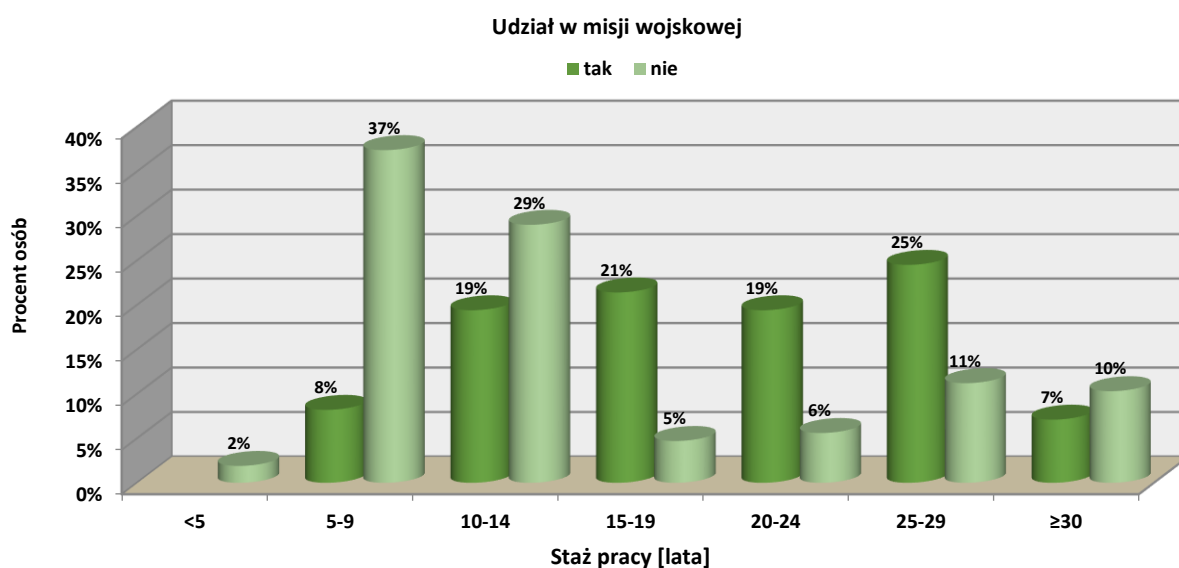


Rycina 5. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem wieku badanych

Staż pracy (czynna służba wojskowa) żołnierzy biorących udział w misjach jest dłuższy niż żołnierzy, którzy udziału w nich nie brali – średnio, o niemal 6 lat (Tabela 7, Rycina 6.).

Tabela 7. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem długości czynnej służby wojskowej badanych

Udział w misji wojskowej	Staż pracy [lata] ($p = 0,0000***$)						
	$\bar{x}$	Me	s	C ₂₅	C ₇₅	min	max
tak	19,7	20	7,0	14	25	6	35
nie	14,1	11	8,6	7	20	3	36



Rycina 6. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem długości czynnej służby wojskowej badanych

Rozkład procentowy respondentów z grupy badawczej i kontrolnej pod względem miejsca zamieszkania był praktycznie jednakowy (Tabela 8.). Nie ma podstaw by twierdzić, że przykładowo: żołnierze pochodzący ze środowiska miejskiego bardziej dążą do udziału w misjach zagranicznych niż żołnierze mieszkający na wsi.

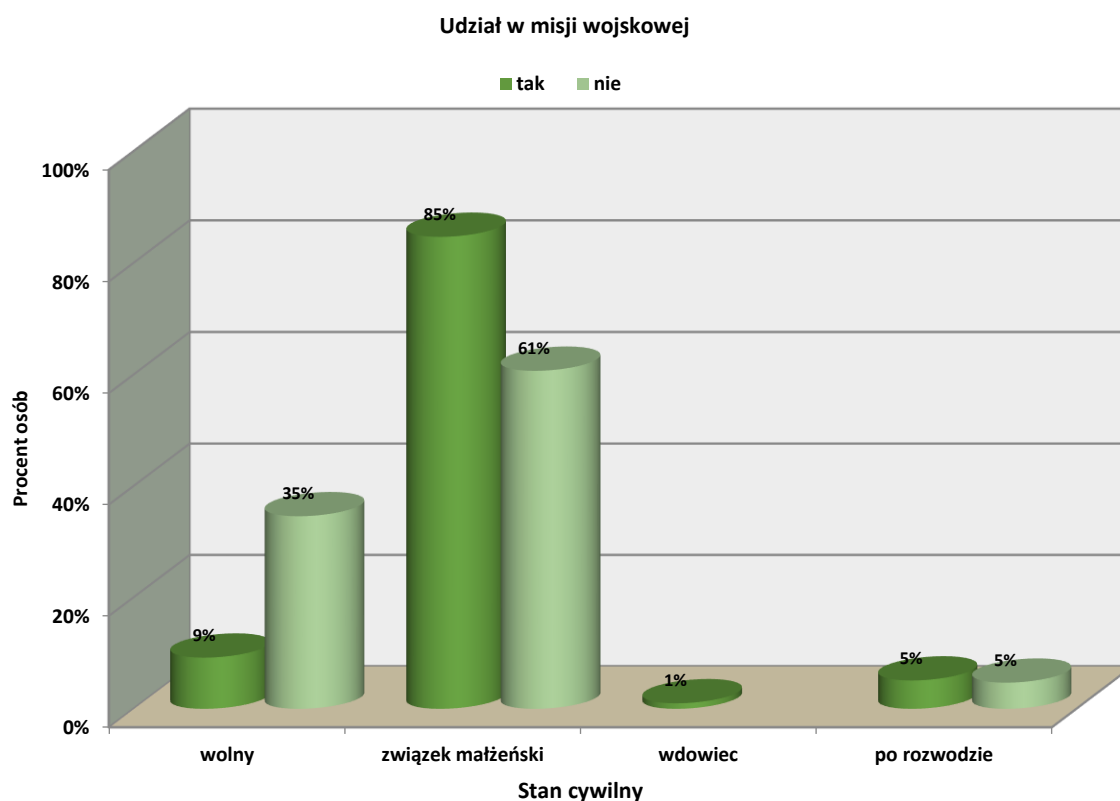
Tabela 8. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania badanych

Miejsce zamieszkania	Udział w misji wojskowej ($p = 0,7879$)		Razem
	tak	nie	
wieś	22 (22,4%)	25 (23,4%)	47
miasto do 50 tys. mieszkańców	27 (27,6%)	28 (26,2%)	55
miasto do 100 tys. mieszkańców	10 (10,2%)	17 (15,9%)	27
miasto do 250 tys. mieszkańców	8 (8,2%)	7 (6,5%)	15
miasto powyżej 250 tys. mieszkańców	31 (31,6%)	30 (28,0%)	61
RAZEM	98	107	205

Wśród respondentów biorących udział w misjach wojskowych jest wyższy odsetek osób zamężnych/żonatych (Tabela 9., Rycina 7.). Aż co trzeci żołnierz z grupy badawczej jest osobą stanu wolnego. To zestawienie może budzić pewne zaskoczenie, jednak różnica jest bardzo wyraźna. Oznacza to, że posiadanie rodziny nie jest przeciwwskazaniem, do udziału w misjach zagranicznych, co więcej, ta zależność występuje dosyć często.

Tabela 9. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem stanu cywilnego badanych

Stan cywilny	Udział w misji wojskowej ($p = 0,0002^{***}$)		Razem
	tak	nie	
wolny	9 (9,2%)	37 (34,6%)	46
związek małżeński	83 (84,7%)	65 (60,7%)	148
wdowiec	1 (1,0%)	0 (0,0%)	1
po rozwodzie	5 (5,1%)	5 (4,7%)	10
RAZEM	98	107	205



Rycina 7. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem stanu cywilnego badanych

Wśród żołnierzy z obu grup dominują osoby z wykształceniem wyższym oraz średnim (Tabela 10.). Wykształcenie nie jest więc czynnikiem wpływającym na udział w misjach zagranicznych.

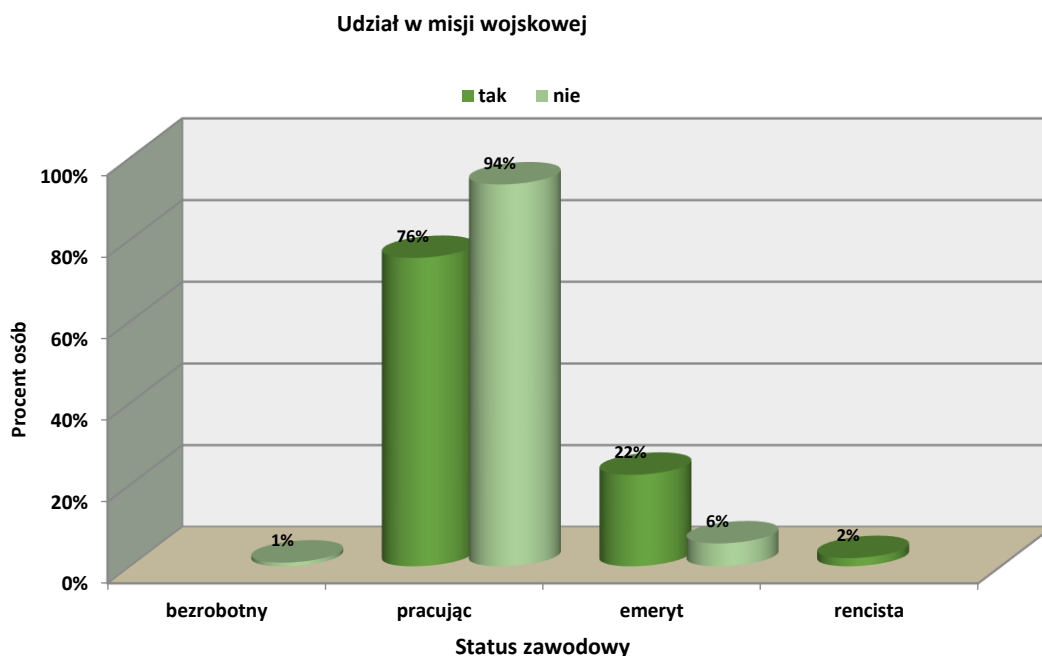
Tabela 10. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem wykształcenia badanych

Wykształcenie	Udział w misji wojskowej ($p = 0,6541$)		Razem
	tak	nie	
zawodowe zasadnicze	2 (2,0%)	1 (0,9%)	3
średnie	46 (46,9%)	46 (43,0%)	92
wyższe	50 (51,0%)	60 (56,1%)	110
RAZEM	98	107	205

Żołnierze, którzy nie brali udziału w misjach wojskowych częściej są nadal czynni zawodowo w porównaniu z respondentami, którzy brali w nich udział. Wśród grupy badawczej co piąty respondent jest już na emeryturze (Tabela 11., Rycina 8.). Różnica ta może wynikać zarówno z faktu, iż osoby będące na misjach szybciej przechodzą w stan spoczynku.

Tabela 11. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem statusu zawodowego badanych

Status zawodowy	Udział w misji wojskowej ($p = 0,0013^{**}$)		Razem
	tak	nie	
bezrobotny	0 (0,0%)	1 (0,9%)	1
pracujący	74 (75,5%)	100 (93,5%)	174
emeryt	22 (22,4%)	6 (5,6%)	28
rencista	2 (2,0%)	0 (0,0%)	2
RAZEM	98	107	205



Rycina 8. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem statusu zawodowego badanych

OCENA POZIOMU AGRESJI (BPAQ)

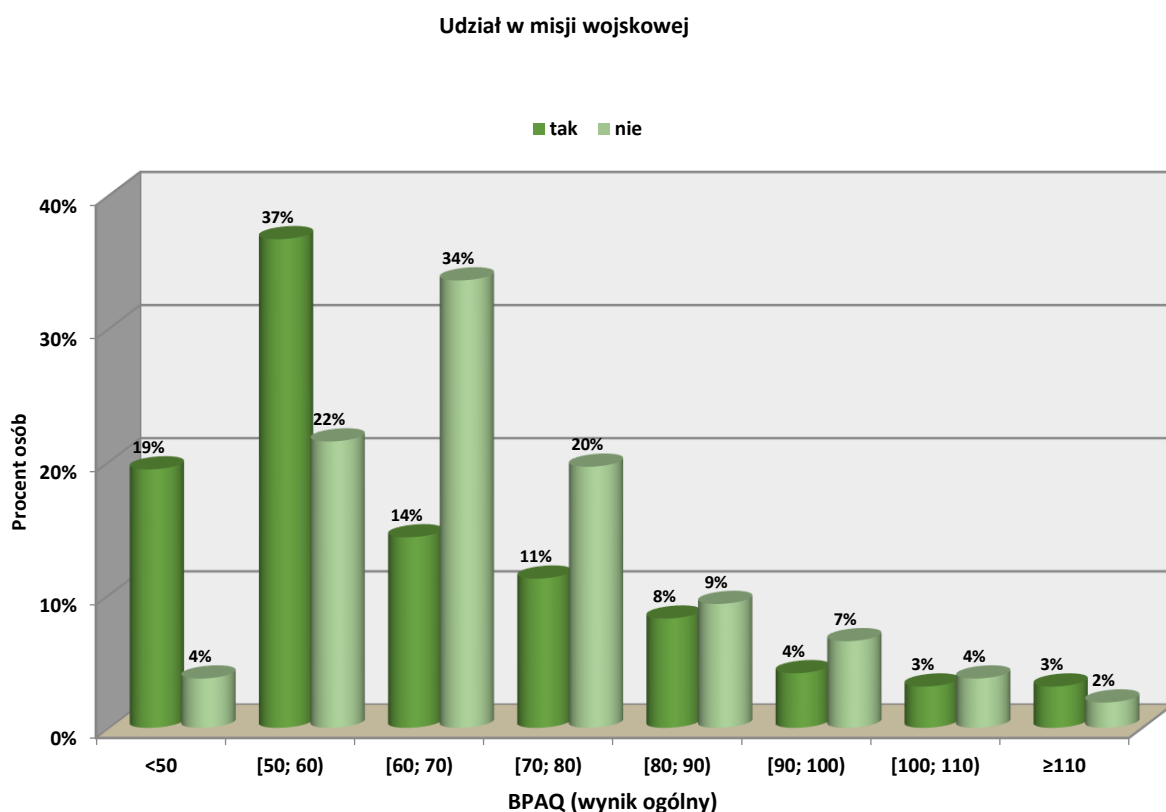
Za pomocą kwestionariusza BPAQ zbadano poziom agresji wśród ankietowanych żołnierzy. Z badań wynika, iż wyższy poziom agresji fizycznej występuje wśród żołnierzy nie biorących udziału w misjach wojskowych. Również w takich aspektach jak: gniew, wrogość oraz poziom ogólnej agresji, wyniki były wyższe dla grupy nieuczestniczącej w misjach. We wszystkich tych przypadkach zależności były statystycznie istotne (Tabela 12.). Wyniki mogą świadczyć o pozytywnym wpływie udziału w misjach wojskowych na postrzeganie codziennych problemów przez żołnierzy.

Tabela 12. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem poszczególnych typów agresji wśród badanych

Poziom agresji (BPAQ)	Udział w misji wojskowej										<i>p</i>
	tak (<i>N</i> = 98)					nie (<i>N</i> = 107)					
	$\bar{x}$	Me	s	min	max	$\bar{x}$	Me	s	min	max	
Agresja fizyczna	18,3	17	6,0	10	42	20,3	19	5,8	9	38	0,0059**
Agresja słowna	13,7	14	3,5	7	25	14,2	14	3,3	8	23	0,5483
Gniew	14,0	14	5,9	7	33	15,5	14	5,2	7	33	0,0203*
Wrogość	17,5	16	6,7	8	40	20,3	19	5,7	10	36	0,0002***
Wynik ogólny	63,4	58	19,1	36	140	70,3	68	15,3	42	115	0,0004***

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna-Whitneya

Rozkład wyników ogólnego poziomu agresji w obu porównywanych grupach przedstawiono za pomocą wykresu, wykorzystując podział wyników na przedziały o rozpiętości 10 pkt. Na wykresie wyraźnie widać różnice pomiędzy grupami – wśród żołnierzy mających za sobą udział w misji dominują wyniki z przedziału 50-59 pkt, zaś w pozostałej grupie 60-69 pkt (Rycina 9.).



Rycina 9. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem ogólnego poziomu agresji wśród badanych

JAKOŚĆ ŻYCIA (WHOQOL-BREF)

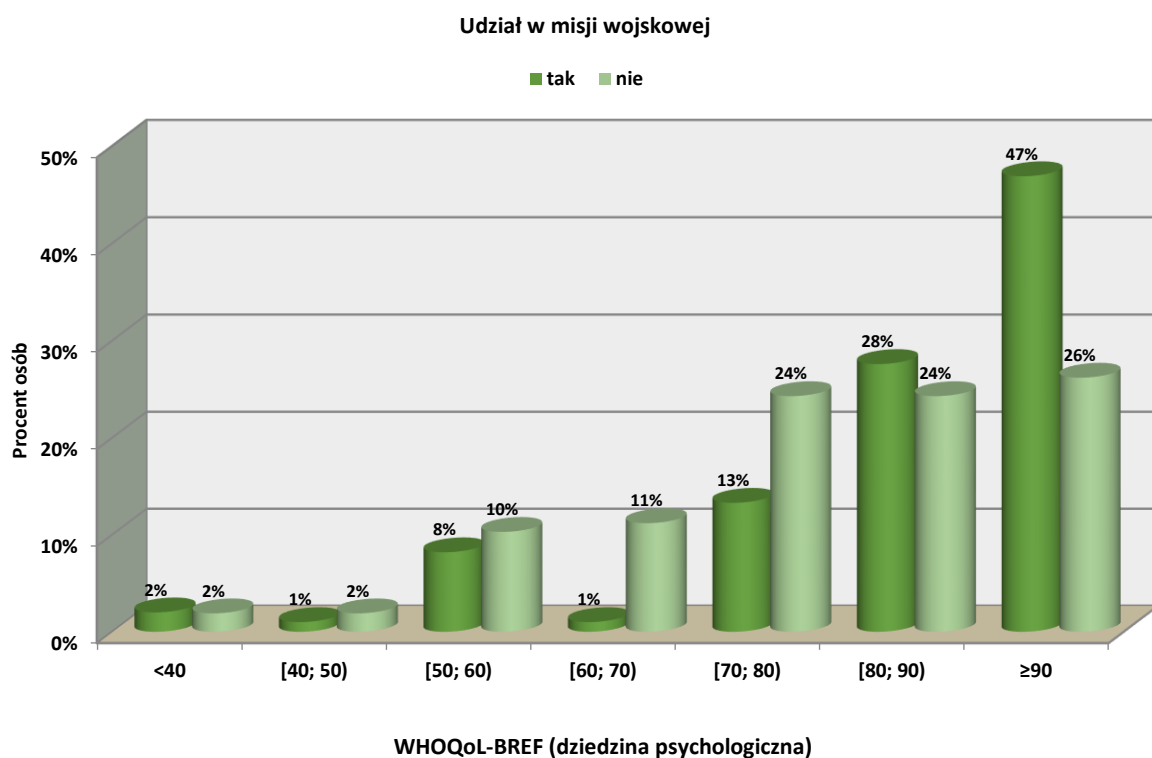
Respondenci z grupy uczestniczącej w misjach wojskowych (badawczej) wyżej oceniali swoją jakość życia w dziedzinie psychologicznej oraz środowiskowej. W dziedzinach somatycznej oraz socjalnej nie zaobserwowano statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupami (Tabela 13.).

Tabela 13. Udział w misjach wojskowych badanych z uwzględnieniem poszczególnych dziedzin jakości życia

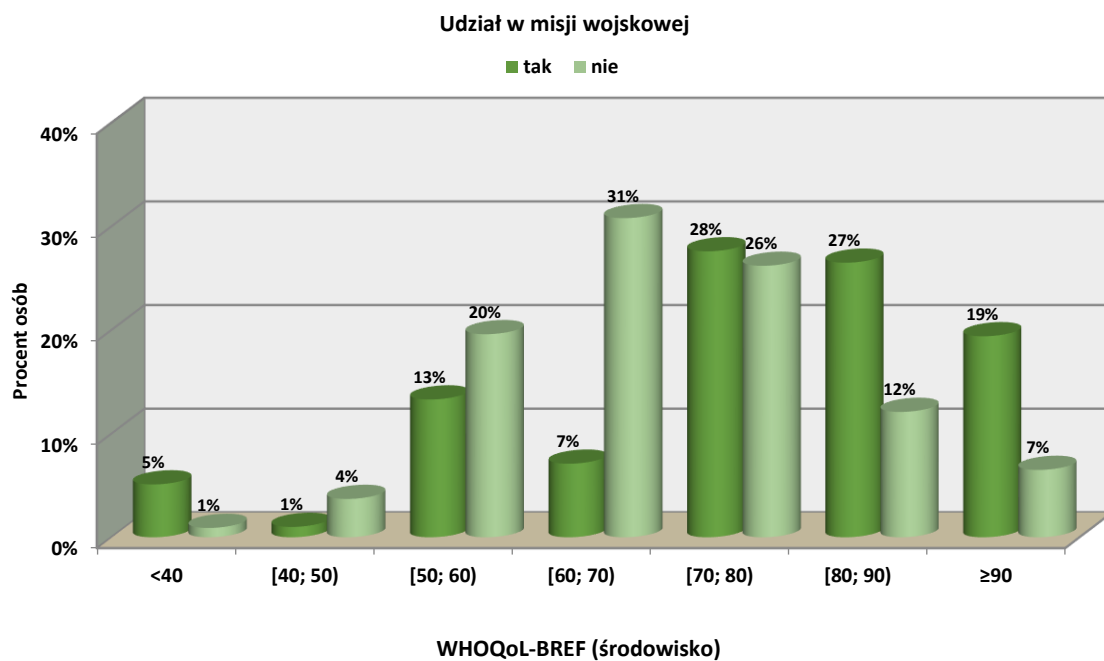
Jakość życia (WHOQoL- BREF)	Udział w misji wojskowej										<i>p</i>
	tak (<i>N</i> = 98)					nie (<i>N</i> = 107)					
	$\bar{x}$	Me	s	min	max	$\bar{x}$	Me	s	min	max	
Dziedzina somatyczna	77,3	82,1	18,0	25,0	100,0	77,9	78,6	15,0	35,7	100,0	0,6476
Dziedzina psychologiczna	84,9	87,5	15,7	33,3	100,0	79,1	83,3	15,9	33,3	100,0	0,0014**
Dziedzina socjalna	78,8	83,3	20,4	25,0	100,0	77,8	75,0	19,8	8,3	100,0	0,5444
Środowisko	75,2	75,0	16,5	28,1	100,0	69,2	68,8	13,4	37,5	100,0	0,0003***

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna-Whitneya

Wyniki dla dziedzin, w których wystąpiła znamienne statystycznie różnica pomiędzy porównywanymi grupami przedstawiono także w postaci graficznej (Rycina 10, 11).



Rycina 10. Udział w misjach wojskowych badanych z uwzględnieniem dziedziny psychologicznej jakości życia



Rycina 11. Udział w misjach wojskowych badanych z uwzględnieniem środowiska w aspekcie jakości życia

ZESPÓŁ STRESU POURAZOWEGO/PTSD (IES-R)

Z badań wynika, że wyższy poziom zarówno intruzji jak i ogólnie stresu pourazowego odczuwają żołnierze nie uczestniczący w misjach wojskowych (Tabela 14.). Być może jest to związane z większą odpornością na stres żołnierzy, którzy wyrazili chęć i zostali wybrani do wzięcia udziału w misjach wojskowych. Wniosek ten jest zgodny z poprzednimi analizami, według których żołnierze uczestniczący w misjach mają niższy poziom agresji, a wyższą jakość życia.

Tabela 14. Udział w misjach wojskowych z uwzględnieniem poszczególnych składowych stresu pourazowego wśród badanych

Miary zaburzeń po stresie pourazowym (PTSD)	Udział w misji wojskowej										<i>p</i>
	tak (<i>N</i> = 73)					nie (<i>N</i> = 62)					
	$\bar{x}$	Me	s	min	max	$\bar{x}$	Me	s	min	max	
Intruzja (pkt)	1,81	1,38	1,15	0,00	4,00	2,24	2,25	1,01	0,13	4,00	0,0163*
Pobudzenie (pkt)	1,68	1,43	1,05	0,00	4,00	1,91	2,00	0,92	0,00	4,00	0,1039
Unikanie (pkt)	1,92	1,86	0,88	0,29	4,00	2,11	2,14	0,82	0,00	3,57	0,1178
PTSD (pkt)	1,80	1,50	0,92	0,09	3,91	2,09	2,16	0,83	0,18	3,82	0,0228*

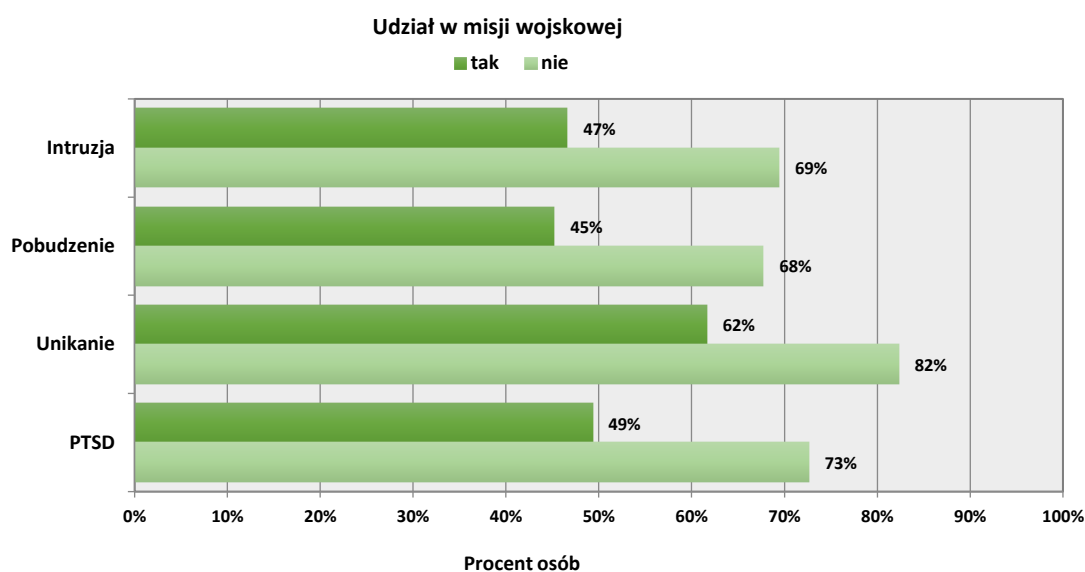
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Manna-Whitneya

Poniżej przedstawiono wyniki klasyfikacji żołnierzy do grupy z wysokim poziomem zaburzeń psychicznych po stresie traumatycznym (Tabela 15, Rycina 12.). Jak widać, dla wszystkich nasilonych objawów stresu pourazowego, częstość ich występowania jest większa wśród żołnierzy nieuczestniczących w misjach wojskowych.

Tabela 15. Udział w misjach wojskowych badanych z wysokim poziomem zaburzeń psychicznych po stresie traumatycznym z uwzględnieniem poszczególnych składowych stresu pourazowego

Objawy stresu pourazowego	Udział w misji wojskowej				<i>p</i>
	tak		nie		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Intruzja	34	46,6%	43	69,4%	0,0077**
Pobudzenie	33	45,2%	42	67,7%	0,0086**
Unikanie	45	61,6%	51	82,3%	0,0085**
PTSD	36	49,3%	45	72,6%	0,0060**

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat



Rycina 12. Udział w misjach wojskowych badanych z wysokim poziomem zaburzeń psychicznych po stresie traumatycznym z uwzględnieniem poszczególnych składowych stresu pourazowego

Żołnierze zostali poproszeni o wymienienie doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Tabela 16. przedstawia doświadczone zdarzenia traumatyczne przez respondentów z grupy badawczej. Niektórzy respondenci wymieniali kilka sytuacji.

Tabela 16. Zdarzenia traumatyczne doświadczane przez żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych

Zdarzenie traumatyczne	N	%
Bycie świadkiem śmierci cywili, w tym dzieci	35	31,3%
Śmierć kolegi żołnierza	16	14,3%
Wybuch min i ładunków wybuchowych	14	12,5%
Ostrzał bazy	14	12,5%
Bycie ciężko rannym	8	7,1%
Inne	7	6,3%
Konieczność użycia broni	6	5,4%
Wybuch pojazdu	4	3,4%
Rozłąka z rodziną	3	2,7%
Postrzelenie kolegi żołnierza	2	1,8%
Bycie świadkiem postrzelenia pracownika ONZ	2	1,8%
Lądowanie awaryjne	1	0,9%
RAZEM	112	100%

Co więcej, zaobserwowano, że badani biorący udział w misjach wojskowych wymieniali zdarzenia traumatyczne dotyczące życia w miejscu zamieszkania – uwzględnione w badaniach jako „inne” – 6,3%, np. śmierć członka rodziny, zdrada, wypadek samochodowy.

Doświadczone przez żołnierzy stacjonujących w kraju sytuacje zostały przedstawione w Tabeli 17. Niektórzy respondenci wymieniali kilka sytuacji.

Tabela 17. Zdarzenia traumatyczne doświadczone przez żołnierzy nieuczestniczących w misjach wojskowych

Zdarzenie traumatyczne	N	%
Śmierć rodzica lub bardzo ciężka choroba	29	21,8%
Uczestnictwo w wypadku komunikacyjnym	21	15,8%
Śmierć własnego dziecka	17	12,8%
Śmierć małżonka lub bardzo ciężka choroba	15	11,3%
Rozwód	13	9,8%
Bycie szantażowanym lub mobbingowanym	11	8,3%
Bycie świadkiem wypadku	9	6,8%
Utrata zdrowia – inwalidztwo	6	4,3%
Bycie świadkiem kataklizmu	4	3,0%
Śmierć przyjaciela	4	3,0%
Zdrada	3	2,3%
Alkoholizm w rodzinie	1	0,8%
RAZEM	133	100%

SZCZEGÓŁY MISJI WOJSKOWYCH, A KONDYCJA PSYCHICZNA ŻOŁNIERZY W NICH UCZESTNICZĄCYCH

Poniższa część analiz statystycznych dotyczy wyłącznie grupy 98 żołnierzy, którzy uczestniczyli w misjach wojskowych (grupa badawcza). Zbadano, jak na ich kondycję psychiczną w zakresie miar agresji, jakości życia i wrażliwości na stres pourazowy, wpływają takie czynniki jak: liczba misji wojskowych, czas służby na misjach oraz okres od powrotu z ostatniej misji.

W przypadku liczby misji wojskowych porównano wartości wybranych statystyk opisowych miar w zależności od liczby odbytych misji (jedna, dwie lub trzy, cztery i więcej), zaś związek czasu służby na misjach wojskowych i okresu od powrotu z misji - z miarami psychometrycznymi, zbadano za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. Wybrane wyniki zilustrowano na wykresach.

Misje wojskowe i poziom agresji

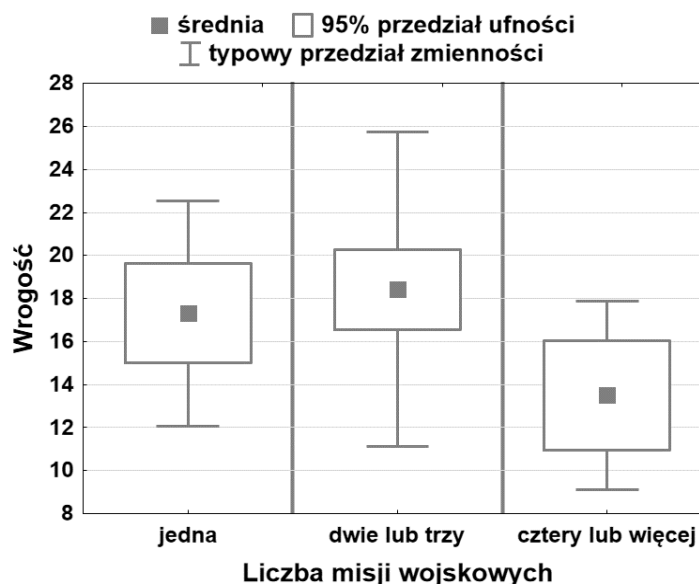
Z poniższego zestawienia wynika, że żołnierze mający za sobą cztery lub więcej misji wojskowych mają relatywnie niższy poziom wrogości, a także ogólnej miary zachowań agresywnych. W przypadku miary wrogości różnica jest istotna statystycznie ($p = 0,0184^*$) zaś dla ogólnej miary zachowań agresywnych do istotnej statystycznie zbliżona ($p = 0,0879$) (Tabela 18.).

Tabela 18. Liczba odbytych misji wojskowych, a poziom agresji wśród żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych

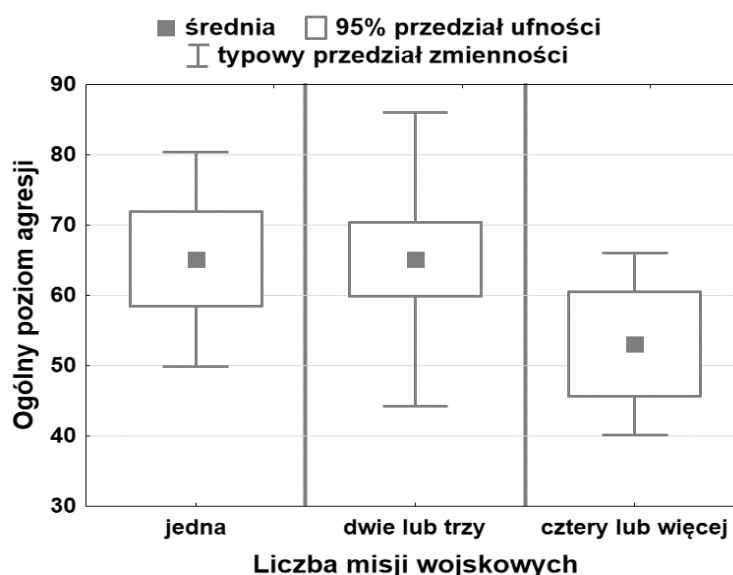
Poziom agresji (BPAQ)	Liczba misji wojskowych									<i>p</i>
	jedna (<i>N</i> = 22)			dwie lub trzy (<i>N</i> = 62)			cztery lub więcej (<i>N</i> = 14)			
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	
Agresja fizyczna	19,9	18	5,9	18,3	17	6,2	15,9	16	3,8	0,1216
Agresja słowna	13,5	14	3,2	14,0	14	3,6	12,2	12,5	3,3	0,2426
Gniew	14,5	12,5	5,3	14,3	14	6,4	11,5	11,5	3,6	0,2770
Wrogość	17,3	16	5,2	18,4	17	7,3	13,5	12	4,4	0,0184*
Wynik ogólny	65,2	58	15,2	65,1	58	20,9	53,1	54,5	12,9	0,0879

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa

Wyniki zilustrowano za pomocą wykresów typu ramka-wąsy na których zaznaczono wartość średnią wybranych miar agresji w porównywanych grupach, 95% przedział ufności dla wartości przeciętnej oraz tzw. typowy przedział zmienności. Z wykresów wyraźnie widać, że wielokrotny udział w misjach wojskowych wpływa pozytywnie na kondycję psychiczną żołnierzy, poprzez obniżenie poziomu zachowań agresywnych (Rycina 13, 14.)



Rycina 13. Liczba odbytych misji wojskowych, a poziom agresji wśród żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych z uwzględnieniem obszaru wrogości



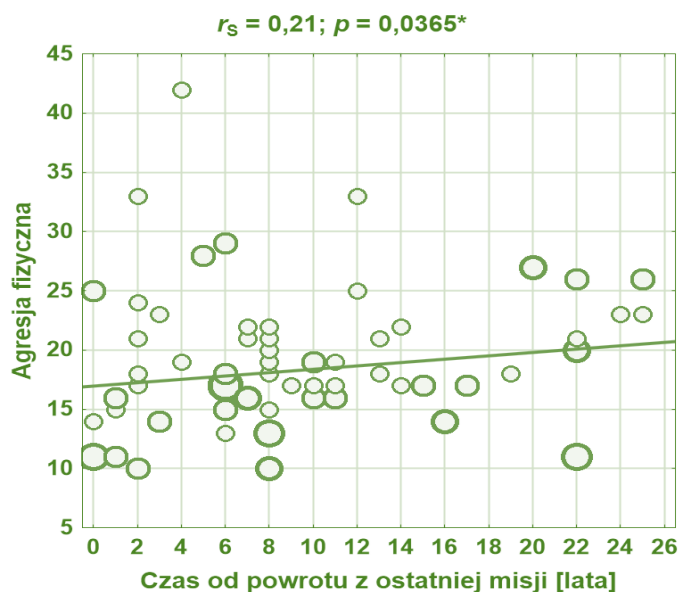
Rycina 14. Liczba odbytych misji wojskowych, a ogólny poziom agresji wśród żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych

Kolejna analiza, której wyniki zamieszczono w poniższej tabeli, polegała na zbadaniu korelacji rang Spearmana pomiędzy łącznym czasem pobytu na misjach wojskowych i czasem od zakończenia ostatniej misji, a miarami zachowań agresywnych. Jedyna statystycznie istotna ($p = 0,0365^*$) korelacja dotyczy czasu od powrotu z ostatniej misji i agresji fizycznej. Jest to jednak korelacja o bardzo niewielkiej sile ($r_s = 0,21$) (Tabela 19).

Tabela 19. Poziom agresji, a łączny czas służby na misjach wojskowych i czas od powrotu z ostatniej misji wojskowej

Poziom agresji (BPAQ)	Czas służby na misjach wojskowych [mies.]	Czas od powrotu z ostatniej misji [lata]
Agresja fizyczna	-0,08 ($p = 0,4334$)	0,21 ($p = 0,0365^*$)
Agresja słowna	-0,05 ($p = 0,6364$)	-0,03 ($p = 0,7848$)
Gniew	-0,04 ($p = 0,6619$)	0,06 ($p = 0,5288$)
Wrogość	-0,13 ($p = 0,2053$)	0,08 ($p = 0,4156$)
Wynik ogólny	-0,10 ($p = 0,3081$)	0,13 ($p = 0,1851$)

Poziom agresji fizycznej wykazuje pewną tendencję wzrostową u żołnierzy, którzy byli na misji relatywnie dawno. Wyniki zilustrowano za pomocą wykresu rozrzutu (Rycina 15.).



Rycina 15. Poziom agresji fizycznej, a czas od powrotu z ostatniej misji wojskowej

Misje wojskowe i jakość życia

Liczba misji wojskowych nie jest czynnikiem, który wpływa w istotny statystycznie sposób na jakość życia żołnierzy. Co prawda widać pewną tendencję do występowania wyższej jakości życia u żołnierzy mających za sobą cztery lub więcej misji, ale różnice nie są na tyle duże, by mogły być uznane za istotne statystycznie (wartość prawdopodobieństwa testowego p znacznie przekracza 0,05 dla wszystkich wykonanych testów) (Tabela 20.).

Tabela 20. Liczba odbytych misji wojskowych, a jakość życia z uwzględnieniem poszczególnych jej dziedzin

Jakość życia (WHOQoL- BREF)	Liczba misji wojskowych									<i>p</i>
	jedna (<i>N</i> = 22)			dwie lub trzy (<i>N</i> = 62)			cztery lub więcej (<i>N</i> = 14)			
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	
Dziedzina somatyczna	78,2	83,9	15,3	75,1	82,1	20,0	85,2	85,7	8,4	0,4403
Dziedzina psychologiczna	86,6	87,5	10,5	82,8	87,5	18,0	92,0	91,7	8,2	0,2200
Dziedzina socjalna	78,0	83,3	20,0	77,7	83,3	22,1	85,1	83,3	10,9	0,7370
Środowisko	73,3	75,0	14,8	75,0	75,0	18,2	79,2	81,3	9,9	0,5097

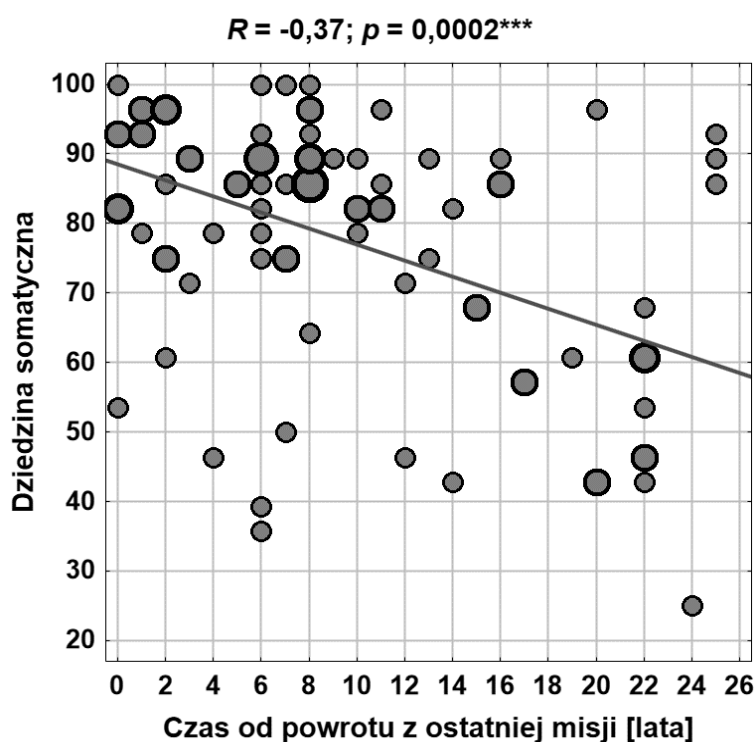
p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa

Czynnikiem znamienne wpływającym na obniżenie się jakości życia – w dziedzinie somatycznej i psychologicznej, a także socjalnej (tu wartość prawdopodobieństwa testowego p jest minimalnie powyżej 0,05) jest dłuższy czas od powrotu z ostatniej misji wojskowej. Korelacje te są jednak słabe, najsilniejsza występują pomiędzy czasem od powrotu z ostatniej misji i jakością życia w dziedzinie somatycznej ($r_s = -0,37$) (Tabela 21.). Wynik analizy może wiązać się z postępującym procesem starzenia, a co za tym idzie – utratą zdrowia, co jest analogiczne do coraz to dłuższego okresu od powrotu z ostatniej misji wojskowej.

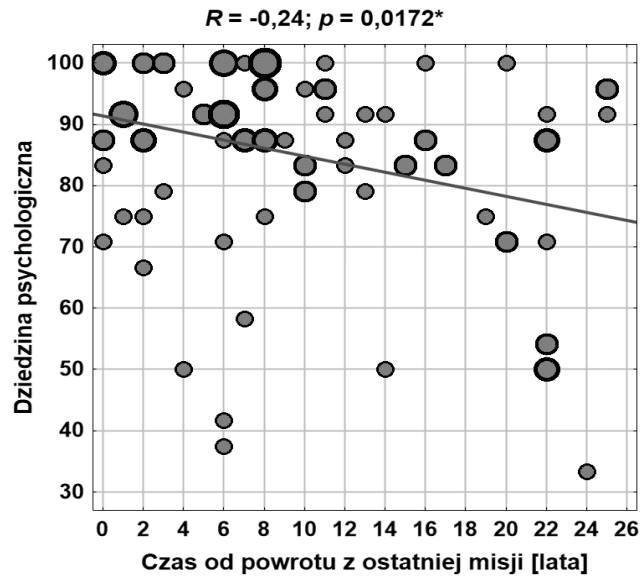
Tabela 21. Jakość życia, a czas służby na misjach wojskowych i czas od powrotu z ostatniej misji wojskowej

Jakość życia (WHOQoL-BREF)	Czas służby na misjach wojskowych [mies.]	Czas od powrotu z ostatniej misji [lata]
Dziedzina somatyczna	-0,04 ($p = 0,6839$)	-0,37 ($p = 0,0002^{***}$)
Dziedzina psychologiczna	0,11 ($p = 0,2989$)	-0,24 ($p = 0,0172^*$)
Dziedzina socjalna	0,12 ($p = 0,2486$)	-0,20 ($p = 0,0508$)
Środowisko	0,11 ($p = 0,2754$)	0,09 ($p = 0,3798$)

Zależności między dziedziną somatyczną oraz psychologiczną do czasu od powrotu z ostatniej misji wojskowej zilustrowano za pomocą wykresów rozrzutu (Rycina 16, 17).



Rycina 16. Dziedzina somatyczna jakości życia a czas od powrotu z ostatniej misji



Rycina 17. Dziedzina psychologiczna jakości życia a czas od powrotu z ostatniej misji

Misje wojskowe i występowanie zespołu stresu pourazowego

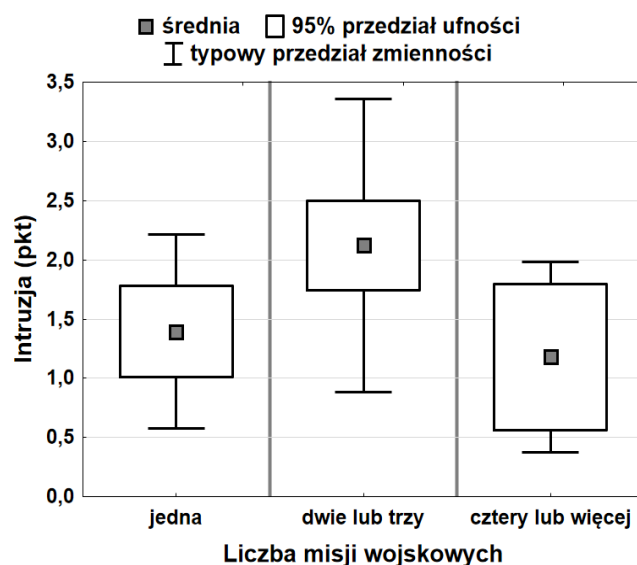
Z badań wynika, że występują znamienne statystycznie różnice w nasileniu zaburzeń związanych ze stresem pourazowym – szczególnie dla takich miar jak: intruzja czy pobudzenie. Wyniki jest jednak o tyle trudno zinterpretować, że pewną odmiennością (najwyższym poziomem zaburzeń pourazowych) charakteryzuje się grupa „środkowa”, żołnierzy będących na dwóch lub trzech misjach wojskowych. Mniej wrażliwi na stres pourazowy są żołnierze po jednej lub czterech i więcej misjach (Tabela 22.).

Tabela 22. Liczba odbytych misji wojskowych, a poszczególne składowe zespołu stresu pourazowego

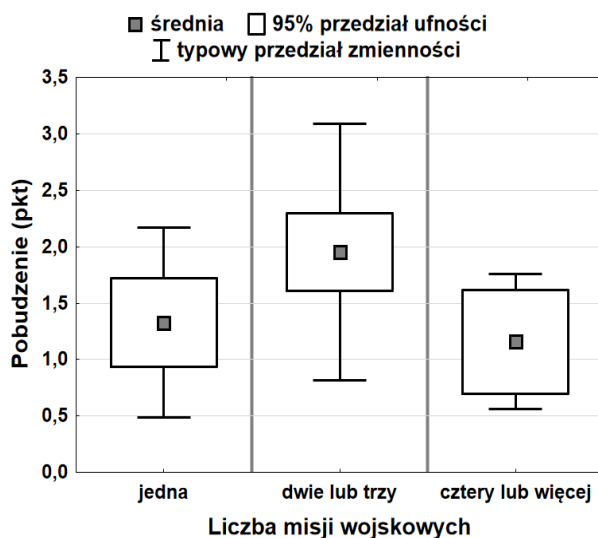
Miary zaburzeń po stresie traumatycznym (PTSD)	Liczba misji wojskowych									<i>p</i>
	jedna (<i>N</i> = 20)			dwie lub trzy (<i>N</i> = 40)			cztery lub więcej (<i>N</i> = 9)			
	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	$\bar{x}$	Me	s	
Intruzja (pkt)	1,39	1,13	0,82	2,12	2,25	1,24	1,18	1,00	0,81	0,0196*
Pobudzenie (pkt)	1,33	1,21	0,84	1,95	1,79	1,14	1,16	0,86	0,60	0,0300*
Unikanie (pkt)	1,69	1,86	0,90	2,04	1,79	0,89	1,83	2,14	0,80	0,4870
PTSD (pkt)	1,47	1,41	0,74	2,04	1,93	0,98	1,38	1,45	0,67	0,0723

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa

Zależności dotyczące występowania wyższego poziomu intruzji i pobudzenia wśród żołnierzy biorących udział w dwóch lub trzech misjach wojskowych zilustrowano za pomocą wykresów typu ramka-wąsy na których zaznaczono wartość średnią wybranych miar agresji w porównywanych grupach, 95% przedział ufności dla wartości przeciętnej oraz tzw. typowy przedział zmienności (Rycina 18, 19).



Rycina 18. Liczba odbytych misji wojskowych a intruzja jako składowa PTSD



Rycina 19. Liczba odbytych misji wojskowych a pobudzenie jako składowa PTSD

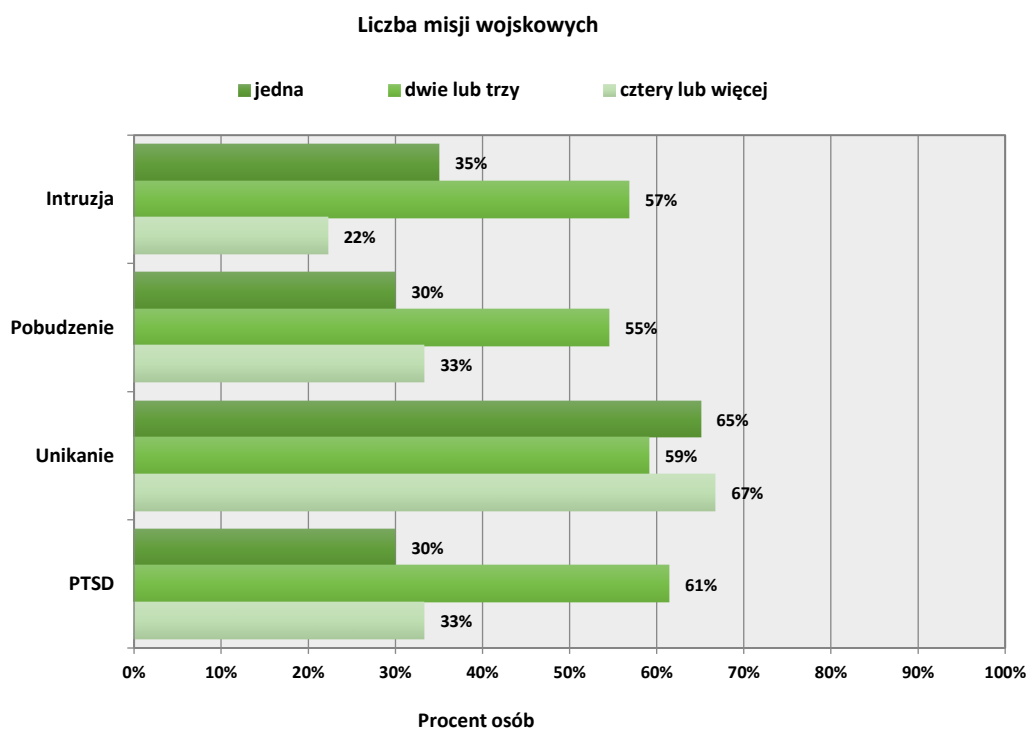
Porównano też częstość występowania stresu pourazowego na poziomie przekraczającym normę. Znamienne lub zbliżone do takowych różnice pomiędzy porównywaniami grupami dotyczą częstości występowania wykraczającej poza normę intruzji ($p = 0,0790$) oraz ogólnego stresu pourazowego ($p = 0,0396^*$). Ponownie, najmniej odporną na

stres grupą, okazują się być żołnierze mający za sobą dwie lub trzy misje wojskowe (Tabela 23., Rycina 20.).

Tabela 23. Liczba odbytych misji wojskowych wśród osób o objawach wykraczających poza normę (mogącymi wskazywać PTSD) z uwzględnieniem poszczególnych składowych PTSD

Zaburzenia po stresie traumatycznym	Liczba misji wojskowych						<i>p</i>
	jedna		dwie lub trzy		cztery lub więcej		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Intruzja	7	35,0%	25	56,8%	2	22,2%	0,0790
Pobudzenie	6	30,0%	24	54,5%	3	33,3%	0,1403
Unikanie	13	65,0%	26	59,1%	6	66,7%	0,8553
PTSD	6	30,0%	27	61,4%	3	33,3%	0,0396*

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat



Rycina 20. Liczba odbytych misji wojskowych wśród osób o objawach wykraczających poza normę (mogącymi wskazywać PTSD) z uwzględnieniem poszczególnych składowych PTSD

Nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji pomiędzy czasem służby na misjach i czasem od powrotu z ostatniej misji, a miarami zaburzeń po stresie traumatycznym. Jedyna zbliżona do statystycznie istotnych korelacja dotyczy czasu od powrotu z misji i ogólnej miary PTSD ($r_s = 0,22$; $p = 0,0643$) (Tabela 24.).

Tabela 24. Poszczególne składowe PTSD u osób z objawami wykraczającymi poza normę (mogącymi wskazywać PTSD), a czas służby na misjach wojskowych i czas od powrotu z ostatniej misji

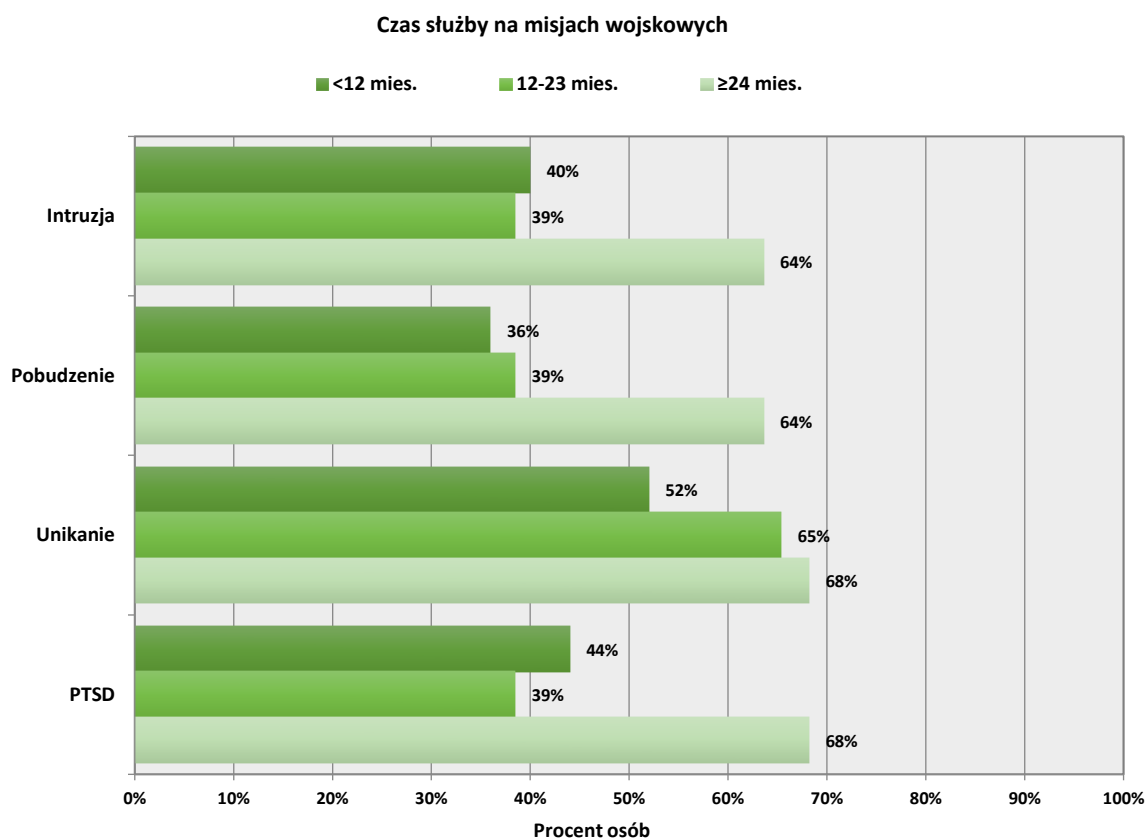
Miary zaburzeń po stresie traumatycznym (PTSD)	Czas służby na misjach wojskowych [mies.]	Czas od powrotu z ostatniej misji [lata]
Intruzja (pkt)	0,13 ($p = 0,2552$)	0,19 ($p = 0,1022$)
Pobudzenie (pkt)	0,15 ($p = 0,2116$)	0,17 ($p = 0,1456$)
Unikanie (pkt)	0,07 ($p = 0,5654$)	0,07 ($p = 0,5608$)
PTSD (pkt)	0,15 ($p = 0,2087$)	0,22 ($p = 0,0643$)

Przedstawiono także częstość występowania zaburzeń po stresie traumatycznym przekraczających normę 1,5 pkt względem czasu służby na misjach wojskowych i czasu od powrotu z ostatniej misji. Do tej analizy wykorzystano podział każdego z tych czynników na trzy rozłączne przedziały czasowe. Dla tak zaprojektowanej analizy również nie stwierdzono znaczących zależności – jedyna, zbliżona do znamiennej statystycznie ($p = 0,0982$) różnica występuje w występowaniu ogólnych zaburzeń pourazowych względem czasu służby na misjach wojskowych. Wśród żołnierzy, którzy byli na misjach wojskowych 2 lata lub dłużej, występuje największy odsetek zaburzeń mogących wskazywać PTSD (ok. 68%) wobec ok. 40% w dwóch pozostałych grupach (Tabela 25., Tabela 26., Rycina 21.).

Tabela 25. Występowanie PTSD i jego składowych z uwzględnieniem czasu służby na misjach wojskowych

Zaburzenia po stresie traumatycznym	Czas służby na misjach wojskowych						<i>p</i>
	<12 mies.		12-23 mies.		≥24 mies.		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Intruzja	10	40,0%	10	38,5%	14	63,6%	0,1576
Pobudzenie	9	36,0%	10	38,5%	14	63,6%	0,1136
Unikanie	13	52,0%	17	65,4%	15	68,2%	0,4642
PTSD	11	44,0%	10	38,5%	15	68,2%	0,0982

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat



Rycina 21. Występowanie PTSD i jego składowych z uwzględnieniem czasu służby na misjach wojskowych

Tabela 26. Występowanie PTSD i jego składowych z uwzględnieniem czasu od powrotu z ostatniej misji wojskowej

Zaburzenia po stresie traumatycznym	Czas od powrotu z ostatniej misji						<i>p</i>
	<4 lat		5-9 lat		≥10 lat		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Intruzja	7	53,8%	9	36,0%	18	51,4%	0,4208
Pobudzenie	4	30,8%	10	40,0%	19	54,3%	0,2819
Unikanie	8	61,5%	15	60,0%	22	62,9%	0,9751
PTSD	6	46,2%	12	48,0%	18	51,4%	0,9362

p – wartość prawdopodobieństwa testowego obliczona za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

WIEK, A KONDYCJA PSYCHICZNA ŻOŁNIERZY

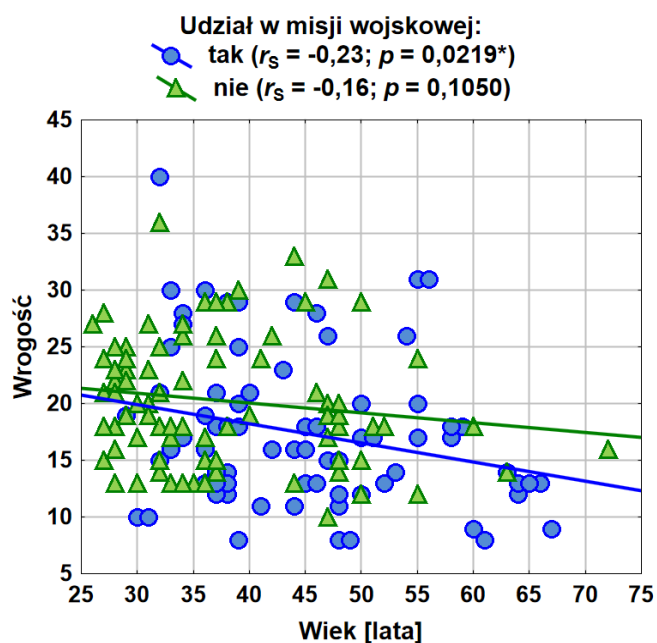
Wykonano dodatkową analizę, której celem było sprawdzenie, czy wiek ankietowanych żołnierzy wpływa na kondycję psychiczną – poziom agresji, jakość życia i reakcję na zdarzenia traumatyczne. Analizę wykonano z uwzględnieniem podziału na grupę badaną (żołnierzy biorących udział w misjach wojskowych) i kontrolną (żołnierze niebiorący udziału w misjach wojskowych). Do analizy wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana. Wyniki zebrano w jednej, zbiorczej tabeli, ilustrując wybrane korelacje za pomocą wykresów rozrzutu.

Zaobserwowano, iż wiek nie jest czynnikiem, który wpływałby w znaczący sposób na analizowane miary psychometryczne. Jest to o tyle ważna informacja, że ankietowani żołnierze będący na misjach wojskowych byli średnio o kilka lat starsi od pozostałych ankietowanych żołnierzy. Gdyby wiek wpływał w znaczący sposób na wartości miar psychometrycznych, wykazana w p. 2 różnica pomiędzy grupami mogłaby być zależnością pozorną (Tabela 27). Jako, że wiek wpływa zaledwie na dwie miary psychometryczne (wrogość i jakość życia w obszarze środowiska) czynnik ten nie miał wpływu na wyniki wcześniejszych, kluczowych analiz.

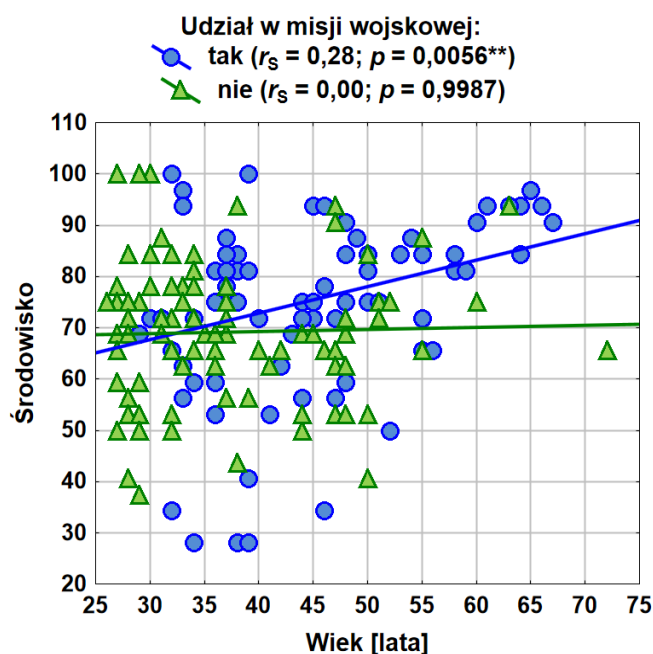
Tabela 27. Zależność między wiekiem respondentów, a udziałem w misjach wojskowych i składowymi kwestionariuszy BPAQ, WHOQoL-BREF i IES-R

Składowe kwestionariuszy	Udział w misji wojskowej	
	tak	nie
	Wiek [lata]	
Miary agresji (BPAQ)		
Agresja fizyczna	0,00 ($p = 0,9722$)	-0,02 ($p = 0,8612$)
Agresja słowna	-0,14 ($p = 0,1795$)	-0,10 ($p = 0,2963$)
Gniew	-0,15 ($p = 0,1309$)	-0,06 ($p = 0,5242$)
Wrogość	-0,23 ($p = 0,0219^*$)	-0,16 ($p = 0,1050$)
Ogólny poziom agresji	-0,15 ($p = 0,1402$)	-0,11 ($p = 0,2469$)
Miary jakości życia (WHOQoL-BREF)		
Dziedzina somatyczna	-0,13 ($p = 0,2149$)	0,08 ($p = 0,3974$)
Dziedzina psychologiczna	0,06 ($p = 0,5858$)	0,17 ($p = 0,0811$)
Dziedzina socjalna	0,10 ($p = 0,3053$)	-0,06 ($p = 0,5660$)
Środowisko	0,28 ($p = 0,0056^{**}$)	0,00 ($p = 0,9987$)
Zaburzenia po stresie traumatycznym/PTSD (IES-R)		
Intruzja	-0,05 ($p = 0,6737$)	-0,23 ($p = 0,0749$)
Pobudzenie	-0,18 ($p = 0,1291$)	-0,04 ($p = 0,7622$)
Unikanie	0,00 ($p = 0,9681$)	-0,02 ($p = 0,8690$)
PTSD	-0,04 ($p = 0,7251$)	-0,13 ($p = 0,3310$)

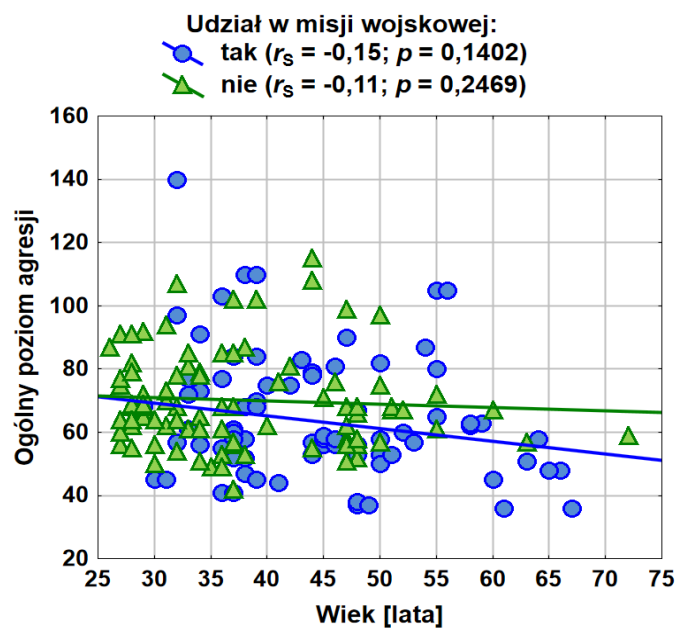
Wyniki przykładowych analiz zilustrowano na wykresach - brak zależności poziomu agresji, jakości życia i zaburzeń potraumatycznych od wieku lub można zaobserwować co najwyżej zależność o minimalnej sile (istotną statystycznie jedynie dla dwóch miar w grupie badanej) (Rycina 22., Rycina 23., Rycina 24., Rycina 25.).



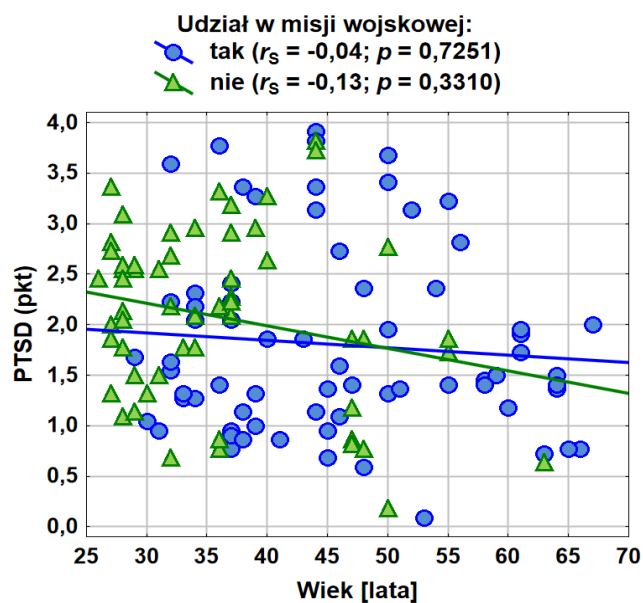
Rycina 22. Zależność między wiekiem respondentów, udziałem w misjach wojskowych i wrogością (składowa PTSD)



Rycina 23. Zależność między wiekiem respondentów, udziałem w misjach wojskowych i środowiskiem (składowa jakości życia)



Rycina 24. Zależność między wiekiem respondentów, udziałem w misjach wojskowych i ogólnym poziomem agresji



Rycina 25. Zależność między wiekiem respondentów, udziałem w misjach wojskowych i objawami sugerującymi PTSD

DYSKUSJA

Badania własne zostały przeprowadzone w populacji 205 żołnierzy będących członkami Stowarzyszenia Rannych i Poszkodowanych w Misjach Poza Granicami Kraju oraz Związku Żołnierzy Wojska Polskiego.

W badaniach własnych przeprowadzono analizę sytuacji demograficzno-społecznej respondentów. Badanie zostało zaprojektowane w taki sposób, aby około połowę respondentów stanowili żołnierze uczestniczący w misjach wojskowych (grupa badawcza), a połowę - żołnierze nieuczestniczący w misjach wojskowych (grupa kontrolna). Respondenci z grupy badawczej brali udział najczęściej w dwóch lub trzech misjach (63%), kolejno w jednej (22%) i w czterech lub więcej (14%). W badaniach Karakiewicz i współ. również największą grupę stanowili żołnierze uczestniczący w dwóch lub trzech misjach wojskowych (ponad 45%) [72]. Wynik ten może wiązać się z dużym zainteresowaniem misjami wojskowymi wśród żołnierzy. Muzalewska i współ. wyszczególnili powody wyjazdu na misje wojskowe. Wśród nich można zaobserwować m.in. chęć zdobycia nowego doświadczenia, przeżycie przygody, wysokie wynagrodzenie, czy awans [75]. Co więcej, w badaniach własnych średnia wieku żołnierzy z grupy badawczej stanowi 44 lata. Jest to wiek, w którym żołnierz może zdążyć uzyskać zadawalający poziom kariery i zyskać doświadczenie poprzez udział w misjach wojskowych. Tak duże zainteresowanie uczestnictwem w dwóch lub trzech misjach może wiązać się z chęcią uzyskania gratyfikacji finansowej pozwalającej na podwyższenie jakości swojego życia, przy jednocześnie stosunkowo krótkim pobycie w warunkach stresogennych, na misji wojskowej. Do populacji osób biorących udział w jednej misji wojskowej mogą należeć respondenci, którzy są w młodszym wieku i nie zdążyli uczestniczyć w kolejnej misji, mają uszczerbek na zdrowiu (psychicznym lub fizycznym) w wyniku odbytej pierwszej misji wojskowej lub uznali, że nie chcą brać więcej udziału w tego typu przedsięwzięciach. Żołnierzy wyjeżdżających na misje wojskowe 4 lub więcej razy jest najmniej. Faktem jest, że udział w takich przedsięwzięciach wiąże się z dużym ryzykiem. Z badań Wittchen i współ. wynika, że ponad 1/3 żołnierzy uczestniczących w misjach jest świadkiem śmierci lub bardzo poważnego zranienia swoich towarzyszy-żołnierzy, można zatem oszacować, iż śmierć żołnierzy jest nadal nieodłącznym elementem misji [11]. Natomiast, w badaniach Ogińskiej-Bulik, większość żołnierzy uczestniczyło jedynie w jednej misji wojskowej [10]. Różnica ta może wynikać z przypadku, młodszego wieku uczestników, a także z powodu innego nastawienia do pracy. W badaniach własnych uczestnicy należeli do dobrowolnych stowarzyszeń, mogących zrzekać

pasjonatów sztuki wojennej.

W badaniach własnych udział brali żołnierze, którzy niedawno wrócili z misji wojskowych (poniżej 1 roku) oraz ci, którzy z ostatniej misji wrócili 25 lat temu. Największą grupę (35%) stanowili żołnierze, którzy z ostatniej misji wojskowej wrócili 5-9 lat temu (lata 2011-2016). Może to wynikać z udziału w misji wojskowej, która istotnie wpłynęła na stan psychiczny żołnierza poprzez duże natężenie konfliktu na obszarze objętym działaniami wojennymi. Czas ten pokrywa się m.in. z działaniami Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie, w którym wg Wojtkowskiego i współ. większość żołnierzy (69%), która zginęła, straciła życie w wyniku obrażeń po wybuchu ładunków wybuchowych [76]. W badaniach własnych również zauważono, że jednym z częściej doświadczanych wydarzeń traumatycznych jest śmierć towarzysza-żołnierza i wybuch miny lub ładunków wybuchowych. Przyczyną tak częstego zakończenia kariery na misjach wojskowych w latach 2011-2016 może być udział we wspomnianej misji w Afganistanie, w której śmiertelność podczas misji wojskowych wynosiła nawet do 0,28%. W latach tych obserwowano coraz to mniejszą liczebność uczestników wspomnianej misji (różnica 2240 osób). W 2011r. doszło do zamachu, który został określony jako najbardziej krwawy podczas działalności tego Kontyngentu w Afganistanie [76]. Sytuacja ta mogła spowodować chęć przerwania udziału w misjach przez tak istotnie dużą liczbę badanych żołnierzy. Uwzględnienie pytania dotyczącego lokalizacji ostatniej misji wojskowej w badaniach pozwoliłoby ocenić, która misja wojskowa wpłynęła najbardziej negatywnie na jej uczestników, do tego stopnia, że przestali uczestniczyć w kolejnych.

W badaniach własnych zaobserwowano, że o ile zainteresowanie służbą w wojsku przez kobiety jest dosyć wysokie (21,5% ankietowanych stanowią kobiety, mężczyźni – 78,5%) pomimo dalszej maskulinizacji zawodu żołnierza, to wśród uczestników misji jest już tylko 5,1% kobiet. Wynik ten jest nieadekwatny do liczby kobiet należących do Polskich Sił Zbrojnych, które stanowią ok.4,7%. Jak wynika z literatury, wstąpienie kobiet do wojska polskiego jest znacznie łatwiejsze niż w przeszłości, ponieważ znowelizowano kryteria przyjęcia w zakresie sprawności fizycznej. Dodatkowo dokonano podziału funkcji żołnierzy z wykorzystaniem atutów obu płci – kobiety wykonują częściej działania mające na celu zabezpieczenie misji, a mężczyźni – działania bojowe. Przeszkodą w karierze kobiet w wojsku nadal mogą być przestępstwa o charakterze np. nadużycia seksualnego lub mobbingowania, które zniechęcają do podjęcia tej profesji [50]. W badaniach własnych wykazano niskie zainteresowanie kobiet uczestnictwem w misjach wojskowych, które może wynikać z roli społecznej kobiety, np. matka-opiekunka własnej rodziny. Uczestnictwo w misjach

wojskowych wiąże się z rozłąką z rodziną, a co za tym idzie, z niemożnością wychowywania dzieci. Jednakże, jest część kobiet, które podejmują się tego przedsięwzięcia. Pomóc w wyjeździe na misje może mieć zmiana na przestrzeni lat modelu rodziny z tradycyjnej, na nuklearną, coraz częściej praktykowane równouprawnienie, czy większe zainteresowanie rozwojem kariery przez kobiety [77].

W badaniach własnych analizowano zależność między stanem cywilnym, a uczestnictwem w misjach wojskowych. Zaobserwowano, że wśród populacji żołnierzy biorących udział w misjach jest znacznie wyższy odsetek tych zameężnych/żonatych, a co za tym idzie, prawdopodobnie posiadających dzieci. Każda misja wojskowa wiąże się z rozłąką z rodziną. Z badań Rychcińskiej i współ. wynika, że żołnierze najbardziej obawiają się utraty dobrego kontaktu z rodziną, w wyniku rozłąki podczas misji. Obawę stanowią również: bezsilność wobec problemów w rodzinie, a także nieobecność podczas ważnych sytuacji w rodzinie. Problemem najrzadziej poruszonym była możliwość zdrady partnera [78]. Z badań Predel G., wynika, że wspomniane obawy są zupełnie bezpodstawne. Autor zauważył, że ponad połowa żołnierzy nie zaobserwowała zmiany w relacjach z rodziną po powrocie z misji, a wśród reszty badanych przeważają osoby, których relacje rodzinne uległy poprawie, a małżonkowie nabyli nowe, pozytywne cechy takie jak: samodzielność, zaradność, zorganizowanie, wyrozumiałość, pewność siebie, opiekuńczość i itp. Z powyższych badań wynika też, że im więcej stresogennych wydarzeń przeżywał żołnierz w trakcie misji wojskowej, tym relacje z rodziną były oceniane na wyższym poziomie. Jednakże, jak widać, możliwości przystosowawcze rodziny są dużo większe niż te, które zakładają żołnierze wyjeżdżając na misje.

W badaniach własnych zaobserwowano, że w obu grupach przeważają żołnierze z wykształceniem wyższym. Natomiast w badaniach Skotnickiej, przeprowadzonych w 2006r. w grupie żołnierzy biorących udział w misjach wojskowych prawie wszyscy respondenci posiadali wykształcenie średnie, a w grupie żołnierzy niebiorących udziału w misjach – około połowa wykształcenie średnie, a druga połowa wykształcenie zawodowe, z uwzględnieniem ok. 3% na inne wykształcenie [9]. Powyższa sytuacja może wynikać z faktu zawieszenia zasadniczej służby wojskowej w 2010r. i wprowadzenia awansu zawodowego po uzyskaniu wyższego wykształcenia [80,81].

W badaniach własnych wykazano, iż żołnierze niebiorący udziału w misjach wojskowych dłużej są czynni zawodowo niż ci, którzy brali w nich udział i szybciej skorzystali z możliwości przejścia na emeryturę. Może się to wiązać z szybszą potrzebą przejścia w stan spoczynku w wyniku np. utraty zdrowia podczas misji wojskowej. Podobną sytuację widać

w przypadku rencistów, których nie było w grupie kontrolnej w odróżnieniu od grupy badanej.

W badaniach własnych wykazano, iż wyższym stopniem ogólnej agresji charakteryzowali się żołnierze nie uczestniczący w misjach wojskowych. Zaobserwować to można również w poszczególnych typach agresji, takich jak: gniew i wrogość. Zdaniem Skotnickiej, grupa badawcza (żołnierze uczestniczący w misji w Iraku) miała dwukrotnie wyższy poziom ogólnej agresji niż w grupie kontrolnej, obejmującej żołnierzy stacjonujących jedynie w Polsce. Autorka zaobserwowała, że największa różnica występowała w dziedzinie agresji skierowanej na zewnątrz [9]. Podstawową różnicą w omówionych badaniach, a w badaniach własnych jest fakt, że u Skotnickiej żołnierze wrócili z misji rok wcześniej, a w badaniach własnych – okres od powrotu z ostatniej misji był różny, od 0 do 25 lat, w związku z czym agresja mogła być na innym poziomie. Predel G. w swoich badaniach zauważył, iż 11% ankietowanych, którzy wrócili z misji wojskowej zaobserwowali u siebie wzrost zachowań agresywnych [79]. Okres od powrotu z misji wojskowej wśród tych badanych wynosił około pół roku, podobnie jak w badaniach Skotnickiej. W badaniach własnych zaobserwowano jedyną korelację o bardzo niewielkiej sile, dotyczącą dłuższego okresu od powrotu z ostatniej misji oraz poziomem agresji fizycznej. W badaniach Martin i współ. wykazano, że starszy wiek żołnierzy, a także wyższe wykształcenie są powiązane z mniejszym natężeniem agresji [82]. Powiązanie starszego wieku i mniejszego natężenia agresji potwierdzili także MacManus i współ. w swoich badaniach [83]. W analizie Gallaway i współ. również zaobserwowano, iż wyższy poziom wykształcenia wiąże się z mniejszą agresją fizyczną wśród żołnierzy [84]. Odnosząc się do powyższych zależności związanych z poziomem agresji, w badaniach własnych nie zaobserwowano istotnych statystycznie zależności między wiekiem, a ogólnym poziomem agresji. Jednakże, zauważono, że większa liczba odbytych misji wojskowych wpływa na niższy poziom wrogości u weteranów. Przeszkodę w rzetelnej dyskusji stanowi niewielka liczba badań dotyczących poziomu agresji wśród żołnierzy. Może to być związane z obawą o uzyskanie wyników niepokojących, mogących zachwiać autorytet żołnierza wśród społeczeństwa lub niemożnością udziału żołnierzy w takich badaniach. W celu porównania agresji na podstawie kwestionariusza BPQA wybrano badania Makarowskiego i współ. obejmujące grupę pilotów samolotów. Zawód ten, tak jak żołnierze - wymaga szybkiego i często samodzielnego podejmowania decyzji, dostarcza wiele stresu, sytuacja może się zmienić diametralnie, a pilot odpowiedzialny jest za życie innych ludzi. Autorzy wspomnianych badań zauważyli, że najczęstszą formą agresji, była ta o charakterze fizycznym, tak jak u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych w badaniach własnych [85].

W badaniach własnych, żołnierze uczestniczący w misjach wojskowych najczęściej wymieniali wśród zdarzeń stresogennych: bycie świadkiem śmierci cywili (w tym dzieci), śmierć kolegi żołnierza, wybuch min i ładunków wybuchowych, a także ostrzał bazy. W badaniach Skotnickiej J. było to: bezpośrednie zagrożenie życia, zagrożenie zdrowia lub życia kolegi, zranienie kolegi [9]. Natomiast, w badaniach Wittchen i współ. badani najczęściej wymieniali: widok zniszczonych domów lub wiosek, bycie pod ostrzałem i wrogą reakcją ze strony cywili [11]. W badaniach własnych zaobserwowano, że respondenci z grupy kontrolnej (żołnierze nieuczestniczący w misjach wojskowych) również przeżyli zdarzenia, które mogły być traumatyczne. W badaniach Skotnickiej J. wśród tak zaplanowanej grupy – zdarzeń traumatycznych nie było [9].

W badaniach własnych zauważono, że większe nasilenie objawów mogących wskazywać PTSD występuje u żołnierzy nieuczestniczących w misjach wojskowych. Wynik ten, może okazać się zaskakujący. Jednakże, zdarzenie traumatyczne jest zjawiskiem subiektywnym, odczuwanym przez każdego indywidualnie. Wiąże się również z ogólną odpornością jednostki na stres, a także związany jest z innymi czynnikami, jak np. relacje rodzinne, czy ilość ogólnie doświadczanych wydarzeń traumatycznych. Jako, że wykorzystana skala IES-R nie służy do diagnozy Zespołu Stresu Pourazowego, a jest jedynie kwestionariuszem pozwalającym zaobserwować niepokojące objawy, mogące wskazywać na występowanie tego zaburzenia, nie można jednoznacznie określić, czy badani cierpią z powodu PTSD. W badaniach Ogińskiej-Bulik żołnierze biorący udział w misjach najczęściej uzyskiwali wysokie wyniki w dziedzinie unikania [86]. Taki sam wynik zaobserwowano w badaniach własnych, wśród żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych, o objawach mogących wskazywać PTSD. Badania Ogińskiej-Bulik udowodniły, że wiek badanych nie miał związku z nasileniem PTSD [86]. W badaniach własnych zaobserwowano tę samą zależność. Autorka stwierdziła, że czas, od wystąpienia ostatniego traumatycznego wydarzenia nie różnicuje nasilenia PTSD [86]. W badaniach własnych zaobserwowano zależność zbliżoną do znamiennej statystycznie – po 2 latach od powrotu z misji występuje największy odsetek zaburzeń mogących wskazywać PTSD wśród żołnierzy mających wyższy wskaźnik PTSD. Chibowski K. w swoich badaniach zauważył, że żołnierze będący na misjach przez dłuższy czas mają wyższy poziom stresu posttraumatycznego [87]. W badaniach własnych zaobserwowano, że żołnierze będący na misjach łącznie powyżej 24 miesięcy, charakteryzują się największym odsetkiem zaburzeń charakteryzujących PTSD.

W badaniach własnych zauważono, że żołnierze, którzy uczestniczyli w misjach wojskowych znacznie wyżej oceniali swoją jakość życia w dziedzinach: psychologicznej i środowiskowej, w porównaniu do reszty żołnierzy. Do podobnego wniosku doszli Muzalewska i współ. u których to żołnierze nieuczestniczący w misjach wojskowych osiągnęli średnio znacznie niższe wyniki w domenie środowiska. Autorzy nie zauważyli innych istotnie statystycznie zależności w grupie żołnierzy uczestniczących w misjach i nieuczestniczących [75]. W badaniach Vojdovic i Dedic, którzy badali żołnierzy bez uwzględnienia uczestnictwa w misjach wojskowych (prawdopodobnie większość lub wszyscy nie uczestniczyli), zaobserwowano bardzo podobne wyniki poszczególnych domen w zakresie jakości życia. Tak jak w wynikach własnych, w grupie osób niebiorących udziału w misjach wojskowych zaobserwowano średnio najniższą ocenę dziedziny środowiska, gdzie ocena reszty domen znajduje się na podobnym poziomie [88]. Występujące tak duże podobieństwo odnośnie dziedziny środowiska w wspomnianych badaniach, a także w badaniach własnych może być związane z docenieniem przez żołnierzy biorących udział w misjach wojskowych warunków, w których żyją na co dzień, po przyjeździe z misji.

WNIOSKI

W toku przeprowadzonych badań postawiono następujące wnioski:

1. Stwierdzono, że uczestnictwo w misjach wojskowych powoduje podwyższenie jakości życia, obniża poziom agresji i nie jest jednoznaczne z wystąpieniem zespołu stresu pourazowego.
2. Większa liczba odbytych misji wojskowych predysponuje do obniżenia się agresji, a dłuższy czas od powrotu z ostatniej misji wiąże się z nasileniem agresji.
3. Nie zaobserwowano zależności istotnych statystycznie między jakością życia, a ilością odbytych misji wojskowych, natomiast zauważono, że dłuższy czas od powrotu z ostatniej misji powoduje obniżenie jakości życia w poszczególnych dziedzinach.
4. Najwięcej objawów mogących wskazywać PTSD występuje u grupy żołnierzy odbywających dwie lub trzy misje wojskowe, jednakże nie zaobserwowano korelacji istotnych statystycznie, które mogły by wskazywać na związek między występowaniem PTSD, a czasem od powrotu z ostatniej misji wojskowej i czasem służby na misjach.
5. Wiek żołnierzy wpływa jedynie na dwie miary psychometryczne dotyczące agresji i jakości życia. Starszy wiek predysponuje do wyższej jakości życia w dziedzinie środowiska w populacji żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych. Starszy wiek jest związany z mniejszą wrogością wśród żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych.

WYKAZ PIŚMIENNICTWA

1. Marcinkowski Cz.: Istota i ewolucja misji pokojowych ONZ. Przegląd Historyczno-Wojskowy, 2011; 12 (63): 7-20.
2. Drzewicki A.: Strategia udziału Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej w operacjach międzynarodowych: aspekty polityczne i wojskowe. Rocznik Bezpieczeństwa Międzynarodowego, 2011; 5: 178-198.
3. Falecki J.: Wybrane aspekty szkolenia Polskich Kontyngentów Wojskowych. [w:] Misje pokojowe – 60 lat polskiego zaangażowania. Marcinkowski Cz. (red.). Wszechnica Polska, Warszawa 2014, 2: 75-90.
4. Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 3 czerwca 2015r. w sprawie orzekania o zdolności do zawodowej służby wojskowej oraz właściwości i trybu postępowania wojskowych komisji lekarskich w tych sprawach, na podstawie art. 5 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2003r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych (Dz. U. z 2014r. poz. 1414 i 1822).
5. Gunia B.C., Sipos M.L., LoPresti M., Adler A.B.: Sleep Leadership in High-Risk Occupations: An Investigation of Soldiers on Peacekeeping and Combat Missions. Military Psychology, 2015; 27 (4): 197-211.
6. Korzeniewski K., Prokop E., Guzek A., Goryszewska G.: Problemy dermatologiczne żołnierzy Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Czadzie. Family Medicine & Primary Care Review, 2012, 14(2): 169-171.
7. Korzeniewski K., Pieniuta S., Prokop E., Goryszewska G.: Analiza zachorowań żołnierzy Polskiego Kontyngentu Wojskowego w Afganistanie. Family Medicine & Primary Care Review, 2012; 14(3): 380-382.
8. Rasmus P., Makowska D., Stetkiewicz-Lewandowicz A., Sobów T., Machała W.: Poczucie koherencji a występowanie zaburzeń po stresie traumatycznym w grupie zawodowych żołnierzy uczestniczących w misji wojskowej poza granicami kraju – doniesienia wstępne. Anestezjologia i Ratownictwo, 2013; 7: 27-36.
9. Skotnicka J.: Analiza zaburzeń polskich żołnierzy po stresie traumatycznym po powrocie z misji stabilizacyjnej w Iraku. Psychiatr. Pol., 2013; 47(6): 1065-1075.
10. Ogińska-Bulik N.: Intensywność traumy a objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych. Psychological Journal, 2018; 24(2), 279-289.
11. Wittchen H.U., Schönfeld S., Kirschbaum C., Thurau C., Trautmann S., Steudte S.,

- Klotsche J., Höfler M., Hauffa R., Zimmermann P.: Traumatic Experience and Posttraumatic Stress Disorder in Soldiers Following Deployment Abroad. *Dtsch Arztebl Int*, 2012; 109(35-36), 559-68.
12. Makara-Studzińska M., Partyka I., Ziemecki P.: Zespół stresu pourazowego – rys historyczny, terminologia, metody pomiaru. *Curr Probl Psychiatri*, 2012; 13(2): 109-114.
 13. Jasielska A., Ziarko M.: Specyficzne korelaty i ogólny mechanizm psychologiczny zespołu stresu pourazowego u ratowników medycznych. *Medycyna Pracy*, 2019;70(1): 53-66.
 14. Harden L., Murphy D.: Risk factors of suicidal ideation in a population of UK military veterans seeking support for mental health difficulties. *J R Army Med. Corps*, 2018; 1-5.
 15. Perales R., Gallaway S.M, Forsyth-Donahue K.L., Spiess A., Millikan A.M.: Prevalence of Childhood Trauma Among U.S. Army Soldiers With Suicidal Behavior. *Military Medicine*, 2012; 177(9): 1034-1040.
 16. Vest B.M., Heavey S.C., Homish L., Homish G.G.: Marital Satisfaction, Family Support and PreDeployment Resiliency Factors Related to Mental Health Outcomes for Reserve and National Guard Soldiers. *Military Behavioral Health*, 2017; 5(4): 313-323.
 17. Fuehrlein B., Mota N., Arias A.J., Trevisan L.A., Kachadourian L.K., Krystal J., Southwick S.M., Pietrzak R.H: The burden of alcohol use disorder in US military veterans: results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Addiction*, 2016; 111(10): 1786-1794.
 18. Burnett-Zeigler I., Ilgen M., Valenstein M., Zivin K., Gorman L., Blow A., Duffy S., Chermack S.: Prevalence and correlates of alcohol misuse among returning Afghanistan and Iraq Veterans. *Addictive Behaviors*, 2011; 36, 801-806.
 19. De Granda-Orive J.I., López-Aguilar J.C., Garcia-Rio F., Solano-Reina S., Jiménez-Ruiz C.A., Roig-Vázquez F.: Changing Patterns In Tobacco Consumption Among Spanish Military Personnel Under Stressful Conditions. *J R Army Med Corps*, 2015; 157(2): 160-163.
 20. Khaylis A., Polusny M.A., Erbes C.R., Gewirtz A., Rath M.: Posttraumatic Stress, Family Adjustment and Treatment Preferences Among National Guard Soldiers Deployed to OEF/OIF. *Military Medicine*, 2011; 176(2): 126-131.
 21. Wegner B.: The Difficult Reintegration of Soldiers to Society and Family After Deployment. *ESSAI*, 2011; 9, article 41.
- (dostęp 15.10.2020 - <https://dc.cod.edu/essai/vol9/iss1/41/>)

22. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*, 2011; 46(1): 25-31.
23. Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. *Probl Hig Epidemiol*, 2012; 93(1): 21-26.
24. Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D.: Metody kwestionariuszowe badania jakości życia. *Probl Hig Epidemiol*, 2012, 93(4): 632-638.
25. Wnuk M., Zielonka D., Purandare B., Kaniewski A., Klimberg A., Ulatowska-Szostak E., Palicka E., Zarzycki A., Kaminiarz E.: Przegląd koncepcji jakości życia w naukach społecznych. *Hygeia Public Health*, 2013; 48(1): 10-16.
26. Zalewska M.: Jakość życia – wybrane koncepcje. Analiza porównawcza wskaźników jakości życia w Polsce i krajach UE. *Problemy Zarządzania*, 2012; 2(37): 258-275.
27. Wyszowska Z.: Motywowanie w miejscu pracy w wojsku polskim. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2019; 20(6): 385-396.
28. Obuchowska K.: Prawne, ekonomiczne i społeczno-kulturowe uwarunkowania jakości życia środowisk mundurowych na przykładzie wojska. *Prace Naukowe Akademii Im. Jana Długosza w Częstochowie. Psychologia*, 2008; 15: 81-94.
29. Ustawa z dnia 11 września 2003r. o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych. (Dz. U. 2003 nr 179, poz. 1750).
30. Gaj K., Zuziak J.: Wojsko polskie w międzynarodowych misjach pokojowych (1953-2011). *Przegląd Historyczno-Wojskowy*, 2011; 12(63): 21-89.
31. Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej z dnia 27 kwietnia 2010r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych. (Dz. U. 2010 nr 90, poz. 593).
32. Pietraszewska J., Burdukiewicz A., Andrzejewska J., Stachoń A.: Poziom i dystrybucja otluszczenia oraz postawa ciała zawodowych żołnierzy i policjantów. *Probl Hig Epidemiol*, 2012; 93(4): 759-765.
33. Suchanecka M., Graja K.: Obraz ciała na podstawie samooceny i badań antropometrycznych u osób ćwiczących we wrocławskich klubach fitnessu. *Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu*, 2018; 62, 41-50.
34. Basso J.C., Suzuki W.A.: The Effects of Acute Exercise on Mood, Cognition, Neurophysiology, and Neurochemical Pathways: A Review. *Brain Plasticity*, 2017; 2(2):127-152.
35. Borowska-Beszta B.: Reedukacja weteranów z niepełnosprawnością nabytą – urazowym uszkodzeniem mózgu (TBI). *Założenia teoretyczne i rozwiązania*

- praktyczne. Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej, 2019; 34: 176-192.
36. Krzyżanowska S.: Organizacje pozarządowe weteranów operacji międzynarodowych. [w:] Misje pokojowe – 60 lat polskiego zaangażowania. Marcinkowski Cz. (red.). Wszechnica Polska, Warszawa 2014, 2: 53-58.
37. Fałdowski M.: Współczesny wymiar bezpieczeństwa. Zeszyty Naukowe SGSP, 2018; 2(2): 109-122.
38. Ustawa z dnia 10 grudnia 1993r. o zaopatrzeniu emerytalnym żołnierzy zawodowych oraz ich rodzin. (Dz. U. 1993 nr 10, poz. 36).
39. Siemieniecki B., Wiśniewska-Nogaj L., Kwiatkowska W. (red.): Agresja. Zjawisko, skutki, zapobieganie. Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2020.
40. Ćwikła M.: Czynniki determinujące agresję i przemoc – podobieństwa i różnice. [w:] Problemy współczesnego świata. Zagadnienia wybrane. Żywucka-Kozłowska E., Szczechowicz A., Rzeczkowska K. (red.). KPP Monografie, Olsztyn 2018: 27-36.
41. Frydrysiak K., Grześkowiak M., Podleński R.: Agresja pacjentów zagrożeniem w pracy zespołów ratownictwa medycznego. Anestezjologia i Ratownictwo, 2014; 8: 381-191.
42. Łodygowska E., Tyl M.: Psychologiczny syndrom agresji adolescentów w kontekście funkcjonowania rodziny i rodziców. Psychologia Rozwojowa, 2018; 23(3): 23-37.
43. Frankowiak J.: Agresja werbalna w kontekście innych zachowań problemowych adolescentów. Dialog, Komunikacja. Ujęcie Interdyscyplinarne, 2020: 2(42): 445-454.
44. Zasada K., Kamasa V.: Agresja werbalna w komentarzach internetowych. Investigationes Linguisticae, 2017: 37;
45. Sokół-Szawłowska M., Święicki Ł., Czyżak I., Zdzichowska K.: Zachowania autoagresywne u osób z zaburzeniami psychicznymi – badanie z udziałem użytkowników portalu społecznościowego. Psychiatr. Pol., 2015; 49(3): 503-516.
46. Piotrowski P.: Kontrowersyjna dychotomia. Agresja wroga, agresja instrumentalna i zastosowanie *reversal theory* M.J. Apter do analizy przestępczości. Czasopismo Psychologiczne, 2011; 17(1): 29-35.
47. Lewicka-Zelent A., Huczuk S.: Empatia a doświadczanie i stosowanie agresji wśród młodzieży. Resocjalizacja Polska, 2016; 11:117-132.
48. Mosiołek A., Koweszko T., Gierus J.: Agresja w placówkach psychiatrycznych – próba zdefiniowania problemu. Psychiatria, 2014; 11(2): 87-91.
49. Aranowska E., Rytel J., Szymańska A. (red.): Kwestionariusz Agresji Budda-Perry’ego. Trafność, rzetelność i normy. Instytut Amity, Warszawa 2015.
50. Kuśmirek K.: Służba kobiet w siłach zbrojnych. Czasopismo Naukowe Instytutu

- Studiów Kobietych, 2017; 1(2): 108-124.
51. Niemiec M.: Patologie w siłach zbrojnych – stan i perspektywy badań w świetle literatury przedmiotu. *Pedagogika Rodziny*, 2015; 5(3): 69-80.
 52. Domagała A.: Przemoc seksualna w konfliktach zbrojnych. [w:] Organizacje międzynarodowe w działaniu. Florczak A., Lisowska A. (red.). OTO Agencja Reklamowa, Wrocław 2014: 269-284.
 53. Ustawa z dnia 17 grudnia 1998r. o zasadach użycia lub pobytu Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej poza granicami państwa. (Dz. U. 1998 nr 162, poz. 1117).
 54. Kołodziejczyk A.: Wojsko jako zbiorowość i grupa społeczna. *Bezpieczeństwo Obronność Socjologia*, 2016; 6: 5-17.
 55. Wolińska J.M.: Agresja interpersonalna – profilaktyka i przeciwdziałanie. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 2018; 31(3): 247-261.
 56. Grunt-Mejer K., Grunt-Mejer J.: Agresja drogowa – lekceważone niebezpieczeństwo. *Bezpieczeństwo Pracy*, 2011; 7(8): 17-19.
 57. Hildt-Ciupińska K., Bugajska J.: Rola zachowań prozdrowotnych w promocji zdrowia pracowników. *Bezpieczeństwo Pracy: nauka i praktyka*, 2011; 9: 10-13.
 58. Oleksy J.: Agresja wśród pracowników – jak sobie z nią radzić. *Promotor BHP*, 2018; 6: 28-31.
 59. Kowalczyk D.: Kary i środki izolacyjne stosowane wobec żołnierzy. *Zeszyty Naukowe WSOWL*, 2014; 3(173): 55-73.
 60. Liszewska N., Urbańska L.: Poznawczo-behawioralna psychoterapia osób z PTSD po doświadczeniach przemocy ze strony partnera – przegląd programów terapii. *Psychoterapia*, 2019; 1(188): 19-28.
 61. Zawadzki B., Popiel A., Cyniak-Cieciura M., Jakubowska B., Pragłowska E.: Diagnoza pourazowego zaburzenia stresowego (PTSD) za pomocą ustrukturalizowanego wywiadu klinicznego SCID-I. *Psychiatr. Pol.*, 2015; 49(1): 159-169.
 62. Lazarov A., Suarez-Jimenez B., Levy O., Coppersmith D.D.L., Lubin G., Pine D.S., Bar-Haim Y., Abend R., Neria Y.: Symptom structure of PTSD and co-morbid depressive symptoms – a network analysis of combat veteran patients. *Psychological Medicine*, 2020; 50(13): 2154-2170.
 63. Nichter B., Norman S., Haller M., Pietrzak R.H.: Physical health burden of PTSD, depression, and their comorbidity in the U.S. veteran population: Morbidity, functioning, and disability. *J Affect Disord.*, 2019; 256: 633-40.

64. Shalev A.Y., Gevonden M., Ratanatharathorn A., Laska E., Van der Mei W.F., Qi W., Lowe S., Lai B.S., Bryant R.A., Delahanty D., Matsuoka Y.J., Olf M., Schnyder U., Seedat S., DeRoon-Cassini T., Kessler R.C., Koenen K.C.: Estimating the risk of PTSD in recent trauma survivors: results of the International Consortium to Predict PTSD (ICPP). *World Psychiatry*, 2019; 18: 77-87.
65. Groth J., Waszyńska K., Zyszczyk B.: Czynniki ryzyka rozwoju zespołu stresu pourazowego u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych. *Studia Edukacyjne*, 2013; 26: 297-316.
66. Popiel A.: Pourazowe zaburzenie stresowe – dlaczego warto leczyć? *Psychiatria po dyplomie*, 2015; 5: 10-15.
67. Kucmin T., Kucmin A., Turska D., Turski A., Nogalski A.: Style radzenia sobie ze stresem i dyspozycyjny optymizm jako predyktory nasilenia objawów PTSD w grupie ratowników medycznych. *Psychiatr. Pol.*, 2018; 52(3): 557-571.
68. Steuden S., Janowski K.: Trauma – kontrowersje wokół pojęcia, diagnoza, następstwa, implikacje praktyczne. *Roczniki psychologiczne*, 2016; 19(3): 549-565.
69. Gaebel W., Zielasek J., Reed G.M.: Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status. *Psychiatr. Pol.*, 2017; 51(2): 169-195.
70. Gruszczyński W., Dryja A., Gruszczyńska M.: Zaburzenia stresowe pourazowe w aktualnej klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) wg DSM-5. *Journal of Health Study and Medicine*, 2017; 1: 111-126.
71. Juczyński Z.: Zaburzenia po stresie traumatycznym i pozytywne zmiany psychologiczne u osób po transplantacji serca. *Psychiatria*, 2016; 13(2): 63-73.
72. Karakiewicz B., Rozmarynowska B., Paszkiewicz M., Zabielska P.: Aspekty psychologiczno-społeczne uczestnictwa żołnierzy Wojska Polskiego w misjach bojowych. *Psychiatr. Pol.*, 2017; 81: 1-14.
73. Lisowska A.: Przyczyny oraz konsekwencje występowania zaburzeń psychicznych u żołnierzy biorących udział w misjach. *Security, Economy & Law*, 2019; 2: 86-95.
74. Rzeczkowski A.: Następstwa Pourazowego Stresu Bojowego u Żołnierzy Misji Wojskowych. [w:] *Problemy współczesnego świata. Zagadnienia wybrane*. Żywucka-Kozłowska E., Szczechowicz A., Rzeczkowska K. (red.). KPP Monografie, Olsztyn 2018: 66-72.
75. Muzalewska M., Truszczyńska A., Drzał-Grabiec J.: Stan zdrowia i jakość życia żołnierzy po misjach wojskowych. *Medical Review*, 2016; 14, 4: 392-400.
76. Wojtkowski M., Waśko M.K., Kwiatkowski K.: Straty ogólne i sanitarne Polskiego

- Kontyngentu w Afganistanie. *Lek. Wojsk.*, 2018; 97, 1: 35-40.
77. Piotrowski A., Królikowska I.: Konflikty służba-rodzina i ich wpływ na małżeństwo kobiet-żołnierzy przed misją [w:] *Obywatel w mundurze*. Spustka H. (red.). Wyższa Szkoła Oficerska Wojsk Lądowych im. gen. Tadeusza Kościuszki (z dotacji MON), Wrocław 2012: 382-397.
 78. Rychcińska K., Jeżewski P., Rychciński J.: Porównanie stresu żołnierzy zawodowych wykonujących zadania w kraju i poza jego granicami. *Zeszyty Naukowe WSOWL*, 2013, 3, 169: 30-46.
 79. Predel G.: Wpływ udziału żołnierzy w misji stabilizacyjnej w Afganistanie na funkcjonowanie ich rodzin. Wyniki badań empirycznych WBBS WCEO. *Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych Kwartalnik*, 2017, 1: 85-104.
 80. Budzyń P.: Proces rekrutacji prowadzony do Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej [w:] *Edukacja dla bezpieczeństwa*. Kozielska M (red.). Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Poznań 2018: 117-124.
 81. Balcerzyk R.: Aspiracje zawodowe i możliwości rozwoju zawodowego oficerów. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2015, 67-82.
 82. Martin R.L., Houtsma C., Bryan A.O., Bryan C.J., Green B.A., Anestis M.D.: The Impact of Aggression on the Relationship Between Betrayal and Belongingness Among U.S. Military Personnel. *Military Psychology*, 2017, 29, 4: 271-282.
 83. MacManus D., Dean K., Jones M., Rona R.J., Greenberg N., Hull L., Wessely S., Fear N.T.: Violent offending by UK military personel deployed to Iraq and Afghanistan: a data linkage cohort study. *Lancet*, 2013, 381: 907-917.
 84. Gallaway M.S., Fink D.S., Millikan A.M., Bell M.R.: Factors Associated With Physical Aggression Among US Army Soldiers. *Aggressive Behavior*, 2012: 1-11.
 85. Makarowski R., Piotrowski A.: Profil psychologiczny pilotów samolotów pasażerskich – analiza temperamentu, agresji i skłonności do podejmowania ryzyka. *Medycyna Pracy*, 2017, 86, 5: 639-651.
 86. Ogińska-Bulik N.: Negatywne i pozytywne skutki doświadczanych zdarzeń traumatycznych u żołnierzy uczestniczących w misjach wojskowych – rola zasobów osobistych. *Psychiatria*, 2016, 13, 3: 123-132.
 87. Chibowski K.: Odczuwanie strat zasobowych a nasilenie stresu posttraumatycznego u żołnierzy na misjach wojskowych. *Czasopismo Psychologiczne*, 2018, 24, 2: 325-334.
 88. Vojvodic A., Dedic G.: Quality of life and anxiety in military personnel. *Ser J Exp Clin Res*, 2019, 20, 2: 47-54.

ISBN – 978-83-963204-6-9