

Nina Ogińska-Bulik

Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii

---

## Negatywne i pozytywne konsekwencje wtórnej ekspozycji na traumę wśród pielęgniarek

Negative and positive effects of secondary exposure to trauma among nurses

---

### STRESZCZENIE

**Cel.** Celem podjętych badań było ustalenie nasilenia wtórnego stresu traumatycznego i wtórnego wzrostu po traumie oraz ich powiązań z obciążeniem pracą wśród pielęgniarek ekspozowanych na wtórną traumę.

**Grupa badana i metody.** Do analizy włączono wyniki uzyskane od 281 pielęgniarek narażonych na wtórną traumę. Wiek badanych mieścił się w zakresie 20–65 lat ( $M=42,62$ ,  $SD=11,43$ ). W badaniach wykorzystano ankietę, Inwentarz Wtórnego Stresu Traumatycznego oraz Inwentarz Wtórnego Wzrostu Potraumatycznego.

**Wyniki.** Uzyskane wyniki badań wskazały na wysokie nasilenie wtórnego stresu i umiarkowane nasilenie wtórnego wzrostu potraumatycznego w badanej grupie pielęgniarek. Wśród uwzględnionych trzech wskaźników obciążenia pracą zwłaszcza liczba godzin pracy w tygodniu przeznaczana na pomoc pacjentom w istotny sposób wiązała się ujemnie z wtórnym stresem i dodatnio z wtórnym wzrostem – pełniąc także rolę predyktora tych zmiennych.

**Wnioski.** Duża liczba godzin pracy z pacjentami zdaje się pełnić rolę chroniącą pielęgniarki przed rozwojem negatywnych i sprzyjać występowaniu pozytywnych konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumę.

**Słowa kluczowe:** ekspozycja na wtórną traumę, wtórny stres, wtórny wzrost, obciążenie pracą, pielęgniarki

### SUMMARY

**Aim.** The aim of the undertaken research was to determine the severity of secondary traumatic stress and secondary posttraumatic growth and their links with workload among nurses exposed to secondary trauma.

---

Address for correspondence / Adres do korespondencji: janina.oginska@uni.lodz.pl

ORCID: 000-0001-8868-407X

Brak źródeł finansowania / No sources of financing

**Study group and methods.** The analysis included the results obtained from 281 nurses exposed to secondary trauma. The age of the respondents ranged from 20 to 65 years ( $M=42.62$ ,  $SD=11.43$ ). The study used a survey, as well as the Secondary Traumatic Stress Inventory and the Secondary Posttraumatic Growth Inventory.

**Results.** The obtained results indicated a high intensity of secondary traumatic stress and a moderate intensity of secondary growth after trauma in the studied group of nurses. Among the three workload indices included, the number of working hours per week devoted to helping patients is significantly associated with secondary stress – negatively and secondary growth – positively, also acting as a predictor of these variables.

**Conclusions.** A large number of hours of work with patients seems to play a role that protects nurses from the development of negative and favors the occurrence of positive consequences of secondary exposure to trauma.

**Key words:** exposure to secondary trauma, secondary stress, secondary growth, workload, nurses

## WPROWADZENIE

### Wtórny stres traumatyczny

Personel medyczny, w tym pielęgniarki, to grupa profesjonalistów szczególnie narażona na działanie różnych rodzajów stresorów, w tym o charakterze traumatycznym. Praca pielęgniarek, zwłaszcza zatrudnionych na oddziałach powypadkowych oraz w opiece hospicyjnej, polega na opiekowaniu się i pomaganiu osobom, które doświadczyły różnego rodzaju zdarzeń traumatycznych, w tym urazów, wypadków, napaści, przemocy, a także osobom umierającym i cierpiącym w wyniku poważnej, zagrażającej życiu choroby. Tego rodzaju praca, zgodnie z klasyfikacją zdarzeń traumatycznych według DSM-5 (APA, 2013), stanowi istotę pośredniej ekspozycji na traumę.

Pomaganie osobom schorowanym i cierpiącym może być dla pielęgniarek poznawczym i emocjonalnym wyzwaniem i naruszać istniejące przekonania na temat świata i własnej osoby (w tym przekonania o własnej niepodatności na traumę) oraz wywoływać negatywne emocje (lęk, obawa, niepokój, gniew), podobnie, jak u ich strauumatyzowanych pacjentów. Negatywne konsekwencje pośredniej ekspozycji na traumę są najczęściej odzwierciedlane w postaci wtórnego stresu traumatycznego (*Secondary Traumatic Stress – STS*), określanego także jako zaburzenie wtórnego

stresu traumatycznego (*Secondary Traumatic Stress Disorder – STSD*).

Pojęcie wtórnego stresu traumatycznego zostało spopularyzowane przez Figleya (1995), który uznał go za naturalną konsekwencję zachowań i emocji wynikających z wiedzy o traumatycznych zdarzeniach doświadczonych przez innych. Wprowadzenie pojęcia wtórnego stresu traumatycznego poprzedzało określenie zmęczenia współczuciem (*compassion fatigue*), stosowane w odniesieniu początkowo do pielęgniarek, a następnie rozszerzone na terapeutów i innych przedstawicieli zajmujących się zdrowiem psychicznym osób pomagających ofiarom traumy. Według Figleya to właśnie ci profesjonaliści jako pierwsi próbują ukoić ból i cierpienie osób, które doświadczyły traumy, jednakże pomagając innym, sami stają się jej ofiarami. Jak podkreśla Beck (2011), wtórny stres traumatyczny jest spostrzegany jako czynnik ryzyka zawodowego wśród pracowników opieki medycznej.

Objawy wtórnego stresu traumatycznego są podobne do symptomów wchodzących w zakres PTSD (*Posttraumatic Stress Disorder*), występujących u ludzi, którzy bezpośrednio doświadczali traumatycznych zdarzeń. Zgodnie z klasyfikacją zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 (APA, 2013), wchodzą one w zakres czterech kryteriów, tj. intruzji, unikania, negatywnych

zmian w sferze poznawczej i emocjonalnej oraz wzmożonego pobudzenia i reaktywności.

Prowadzone w różnych krajach badania potwierdzają wysokie nasilenie wtórnego stresu traumatycznego wśród personelu ratownictwa medycznego (Duffy i in., 2015; Morrison, Joy, 2016; Roden-Foreman i in., 2017; Ogińska-Bulik i in., 2021a), a także wśród pielęgniarek zatrudnionych przede wszystkim w opiece paliatywnej i na oddziałach onkologicznych (Bock i in., 2020; Ogińska-Bulik, 2018a, b; Ortega-Compos i in., 2020). W badaniach obejmujących pięć grup profesjonalistów pracujących z ofiarami traumy (terapeuci, ratownicy medyczni, pielęgniarki, pracownicy socjalni i kuratorzy sądowi) najwyższe nasilenie objawów wtórnego stresu prezentowali przedstawiciele służb medycznych, a wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia STSD stwierdzono u 45,8% ratowników medycznych i 40% pielęgniarek (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

#### Wtórny wzrost po traumie

Praca z ofiarami traumy może być także źródłem występowania pozytywnych zmian potraumatycznych, ujmowanych w postaci wtórnego/zastępczego wzrostu po traumie (*Secondary/Vicarious Posttraumatic Growth* – SPTG/VPTG). Wtórny wzrost potraumatyczny definiuje się jako zespół pozytywnych zmian, który może wystąpić u pomagających dzięki traumie doświadczonej przez ich podopiecznych (Abel i in., 2014; Arnold i in., 2005). Te pozytywne zmiany występujące w wyniku zastępczej traumatyzacji, podobnie jak w przypadku potraumatycznego wzrostu (*Posttraumatic Growth* – PTG) doświadczanego bezpośrednio, odnoszą się do percepcji siebie, relacji z innymi i filozofii życiowej (Arnold i in., 2005; Brockhause i in., 2011; Manning-Jones, 2015, 2017).

Jednakże pomimo znaczących podobieństw wtórnego wzrostu potraumatycznego do wzrostu doświadczanego przez ofiary traumy wskazuje się także na pewne różnice między tymi konstruktami. Arnold i współpracownicy (2005) podkreślają, że osoby doświadczające wtórnego wzrostu ujawniają

nieco większą ogólną odporność, ale nieco mniejsze zmiany w zakresie poczucia osobistej siły w porównaniu z jednostkami, które bezpośrednio doznały traumy. Możliwe są także różnice w odniesieniu do zmian w sferze duchowej. Osoby, które bezpośrednio doświadczyły zdarzeń traumatycznych, relacjonowały wzrost w zakresie duchowości, podczas gdy osoby pomagające ofiarom traumy wskazywały raczej na ruminowanie o charakterze duchowym, odnosząc ten proces do akceptacji duchowych przekonań związanych z akceptacją tego, co jest nieuchronne i na co nie ma się większego wpływu. Wśród unikalnych aspektów wtórnego wzrostu, które nie występują u osób, które doświadczyły wzrostu w wyniku własnych doświadczeń traumatycznych, wymienia się docenianie własnej pracy, wzrost świadomości pracy jako wartości i zwiększanie profesjonalnych kompetencji (Barrington, Shakespeare-Finch, 2013). Co więcej, negatywne i pozytywne skutki wtórnej traumy wydają się z sobą współwystępować, a negatywne zmiany mogą stanowić katalizator występowania zmian o charakterze pozytywnym (Manning-Jones i in., 2017).

Zakłada się, że proces rozwoju wtórnego wzrostu jest taki sam jak w przypadku wzrostu u osób, które same doznały zdarzeń traumatycznych (Calhoun i in., 2010; Tedeschi, Calhoun, 2004). Wskazuje się tu na znaczenie wielu czynników, takich jak właściwości osobowości występujące przed doświadczeniem traumy, poznawcze przetwarzanie traumy, ujmowane najczęściej w postaci poznawczych strategii radzenia sobie z traumą, czy wsparcie społeczne.

Dostępne wyniki badań potwierdzają występowanie wtórnego wzrostu po traumie wśród personelu medycznego ekspozowanego na wtórną traumę, jednak jego poziom jest zróżnicowany. Wysokie nasilenie wtórnego wzrostu wśród pielęgniarek stwierdzono w badaniach nowozelandzkich (Manning-Jones i in., 2017). Wysoki stopień wtórnych pozytywnych zmian potraumatycznych ujawniły pielęgniarki zatrudnione na oddziałach opieki paliatywnej (Ogińska-Bulik, 2018a),

a także położne uczestniczące w porodach zagrożających życiu dziecka (Beck i in., 2016). Ponadto z badań Lev-Wiesel i in. (2009) wynika, że pielęgniarki wykazują większe nasilenie wtórnego wzrostu po traumie w porównaniu z pracownikami socjalnymi.

Umiarkowany stopień wtórnych zmian pozytywnych po traumie wykazały badania izraelskie przeprowadzone wśród pielęgniarek psychiatrycznych i środowiskowych (Zerah, Shalev, 2015). Podobnie umiarkowane nasilenie wtórnego wzrostu wśród personelu medycznego, obejmującego zarówno ratowników medycznych, jak i zespół pielęgniarski stwierdzono w polskich badaniach (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020; Ogińska-Bulik i in., 2021b). Z kolei na raczej niski stopień wtórnych pozytywnych zmian potraumatycznych wśród personelu medycznego wskazują inne badania przeprowadzone w Izraelu (Taubman-Ben-Ari, Weintraub, 2008).

Obciążenie pracą a negatywne i pozytywne skutki wtórnej ekspozycji na traumę  
Wśród czynników warunkujących występowanie wtórnego stresu i wtórnego wzrostu po traumie zwraca się uwagę na znaczenie czynników związanych z wykonywaną pracą, traktowanych jako wskaźniki wtórnej ekspozycji na traumę. Wymienia się tu przede wszystkim stopień ekspozycji na traumę wyrażany najczęściej w postaci obciążenia pracą. Składa się na nie duża liczba klientów/pacjentów oraz duży nakład czasu przeznaczony na pracę z nimi (Steed, Bicknell, 2001). W zakres obciążenia zawodowego osób pracujących z ofiarami traumy może także wchodzić staż pracy, traktowany jako doświadczenie zawodowe, oraz duża intensywność oddziałujących stresorów, w tym drastyczność analizowanych przypadków. Niektóre zdarzenia doświadczane przez klientów, jak np. bycie ofiarą przemocy, napaści czy torturowania, mogą stanowić silniejsze źródło wtórnej traumy dla pomagających niż inne sytuacje o charakterze traumatycznym.

Charakter powiązań między obciążeniem pracą a wtórnym stresem nie jest jednoznaczny, choć większość prowadzonych w tym

zakresie badań potwierdza dodatni związek między zmiennymi. Rezultaty meta-analizy przeprowadzonej przez Hensel i współpracowników (2015) wskazały na pozytywny związek między liczbą interakcji z osobami po traumatycznych doświadczeniach oraz częstotliwością kontaktów z klientami, mierzoną tygodniowo lub miesięcznie, a nasileniem objawów pourazowych u osób pomagających.

Dodatni związek obciążenia pracą z objawami wtórnego stresu wykazano między innymi wśród śledczych tropiących przypadki wykorzystywania dzieci w Internecie (Perez i in., 2010). Badania obejmujące terapeutów pracujących z ofiarami przemocy potwierdziły, że duża liczba klientów oraz większa ilość czasu poświęcana na pracę z nimi jest powiązana z większym nasileniem wtórnej traumy u profesjonalistów (Schauben, Frazier, 2016). Polskie badania obejmujące pięć grup profesjonalistów pracujących z ofiarami traumy (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020) wskazały na występowanie istotnych różnic w zakresie nasilenia wtórnego stresu i objawów wchodzących w zakres wszystkich jego kryteriów w zależności od obciążenia pracą; większe jego nasilenie wykazali profesjonalisci charakteryzujący się dużym obciążeniem pracą w porównaniu do tych, którzy wykazywali małe obciążenie obowiązkami zawodowymi.

Steed i Bicknell (2001) sugerują jednak, że to nie tyle samo obciążenie pracą ze strauumatyzowanymi klientami, co raczej kwalifikacje profesjonalistów, ich doświadczenie i trening mają wpływ na to, czy wystąpią negatywne konsekwencje wtórnej ekspozycji na traumę.

Stopień narażenia na traumę w postaci obciążenia pracą może także wiązać się z wtórnym wzrostem po traumie, choć w tym zakresie przeprowadzono znacznie mniej badań i nie dają one klarownego obrazu zależności między zmiennymi. Na dodatnie powiązania między obciążeniem pracą a wtórnym wzrostem potraumatycznym, przede wszystkim wśród terapeutów, wskazują Abel i in. (2014); Arnold i in. (2005); Brockhause i in. (2011); Cohen i Collens (2013), a także Linley i Joseph (2007). Dodatni związek między wskaźnikami

obciążenia pracą a wtórnym wzrostem zaobserwowano także w badaniach profesjonalistów pracujących z ofiarami przemocy (Ogińska-Bulik, 2021).

Stopień narażenia na traumę nie był jednak powiązany z występowaniem wtórnych pozytywnych zmian potraumatycznych w badaniach osób pracujących w interwencji kryzysowej (Fedele, 2018). Nie stwierdzono również takiego związku w badaniach obejmujących pięć grup profesjonalistów pracujących z ofiarami traumy (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020). Niejednoznaczne wyniki badań dotyczących powiązań między obciążeniem pracą a wtórnym wzrostem wskazują na potrzebę dalszej eksploracji w tym zakresie.

#### CEL PRACY

Podjęte badania miały na celu sprawdzenie, w jakim stopniu u pielęgniarek narażonych na wtórną traumę występują objawy wtórnego stresu traumatycznego (STS) i wtórnego wzrostu po traumie (SPTG) oraz czy obciążenie pracą wiąże się z nasileniem negatywnych i pozytywnych konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumę. Wskaźnikami obciążenia pracą (wtórnej ekspozycji na traumę) były: staż pracy w charakterze pielęgniarki pracującej z osobami poszkodowanymi, liczba godzin w tygodniu bezpośrednio przeznaczana na pracę z pacjentami oraz nakład pracy, wyrażony odsetkiem pracy przeznaczanej na bezpośrednie pomaganie poszkodowanym pacjentom w stosunku do całej wykonywanej pracy. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jakie jest nasilenie objawów wtórnego stresu i wtórnego wzrostu w badanej grupie pielęgniarek?
2. Czy wskaźniki obciążenia pracą są powiązane z STS i SPTG?
3. Które ze wskaźników obciążenia pracą są predyktorami STS, a które SPTG?
4. Czy objawy STS wiążą się z SPTG?

Ze względu na niejednoznaczność wyników prezentowanych w literaturze nie sformułowano hipotez dotyczących związku między wskaźnikami wtórnej ekspozycji na traumę

(obciążenia pracą) a STS i SPTG, jak również związku między STS a SPTG.

#### METODA

##### Osoby badane

Badaniami, które przeprowadzono na przełomie 2019 i 2020 roku, objęto 300 pielęgniarek (wyłącznie kobiety) zatrudnionych na oddziałach powypadkowych i onkologicznych. Terenem badań były wojewódzkie stacje ratownictwa medycznego, zespoły ratownictwa medycznego, oddziały intensywnej terapii, oraz oddziały onkologiczne<sup>1</sup>. Do analizy włączono kompletne wyniki uzyskane od 281 kobiet, które bezpośrednio pracowały z osobami poszkodowanymi i cierpiącymi.

Wiek badanych mieścił się w zakresie 20-65 lat ( $M=42,62$ ,  $SD=11,43$ ). Zakres stażu pracy w charakterze pielęgniarki wynosił 1-43 lat. Liczba godzin pracy w tygodniu mieściła się w zakresie 2-70, a nakład pracy, wyrażony odsetkiem pracy przeznaczanej na udzielanie bezpośredniej pomocy poszkodowanym w stosunku do całości wykonywanej pracy, mieścił się w zakresie 2-100%.

##### Zastosowane narzędzia pomiaru

W badaniach zastosowano ankietę opracowaną na użytek badania, zawierającą pytania o wiek, staż pracy w charakterze pielęgniarki zatrudnionej na danym oddziale, liczbę godzin pracy przeznaczaną w tygodniu na pracę z pacjentami, nakład pracy wyrażony odsetkiem pracy przeznaczanej na udzielanie bezpośredniej pomocy pacjentom w stosunku do całej wykonywanej pracy oraz dwa standardowe narzędzia badawcze, tj. Inwentarz Wtórnego Stresu Traumatycznego oraz Inwentarz Wtórnego Wzrostu Potraumatycznego.

Inwentarz Wtórnego Stresu Traumatycznego – IWST jest zmodyfikowaną wersją Posttraumatic Stress Disorder Checklist – PCL-5, której autorami są Weathers i wsp. (2013). PCL-5 został zaadaptowany do warunków

1 Część wyników badań uzyskano dzięki współpracy naukowej z Uniwersytetem w Opolu.

polskich przez Ogińską-Bulik, Juczyńskiego, Lis-Turlejską i Mercz-Kot (2018). Inwentarz jest narzędziem samooceny przeznaczonym do badania osób, które udzielają pomocy ofiarom traumy. Składa się z 20 stwierdzeń/reakcji na zdarzenia traumatyczne („powtarzające się przykre i niechciane wspomnienia stresującego wydarzenia”), które odnoszą się do objawów zaliczanych do 4 kryteriów PTSD, tj.: intruzji, unikania, negatywnych zmian w sferze poznawczej i emocjonalnej oraz wzmożonego pobudzenia i reaktywności. Modyfikacja narzędzia polegała na uzupełnieniu instrukcji informacją dotyczącą występowania wymienionych w inwentarzu reakcji w związku z udzielaną pomocą osobom po traumie. Zgodnie z instrukcją osoba badana wskazuje, w jakim stopniu wymienione reakcje wystąpiły u niej w ciągu ostatniego miesiąca w związku z udzieloną pomocą, oceniając je na skali 5-stopniowej: od *wcale* (0); *nieznacznie* (1); *umiarkowanie* (2); *znacznie* (3) do *bardzo mocno* (4). Wskaźnik *alfa* Cronbacha dla IWST wynosi 0,90, a dla poszczególnych czynników: 0,71; 0,85; 0,89; 0,87 (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020).

Inwentarz Wtórny Wzrostu Potraumatycznego – IWWP, opracowany przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego (2020), jest przeznaczony do pomiaru pozytywnych zmian występujących u profesjonalistów pracujących z ofiarami traumy w związku z narażeniem na pośrednią traumę. Zawiera 12 stwierdzeń („Nauczyłem/am się bardziej akceptować innych”) ocenianych w skali 6-stopniowej: od „Wcale nie doświadczyłem tej zmiany” (0); do „Doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu” (5). Zidentyfikowano cztery czynniki, którymi są: 1. nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych; 2. wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych; 3. większe zaufanie do siebie i docenianie życia oraz 4. wzrost akceptacji i działań na rzecz innych. W skład każdego czynnika wchodzi po trzy stwierdzenia. Uzyskano wysokie współczynniki rzetelności, wyrażone współczynnikiem *alfa* Cronbacha, tj. 0,90 dla całej skali oraz dla poszczególnych czynników odpowiednio: 0,71; 0,85; 0,89; 0,87.

## WYNIKI

Rozkład wyników analizowanych zmiennych miał charakter normalny lub zbliżony do normalnego, co upoważnia do stosowania testów parametrycznych. W kolejnych krokach ustalono średnie analizowanych zmiennych, tj. wskaźników obciążenia pracą, objawów wtórnego stresu i wtórnego wzrostu oraz współczynniki korelacji między obciążeniem pracą a STS i SPTG (tab. 1–2), a następnie sprawdzono, które objawy STS są predyktorami SPTG (tab. 3–4). Sprawdzono również związek między STS a SPTG (tab. 5).

Średni staż pracy w charakterze pielęgniarki pracującej z osobami poszkodowanymi przekraczał 13 lat. Badane pielęgniarki przeznaczały średnio ponad 36 godzin w tygodniu na udzielanie pomocy swoim pacjentom, a średni nakład pracy, wyrażony odsetkiem pracy przeznaczanej na udzielanie bezpośredniej pomocy pacjentom w stosunku do całej wykonywanej pracy, przekraczał 68%.

Średni wynik IWST uzyskany przez objęte badaniami pielęgniarki był nieco wyższy niż rezultat uzyskany w badaniach pięciu grup profesjonalistów pracujących z osobami po doświadczeniach traumatycznych (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020), w których wynosił 24,14 ( $SD = 16,11$ ). Uwzględniając przyjęty dla IWST punkt odjęcia (równy 33) można wskazać, że niskie nasilenie STS wykazało 166 pielęgniarek, co stanowi 59,1% ogółu badanych, wysokie zaś – 115, czyli 40,9% badanych.

Nasilenie wtórnych pozytywnych zmian potraumatycznych badanych pielęgniarek jest zbliżone do wyniku uzyskanego w badaniach pięciu grup profesjonalistów wynoszącego 31,06 ( $SD = 12,14$ ) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020). Zgodnie z przyjętymi dla IWWP kryteriami oceny, wyrażonymi w skali stenowej, niski poziom SPTG ujawniło 70 osób (24,9%), średni – 79 (28,1%) i wysoki – 132 (47% ogółu badanych).

W następnym kroku, wykorzystując współczynniki korelacji Pearsona, ustalono związek między wskaźnikami obciążenia pracą a nasileniem negatywnych i pozytywnych następstw

Tabela 1. Średnie i odchylenia standardowe analizowanych zmiennych

ANALIZOWANE ZMIENNE	<i>M</i>	<i>SD</i>
<b>Obciążenie pracą</b>		
– staż pracy	13,15	10,88
– liczba godzin pracy w tygodniu	34,65	13,06
– nakład pracy	68,41	32,63
<b>Wtórny stres traumatyczny</b>		
– wynik ogólny	30,63	19,61
– intruzja	8,22	4,89
– unikanie	3,48	2,35
– negatywne zmiany w sferze poznawczej lub/i emocjonalnej	9,82	7,42
– wzmożone pobudzenie i reaktywność	9,11	6,57
<b>Wtórny wzrost potraumatyczny</b>		
– wynik ogólny	33,79	13,82
– nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	8,14	3,79
– wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych	7,69	4,42
– większe zaufanie do siebie i docenianie życia	9,41	4,05
– wzrost akceptacji i działań na rzecz innych	8,55	3,85

*M* – średnia, *SD* – odchylenie standardowe

Tabela 2. Współczynniki korelacji między obciążeniem pracą a wtórnym stresem i wtórnym wzrostem potraumatycznym

ANALIZOWANE ZMIENNE	Staż pracy	Liczba go- dzin pracy w tygodniu	Nakład pracy
<b>Wtórny stres traumatyczny</b>			
– wynik ogólny	0,06	–0,35***	–0,25***
– intruzja	0,11	–0,29***	–0,23***
– unikanie	0,15*	–0,22***	–0,15*
– negatywne zmiany w sferze poznawczej lub/i emocjonalnej	0,03	–0,36***	–0,25***
– wzmożone pobudzenie i reaktywność	0,03	–0,32***	–0,23***
<b>Wtórny wzrost potraumatyczny</b>			
– wynik ogólny	0,16*	0,36***	0,27***
– nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych	0,18**	0,32***	0,25***
– wzrost doświadczeń duchowych i odpowiedz. za innych	0,10	0,28***	0,20**
– większe zaufanie do siebie i docenianie życia	0,18**	0,35***	0,27***
– wzrost akceptacji i działań na rzecz innych	0,10	0,30***	0,20**

\*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,01$

Tabela 3. Predyktory wtórnego stresu traumatycznego

PREDYKTORY	Beta	Błąd Beta	B	Błąd B	t	p <
Liczba godzin pracy w tygodniu	-0,34	0,05	-0,52	0,08	-6,17	0,001
Wartość stała			48,65	3,12	15,87	0,001

$R = 0,35$ ,  $R^2 = 0,12$

Tabela 4. Predyktory wtórnego wzrostu potraumatycznego

PREDYKTORY	Beta	Błąd Beta	B	Błąd B	t	p <
Liczba godzin pracy w tygodniu	0,35	0,05	0,37	0,06	6,22	0,001
Staż pracy	0,11	0,05	0,14	0,07	1,99	0,05
Wartość stała						

$R = 0,38$ ,  $R^2 = 0,15$

*Beta* – standaryzowany współczynnik regresji/standardized regression coefficient; *B* – niestandardyzowany współczynnik regresji/nonstandardized regression coefficient; *t* – wartość testu *t*/*t*-test value; *p* – poziom istotności/level of significance; *R* – współczynnik korelacji/correlation coefficient;  $R^2$  – współczynnik determinacji/ determination coefficient

pośredniej ekspozycji na traumę. Obliczenia przeprowadzono na całej grupie badanych pielęgniarek (por. tabela 2).

Staż pracy w charakterze pielęgniarki nie koreluje z ogólnym wynikiem STS i większością jego objawów; koreluje jedynie z unikaniem. Wiąże się także – choć słabo – z SPTG (wynik ogólny i dwa czynniki). Z kolei liczba godzin pracy w tygodniu przeznaczana na pomoc poszkodowanym pacjentom, jak i nakład pracy ujemnie wiążą się z STS i dodatkowo z SPTG. Dotyczy to zarówno wyników ogólnych, jak i poszczególnych czynników. Ponadto ustalono, że wiek badanych pielęgniarek słabo wiąże się z objawami wtórnego stresu ( $r=0,12$ ,  $p<0,05$ ) i nie wiąże się z wtórnym wzrostem ( $r=-0,03$ ).

W kolejnym kroku za pomocą analizy regresji (wersja krokowa postępująca) poszukiwano predyktorów STS, uwzględniając jako zmienne wyjaśniające dwa wskaźniki obciążenia pracą, które w sposób istotny korelowały z STS. Uzyskane wyniki prezentuje tabela 3.

Jedyną zmienną, która pełni rolę predyktora STS okazała się liczba godzin pracy w tygodniu przeznaczana na pomoc poszkodowanym pacjentom. Wyjaśnia ona 12% wariacji

zmiennej zależnej. Ujemny znak *Beta* oznacza, że im większa liczba godzin pracy, tym mniejsze nasilenie objawów STS.

W odniesieniu do SPTG jako zmienne wyjaśniające uwzględniono trzy wskaźniki obciążenia pracą, gdyż wszystkie z nich – choć w różnym stopniu – korelowały z SPTG. Uzyskane wyniki pokazuje tabela 4.

Dwa wskaźniki obciążenia pracą pełnią predykcyjną rolę dla SPTG, wyjaśniając łącznie 15% wariacji zmiennej zależnej. Jednakże silniejszym predyktorem niż staż pracy okazała się liczba godzin pracy w tygodniu przeznaczana na bezpośrednią opiekę nad pacjentami, wyjaśniając 14% wariacji zmiennej zależnej. Staż pracy wyjaśnia zaledwie 2% wariacji tej zmiennej. W obydwu przypadkach występuje dodatni znak wskaźnika *Beta*, co oznacza, że im więcej czasu przeznaczają pielęgniarki na opiekę nad pacjentami, a także – choć w mniejszym zakresie – im dłużej pracują w tym zawodzie, tym wyższe nasilenie wtórnego wzrostu po traumie.

Sprawdzono również, czy nasilenie objawów STS wiąże się z SPTG. Uzyskane współczynniki korelacji przedstawia tabela 5.

Z danych zamieszczonych w tabeli 5 wynika, że objawy STS wiążą się ujemnie z SPTG



Tabela 5. Współczynniki korelacji między wtórnym stresem a wtórnym wzrostem potraumatycznym

Wtórny stres traumatyczny	Wtórny wzrost potraumatyczny				
	ogółem	cz. 1	cz. 2	cz. 3	cz. 4
ogółem	-0,29***	-0,30***	-0,07	-0,36***	-0,28***
intruzja	-0,21***	-0,25***	-0,01	-0,28***	-0,22***
unikanie	-0,14*	-0,17**	0,05	-0,22***	-0,15*
negatywne zmiany poznawcze i emocjonalne	-0,33***	-0,33***	-0,11	-0,39***	-0,31***
wzmoczone pobudzenie i reaktywność	-0,28***	-0,27***	-0,10	-0,34***	-0,27***

\*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,01$

cz. 1 – nowe wyzwania i wzrost kompetencji zawodowych; cz. 2 – wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych; cz. 3 – większe zaufanie do siebie i docenianie życia; cz. 4 – wzrost akceptacji i działań na rzecz innych

i jego czynnikami (poza cz. 2 – Wzrost doświadczeń duchowych i poczucia odpowiedzialności za innych), a najsilniej z cz. 3 – Większe zaufanie do siebie i docenianie życia. Są to korelacje ujemne, co wskazuje, że im wyższe nasilenie objawów STS, tym niższy wtórny wzrost po traumie. Analizując poszczególne kryteria STS, daje się zauważyć, że wyższe wartości współczynników korelacji dotyczą zmian w procesach poznawczych i emocjonalnych, pobudzeniu i reaktywności, nieco niższe intruzji, a najniższe unikania.

## DYSKUSJA I WNIOSKI

Badane pielęgniarki zajmujące się w ramach pracy zawodowej pomaganiem osobom poszkodowanym i cierpiącym ujawniają stosunkowo wysokie nasilenie objawów wtórnego stresu traumatycznego. Jest ono wyższe w porównaniu z innymi grupami profesjonalistów pracujących z ofiarami traumy, takimi jak terapeuci, pracownicy socjalni czy kuratorzy sądowi (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020). Wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń wynikających z wtórnej ekspozycji na traumę ujawniło blisko 41% badanych.

Uzyskane dane są w znacznym stopniu zgodne z rezultatami innych badań wskazujących na wysokie nasilenie objawów wtórnego stresu traumatycznego wśród personelu medycznego (Bock i in., 2020; Duffy i in., 2015;

Ogińska-Bulik, 2018a, b; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020; Ogińska-Bulik i in., 2021a; Roden-Foreman i in., 2017). Sugeruje to, że pielęgniarki pracujące na oddziałach wypadkowych i onkologicznych wykazują pewnego rodzaju trudności w zakresie radzenia sobie z traumą doznaną przez innych. Może to być związane z deficytem kompetencji do radzenia sobie ze stresem lub obniżonym poziomem zasobów osobistych i społecznych. Warto nadmienić, iż czynnikiem obciążającym pielęgniarki są niewątpliwie trudne warunki pracy, narażenie na widok cierpienia innych i obcowanie ze śmiercią. Należy podkreślić, że czynnikiem, który aktualnie może nasilać negatywne skutki pracy personelu medycznego, w tym pielęgniarek, jest zwiększone ryzyko zagrożenia własnego zdrowia i życia w związku z pandemią SARS-CoV2 (badania przeprowadzono przed wybuchem pandemii). Z kolei utrzymywanie się objawów wtórnego stresu może pociągać za sobą występowanie innych negatywnych konsekwencji wynikających z intensywnej pracy z pacjentami, wśród których można wymienić między innymi zwiększoną absencję, pogorszenie efektywności pracy czy wypalenie zawodowe. Dodatni związek między wypaleniem zawodowym a objawami wtórnego stresu wśród pielęgniarek narażonych na wtórną traumę wykazano w badaniach Ogińskiej-Bulik (2018b). Uzyskane dane wskazują więc na potrzebę objęcia pielęgniarek

oddziaływaniami mającymi na celu rozwój umiejętności radzenia sobie ze stresem występującym w środowisku pracy, zwłaszcza stresem o charakterze traumatycznym.

Jednocześnie jednak badane pielęgniarki dostrzegają pozytywne zmiany wynikające z opieki nad pacjentami. 47% badanych wykazuje wysokie, a 28% średnie nasilenie wtórnego wzrostu po traumie. Uzyskane wyniki są zgodne z większością danych prezentowanych w literaturze, informujących o co najmniej umiarkowanym nasileniu wtórnego wzrostu potraumatycznego w tej grupie zawodowej (Beck i in., 2016; Manning-Jones i in., 2017; Ogińska-Bulik, 2018a; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020; Ogińska-Bulik i in., 2021b). Otrzymane rezultaty wskazały na ujemne powiązania między doświadczanymi następstwami wtórnej ekspozycji na traumę, co oznacza, że im silniejsze objawy wtórnego stresu, tym słabszy wzrost po traumie. Jest to zgodne z wcześniejszymi wynikami badań przeprowadzonych w tej grupie zawodowej (Ogińska-Bulik, 2018a).

Uzyskane rezultaty potwierdziły występowanie powiązań między niektórymi wskaźnikami obciążenia pracą a negatywnymi i pozytywnymi konsekwencjami wtórnej ekspozycji na traumę. Wyniki wskazujące na ujemny związek między liczbą godzin pracy przeznaczaną na opiekę nad pacjentami i nakładem pracy a wtórnym stresem wydają się dość zaskakujące. Większość prowadzonych w tym zakresie badań wskazuje bowiem na dodatnie powiązania między zmiennymi (Hensel i in., 2015; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2020; Perez i in., 2010; Schauben, Frazier, 2016). Dłuższy czas pracy poświęcany pacjentom okazał się w przypadku omawianych tu badań czynnikiem ochronnym, zmniejszającym nasilenie objawów wtórnego stresu. Ponadto duża liczba godzin pracy z pacjentami okazała się sprzyjająca występowaniu pozytywnych zmian wynikających z wtórnej ekspozycji na traumę.

Trudno w jednoznaczny sposób wyjaśnić ujemny związek między liczbą godzin pracy w tygodniu przeznaczaną na opiekę nad pacjentami a nasileniem wtórnego stresu traumatycznego. Być może pielęgniarki stanowią

specyficzną grupę zawodową, dla której praca polegająca na pomaganiu innym stanowi szczególną wartość. Jest prawdopodobne, że pielęgniarki pomimo silnego stresu czerpią dużą satysfakcję z pomagania innym, a jak wskazuje Figley (Figley, 2002; Ludick, Figley, 2016), czerpanie satysfakcji z pomagania jest czynnikiem prowadzącym do zmniejszenia wyczerpania współczuciem, utożsamianego z wtórnym stresem traumatycznym. Jest również możliwe, że dłuższy czas poświęcany pacjentom pociąga za sobą wyrazy uznania i wdzięczność samych pacjentów, co może łagodzić negatywne skutki wtórnego stresu traumatycznego i sprzyjać zmianom o charakterze pozytywnym. Należy jednak nadmienić, iż to nie oznacza, że samo wydłużenie czasu pracy pielęgniarek przyczyni się do zmniejszenia nasilenia negatywnych konsekwencji wtórnej ekspozycji na traumę. Być może mamy tu do czynienia z zależnością krzywoliniową, co oznaczałoby, iż dłuższy czas pracy sprzyja zmniejszeniu nasilenia objawów wtórnego stresu, choć dalsze jego wydłużanie mogłoby spowodować efekt odwrotny, czyli wzrost nasilenia tych objawów. Wyjaśnienie tej zależności wymagałoby dalszych badań.

Uzyskane wyniki łącznie wskazują, że to raczej inne, nieuwzględnione w badaniu czynniki, przypuszczalnie pochodzące spoza środowiska pracy, mają większy wpływ na wysoki poziom wtórnego stresu odczuwany przez pielęgniarki opiekujące się pacjentami po doświadczeniach traumatycznych niż samo obciążenie pracą. Mogą to być na przykład deficyty w zakresie radzenia sobie ze stresem czy niskie nasilenie posiadanych zasobów osobistych i społecznych.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Miały one charakter przekrojowy, co nie pozwala na wnioskowanie o zależnościach przyczynowo-skutkowych. Badana grupa została ograniczona wyłącznie do kobiet. Wykorzystane w analizach wskaźniki obciążenia pracą są ze sobą powiązane, co mogło wpłynąć na uzyskane wyniki. W badaniach nie analizowano znaczenia osobistych doświadczeń traumatycznych badanych pielęgniarek,

ich osobowościowych właściwości, jak również podejmowanych strategii zaradczych, których rolę podkreślają zarówno modele PTSD, jak i prowadzone w tym zakresie badania.

Pomimo wskazanych ograniczeń wyniki przeprowadzonych badań wnoszą nowe treści w zakresie występowania negatywnych i pozytywnych konsekwencji pośredniej ekspozycji na traumę wśród pielęgniarek oraz powiązań tych następstw z obciążeniem pracą. Warto podkreślić, że w badaniach wykorzystano nowe narzędzia pomiaru, jakimi są IWST i IWWP, służące do oceny wtórnego stresu i wzrostu po traumie.

Uzyskane rezultaty mogą stanowić inspirację do dalszych badań, w których warto byłoby uwzględnić również inne czynniki, które determinują występowanie wtórnego stresu i wtórnego wzrostu, w tym między innymi poznawcze przetwarzanie traumy, posiadane zasoby osobiste, a szczególnie poczucie własnej skuteczności. Interesujące byłoby także przeprowadzenie takich badań z udziałem mężczyzn. Pożądane wydają się także badania o charakterze podłużnym pozwalające na uchwycenie zmian w zakresie nasilenia negatywnych i pozytywnych skutków pośredniej ekspozycji na traumę.

Przeprowadzone badania mogą być także wykorzystane w praktyce, przede wszystkim do opracowania programów profilaktycznych mających na celu obniżenie nasilenia objawów wtórnego stresu traumatycznego. Warto byłoby w nich uwzględnić rozszerzenie kompetencji w zakresie radzenia sobie z traumą, uwzględniając zarówno poznawcze, jak i behawioralne strategie zaradcze, a w tym praktyki dbania o siebie (*self-care*). Na znaczenie różnego rodzaju interwencji mających na celu z jednej strony zmniejszenie nasilenia objawów wtórnego stresu traumatycznego, a z drugiej promowanie wtórnego wzrostu po traumie zwracają uwagę Molnar i in. (2017) oraz Ogińska-Bulik i Juczynski (2020).

Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie poniższych wniosków:

Pielęgniarki narażone na wtórną traumę wykazują zarówno negatywne, jak i pozytywne

jej skutki, wyrażane w postaci objawów wtórnego stresu i wtórnego wzrostu.

Obciążenie pracą, wyrażane przede wszystkim w postaci liczby godzin pracy w tygodniu przeznaczonych na bezpośrednią opiekę nad pacjentami, zmniejsza objawy wtórnego stresu i sprzyja występowaniu wtórnego wzrostu.

Istnieje potrzeba objęcia pielęgniarek narażonych na wtórną traumę oddziaływaniami mającymi na celu rozwój umiejętności radzenia sobie ze stresem występującym w środowisku pracy, zwłaszcza stresem o charakterze traumatycznym.

W celu zmniejszenia nasilenia objawów wtórnego stresu i promowania wtórnego wzrostu po traumie warto zachęcać pielęgniarki do podejmowania różnego rodzaju praktyk mających na celu dbanie o siebie.

#### PIŚMIENNICTWO

- Abel L., Walker C., Samios C., Morozow L. (2014). Vicarious posttraumatic growth: predictors of growth and relationships with adjustment. *Traumatology*, 20(1), 9–18, doi.org/10.1037/h0099375
- APA – American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC 2013
- Arnold D., Calhoun L.G., Tedeschi R., Cann A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45, 239–263
- Barrington A.G., Shakespeare-Finch J. (2013). Working with refugee survivors of torture and trauma: An opportunity for vicarious post-traumatic growth. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(1), 89–105
- Beck C. (2011). Secondary traumatic stress in nurses. A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1–10, doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005
- Beck C., Eaton C., Gable R. (2016). Vicarious posttraumatic growth in labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric Gynecological and Neonatal Nursing*, 45(6), 801–812
- Bock C., Heitland I., Zimmermann T., Winter L., Kahl K. (2020). Secondary traumatic stress, mental state, and work ability in nurses – results of psychological risk assessment at a university hospital. *Frontiers in Psychiatry*, 27, April; <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00298>

- Brockhouse R., Msetfi R.M., Cohen K., Joseph S. (2011). Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: The moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 735–742
- Calhoun L.G., Cann A., Tedeschi R.G. (2010). The posttraumatic growth model: Sociocultural considerations. Weiss T., Berger R. (eds), *Post-traumatic growth and culturally competent practice: Lessons learned from around the globe* (p. 1–14). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Cohen K., Collens P. (2013). The impact of trauma work on trauma workers: A metasynthesis on vicarious trauma and vicarious posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(6), 570–580
- Duffy E., Avalos G., Dowling M. (2015). Secondary traumatic stress among emergency nurses: a cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 23(2), 53–58, doi: 10.1016/j.ienj.2014.05.001. Epub 2014 May 22
- Fedele K.M. (2018). *An investigation of factors impacting vicarious traumatization and vicarious posttraumatic growth in crisis workers: Vicarious exposure to trauma, feminist beliefs, and feminist self-labeling*. A Dissertation Presented to the Graduate Faculty at the University of Akron
- Figley C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. Figley C.R. (ed), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1–20
- Figley C.R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433–1441, doi.org/10.1002/jclp.10090
- Hensel J.M., Ruiz C., Finney C., Dewa C.S. (2015). Meta-analysis of risk factors for secondary traumatic stress in therapeutic work with trauma victims. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 83–91
- Lev-Weisel R., Goldblatt H., Eiskovits Z., Admi H. (2009). Growth in the shadow of war: the case of social workers and nurses working in a shared war reality. *British Journal of Social Work*, 39, 1154–1174
- Linley P.A., Joseph S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 385–403
- Ludick M., Figley C.R. (2016). Toward a Mechanism for Secondary Trauma Induction and Reduction: Reimagining a Theory of Secondary Traumatic Stress. *Traumatology*, 7, doi: 10.1037/trm0000096
- Manning-Jones S., de Terte I., Stephens C. (2015). Vicarious posttraumatic growth: A systematic literature review. *International Journal of Well-being*, 5(2), 125–139
- Manning-Jones S., de Terte I., Stephens C. (2017). The relationship between vicarious posttraumatic growth and secondary traumatic stress among health professionals. *Journal of Loss and Trauma*, 22(3), 256–270, <http://www.tandfonline.com/loi/upil20>
- Molnar B., Sprang G., Killian K., Gottfried R., Emery V., Bride B. (2017). Advancing science and practice for vicarious/secondary traumatic stress: A research agenda. *Traumatology*, 23(2), 120–142
- Morrison L.E., Joy J.P. (2016). Secondary traumatic stress in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2894–2906; doi:10.1111/jan.13030
- Ogińska-Bulik N. (2018a). Secondary traumatic stress and vicarious posttraumatic growth in nurses working in palliative care – the role of psychological resiliency/Wtórny stres traumatyczny i zastępczy wzrost po traumie wśród pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej – rola przężności psychicznej. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 27(3), 196–210; doi.org/10.5114/ppn.2018.78713
- Ogińska-Bulik N. (2018b). Związek między wypaleniem zawodowym i wtórnym stresem traumatycznym wśród pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej. *Psychiatria* 15(2), 26–32
- Ogińska-Bulik N. (2021). Obciążenie pracą i przejawiana empatia a objawy wtórnego stresu pourazowego u profesjonalistek pracujących z osobami po doświadczeniach przemocy. *Psychiatria*, 18(1), 8–17; doi: 10.5603/PSYCH.a2020.0041
- Ogińska-Bulik N., Gurowiec P., Michalska P., Kędra E. (2021a). Prevalence and predictors of secondary traumatic stress symptoms in health care professionals working with trauma victims: cross-sectional study. *PLoS ONE*, 16(2): e0247596, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247596>
- Ogińska-Bulik N., Gurowiec P., Michalska P., Kędra E. (2021b). Prevalence and determinants of secondary posttraumatic growth following trauma work among medical personnel: a cross-sectional study. *European Journal of Psychotraumatology*, 12 (1), 876382, <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1876382>
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2020). *Kiedy trauma innych staje się własną. Negatywne i pozytywne konsekwencje pomagania osobom po doświadczeniach traumatycznych*. Warszawa: PWN

- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., Lis-Turlejska M., Merez-Kot D. (2018). Polska adaptacja PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5. Doniesienie wstępne. *Przegląd Psychologiczny*, 61(2), 281–285 [http://www.kul.pl/files/714/2.61.2018\\_art.5.pdf](http://www.kul.pl/files/714/2.61.2018_art.5.pdf) / Polish adaptation of PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5. A preliminary communication. *The Review of Psychology*, 61(2), 287–291, [http://www.kul.pl/files/714/2.61.2018\\_art.5.eng.pdf](http://www.kul.pl/files/714/2.61.2018_art.5.eng.pdf)
- Ortega-Campos E., Vargas-Román K., Velando-Soriano A., Suleiman-Martos N., Cañadas-de la Fuente G., Albendín-García L., Gómez-Urquiza J.L. (2020). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout in Oncology Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sustainability*, 12(1), 72; doi:10.3390/su12010072
- Perez L.M., Jones J., Englert D.R., Sachau D. (2010). Secondary traumatic stress and burnout among law enforcement investigators exposed to disturbing media images. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 25(2), 113–124
- Roden-Foreman J., Bennett M., Rainey E., Garrett J., Powers M., Warren A. (2017). Secondary traumatic stress in emergency medicine clinicians. *Cognitive Behavioral Therapy*, 46(1), 1–11, doi.org/10.1080/16506073.2017.1315612
- Schauben L.J., Frazier P.A. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counsellors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19(1), 49–64
- Steed L., Bicknell J. (2001). Trauma and the therapist: The experience of therapists working with the perpetrators of sexual abuse. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1, 1–14
- Taubman-Ben-Ari O., Weintraub A. (2008). Meaning in life and personal growth among pediatric physicians and nurses. *Death Studies*, 32, 621–645, doi:10.1080/07481180802215627
- Tedeschi R.G., Calhoun L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–8; doi: 10.1207/s15327965pli1501\_01
- Weathers F., Litz B., Keane T., Palmieri P., Marx B., Schnurr P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. The National Center for PTSD, [www.ptsd.va.gov](http://www.ptsd.va.gov)
- Zerach G., Shalev T. (2015). The relations between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious posttraumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29, 135–142; doi: 10.1016/j.apnu.2015.01.002

Praca zgłoszona do czasopisma 14.05.2021 / praca zaakceptowana do druku: 18.06.2021

Manuscript received: 14.05.2021 / manuscript accepted: 18.06.2021