

Nina Ogińska-Bulik

ZASOBY OSOBISTE A NEGATYWNE I POZYTYWNE SKUTKI DOŚWIADCZEŃ TRAUMATYCZNYCH U RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH

PERSONAL RESOURCES AND NEGATIVE AND POSITIVE EFFECTS OF TRAUMATIC EVENTS IN A GROUP OF MEDICAL RESCUERS

Uniwersytet Łódzki / University of Lodz, Łódź, Poland

Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Zdrowia / Institute of Psychology, Department of Health Psychology

STRESZCZENIE

Wstęp: Celem podjętych badań było ustalenie roli zasobów osobistych, takich jak optymizm i poczucie własnej skuteczności, w występowaniu negatywnych (objawy stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder – PTSD)) i pozytywnych (potraumatyczny wzrost (posttraumatic growth – PTG)) skutków doświadczeń traumatycznych wśród przedstawicieli służb ratowniczych. **Materiał i metody:** Analizie poddano wyniki 100 ratowników medycznych (59% mężczyzn), którzy doświadczyli zdarzeń traumatycznych w związku z wykonywaną pracą. Wiek badanych wynosił 24–60 lat (średnia = 37,43; odchylenie standardowe = 8,73). Do oceny negatywnych skutków doświadczanych zdarzeń wykorzystano Skalę Wpływu Zdarzeń, a pozytywnych – Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju. Optymizm oceniano za pomocą Testu Orientacji Życiowej, a poczucie własnej skuteczności – Uogólnionej Skali Własnej Skuteczności. **Wyniki:** Stwierdzono, że optymizm jest ujemnie powiązany z objawami zespołu stresu pourazowego w grupie mężczyzn, a poczucie własnej skuteczności – dodatnio z nasileniem wzrostu po traumie w grupie kobiet. **Wnioski:** Analizowane zasoby osobiste pełnią zróżnicowaną funkcję w pojawianiu się negatywnych i pozytywnych skutków doświadczanych zdarzeń traumatycznych w zależności od płci badanych. Med. Pr. 2016;67(5):635–644

Słowa kluczowe: optymizm, zasoby osobiste, ratownicy medyczni, potraumatyczny wzrost, objawy PTSD, poczucie własnej skuteczności

ABSTRACT

Background: The purpose of the research was to investigate the role of personal resources, such as optimism and sense of self-efficacy in both negative (posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms) and positive (posttraumatic growth – PTG) effects of experienced trauma in a group of emergency service representatives. **Material and Methods:** Data of 100 medical rescue workers, mostly men (59%) who have experienced traumatic events in their worksite were analyzed. The age of the participants ranged from 24 to 60 years (mean = 37.43; standard deviation = 8.73). Polish versions of the Impact of Event Scale – Revised and the Posttraumatic Growth Inventory were used to assess the negative and positive effects of experienced events. Optimism was assessed by the Life Orientation Test and sense of self-efficacy by the Generalized Self-Efficacy Scale. **Results:** The obtained results revealed that optimism is negatively associated with symptoms of PTSD in men, and sense of self-efficacy – positively with the severity of growth after trauma in women. **Conclusions:** The analyzed personal resources play a diverse role in the emergence of negative and positive effects of experienced traumatic events, depending on the gender of the respondents. Med Pr 2016;67(5):635–644

Key words: optimism, personal resources, medical rescuers, posttraumatic growth, PTSD symptoms, sense of self-efficacy

Autorka do korespondencji / Corresponding author: Nina Ogińska-Bulik, Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Zdrowia, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź, e-mail: noginska@uni.lodz.pl
Nadesłano: 26 listopada 2015, zatwierdzono: 17 marca 2016

WSTĘP

Zdarzenia traumatyczne i ich konsekwencje u ratowników medycznych

Pracownicy służb ratowniczych, a szczególnie ratownicy medyczni, są narażeni na doświadczanie wydarzeń traumatycznych w związku z wykonywaną pracą. Wiążą się one przede wszystkim z koniecznością ratowania ludzkiego zdrowia i życia oraz konfrontacją ze śmiercią. Z badań szwedzkich [1] wynika, że blisko 62% ba-

danych ratowników, zatrudnionych w zespołach pogotowia ratunkowego, doświadczyło traumatycznego zdarzenia podczas swojej pracy.

W polskich badaniach obejmujących członków zespołów ratowniczych pogotowia ratunkowego wykazano, że w trakcie pełnienia obowiązków służbowych 72% badanych doświadczyło zdarzenia traumatycznego co najmniej raz, a 64% – dwa razy i więcej [2]. Z badań Ogińskiej-Bulik [3] wynika, że zdecydowana większość ratowników medycznych (blisko 82%)

była narażona na sytuacje traumatyczne z udziałem dzieci, które były ofiarami wypadków lub innych zdarzeń. W ratowaniu poszkodowanych w wypadkach, w których uczestniczyło kilkanaście ofiar, brało udział 62% ratowników, a zaledwie 11,3% nie miało do czynienia z takimi sytuacjami. Co ciekawe, badani ratownicy medyczni rzadko doświadczali zdarzeń traumatycznych niezwiązanych z wykonywaną pracą.

Zdarzenia o charakterze traumatycznym pociągają za sobą liczne negatywne następstwa, przede wszystkim w zakresie funkcjonowania psychospołecznego jednostki. Wskazują na to m.in. dane brytyjskie, z których wynika, że 22% spośród badanych pracowników pogotowia ratunkowego prezentowało objawy zaburzeń zdrowia psychicznego, a u około połowy występowały intruzyjne myśli, poczucie irytacji, problemy ze snem i dystansowanie się od innych [4]. Potwierdzają to wyniki polskich badań, z których wynika, że u 37% ratowników medycznych wśród objawów stresu doświadczanego w pracy występowały rozdrażnienie (37%), bóle głowy (26%), zaburzenia snu (22%), niekontrolowane wybuchy złości i innych negatywnych emocji (19%) [5].

Wyniki prowadzonych badań wskazują również, że u ratowników medycznych narażonych na działanie stresorów związanych z wykonywaną pracą występuje zespół stresu pourazowego (posttraumatic stress disorder – PTSD) lub jego symptomy. Zespół stresu pourazowego obejmuje utrzymujące się co najmniej miesiąc objawy należące do 3 grup, którymi są:

1. Nawroty (intruzje) – charakteryzujące się powracaniem i przeżywaniem na nowo doświadczonego zdarzenia, przede wszystkim w postaci wspomnień i snów.
2. Unikanie – przejawiające się zmniejszeniem ogólnej reaktywności, unikaniem bodźców, działań, uczuć lub rozmów związanych z traumą.
3. Pobudzenie psychofizjologiczne – w postaci trudności z zasypianiem, płytkiego snu, częstych przebudzeń, a także gwałtownych wybuchów złości, trudności z koncentracją uwagi czy wzmożoną czujnością [6,7].

Z dostępnych w literaturze danych wynika, że częstość występowania PTSD wśród przedstawicieli służb ratowniczych jest zróżnicowana. W badaniach przeprowadzonych w Danii [8] stwierdzono go u 10–17% ratowników medycznych. Z badań brytyjskich [4] wynika, że kryteria PTSD spełniało 21% badanych. W polskich badaniach tej grupy zawodowej [3] u blisko 42% respondentów wykazano co najmniej umiarkowane nasilenie objawów tego zespołu.

Prowadzone w ostatnich latach badania nad stresem pourazowym dostarczyły danych wskazujących, że doświadczenie lub bycie świadkiem zagrażających zdrowiu lub życiu zdarzeń może również wiązać się z występowaniem pozytywnych zmian, przede wszystkim w zakresie osobowości jednostki. Trauma może więc być traktowana jako źródło rozwoju człowieka. Wskazuje na to zjawisko potraumatycznego wzrostu (posttraumatic growth – PTG) oznaczające zespół pozytywnych następstw, obejmujący zmiany w percepcji siebie, relacjach z innymi i doceniania życia, które mogą pojawić się w następstwie podjęcia prób poradzenia sobie z doświadczonego zdarzeniem traumatycznym [3,9–11].

Potraumatyczny wzrost jest czymś więcej niż tylko powrotem do stanu równowagi po doświadczonego przeżyciu traumatycznym. Zjawisko to wskazuje, że jednostka w wyniku przeżytej sytuacji przechodzi pewnego rodzaju transformację i osiąga wyższy niż przed traumą poziom funkcjonowania. Pozytywne zmiany po traumie są traktowane jako rezultat skutecznego radzenia sobie z nią. Nie wyklucza to jednak występowania negatywnych skutków doświadczonej traumy. Co więcej, ich pojawienie się – m.in. w postaci objawów PTSD – wydaje się wręcz konieczne w przystosowaniu się do nowych okoliczności i sprzyja wystąpieniu zmian wzrostowych. Oznacza to, że osoby doświadczające wzrostu mogą jednocześnie odczuwać dystres i obniżone poczucie dobrostanu.

Występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych u pracowników wchodzących w skład zespołów ratowniczych pogotowia ratunkowego stwierdzono w badaniach australijskich [12,13]. W polskich badaniach potwierdzono występowanie wzrostu po traumie w tej grupie zawodowej [3,14,15].

Rola zasobów osobistych w występowaniu negatywnych i pozytywnych zmian potraumatycznych

Nie u każdej osoby, która przeżyła zdarzenie traumatyczne lub była jego świadkiem, rozwija się zespół stresu pourazowego. Podobnie jak nie każda doświadcza wzrostu po traumie. W psychologicznych mechanizmach powstawania PTSD, a także występowania wzrostu po traumie, zwraca się uwagę na rolę odporności psychicznej jednostki i jej schematów poznawczych dotyczących świata i własnej osoby. Niekorzystne w kontekście następstw traumy, a szczególnie rozwoju PTSD, są schematy skrajne, zarówno negatywne, jak i pozytywne. Z kolei schematy plastyczne o umiarkowanym nasileniu mogą uodparniać na negatywne, a sprzyjać pozytywnym skutkom doświadczania

nych zdarzeń traumatycznych¹. Ukształtowane przed traumą schematy poznawcze są powiązane z podmiotowymi właściwościami jednostki, w tym zasobami osobistymi.

Na znaczenie podmiotowych właściwości człowieka, w tym posiadanych zasobów osobistych, jako czynników chroniących przed rozwojem PTSD wskazuje m.in. Dudek [16]. Są to właściwości, które ukształtowały się, zanim jednostka doświadczyła zdarzenia traumatycznego. Z kolei ich rolę, którą pełnią jako czynniki sprzyjające rozwojowi po traumie, akcentuje model wzrostu po traumie [10]. Do zasobów osobistych, które mają znaczenie dla ponoszonych konsekwencji – zarówno negatywnych, jak i pozytywnych – doświadczonej traumy, należą m.in. optymizm życiowy, określanej też mianem dyspozycyjnego optymizmu, i poczucie własnej skuteczności.

Dyspozycyjny optymizm wyraża zgeneralizowane oczekiwania pozytywnych wydarzeń w przyszłości oraz przekonanie, że do wydarzeń niepomyślnych będzie dochodziło sporadycznie lub nie będzie dochodziło wcale [17]. Dyspozycyjny optymizm sprawia, że człowiek wierzy, że osiągnie wytyczony cel. Ułatwia lub umożliwia jednostce podjęcie decyzji, a w obliczu trudności sprzyja kontynuowaniu podjętych przez nią wysiłków.

Optymizm jest zasobem, który chroni przed rozwojem negatywnych następstw doświadczonej traumy, przede wszystkim w postaci objawów PTSD [18,19]. W wielu badaniach potwierdzono także znaczenie optymizmu w występowaniu pozytywnych skutków doświadczonej traumy [11,20,21], jednak uzyskane wyniki nie odnoszą się bezpośrednio do przedstawicieli służb ratowniczych.

Poczucie własnej skuteczności (samoskuteczności, kompetencji) dotyczy przekonania jednostki, że jest zdolna do podjęcia konkretnej czynności i wytrwałości w osiągnięciu zamierzonego celu w określonej sytuacji. Zasób ten wpływa na wiele aspektów ludzkiego zachowania, w tym na sposoby radzenia sobie ze stresem, a zwłaszcza dobór strategii, długotrwałość podejmowanych wysiłków, stopień zaangażowania w proces radzenia sobie, a także na zdrowie człowieka. Przekonania dotyczące własnej skuteczności wpływają także na ocenę innych osobistych zasobów zaangażowanych w sytuacji stresowej. Im silniejsze są przekonania dotyczące własnej skuteczności, tym wyższe cele stawia sobie jed-

nostka i tym silniejsze jest jej zaangażowanie w podjętą aktywność [17].

Z dostępnych badań wynika, że poczucie własnej skuteczności, rozumiane jako przekonanie o możliwości osiągnięcia określonego celu w określonej sytuacji życiowej, może być traktowane jako czynnik ochronny przed rozwojem PTSD. Wśród pracowników służb ratowniczych wykazano ujemny związek między poczuciem skuteczności a nasileniem PTSD. Dotyczy to przede wszystkim strażaków [22–24]. Podobną zależność potwierdzono wśród funkcjonariuszy policji [16]. Przeprowadzone badania dostarczyły danych o występowaniu ujemnego związku między poczuciem skuteczności a 3 wymiarami PTSD, przy czym silniejsze korelacje dotyczyły unikania i pobudzenia niż objawów nawracania (intruzji). Dostępne są także dane odnoszące się do pracowników służb ratowniczych, które nie potwierdzają znaczenia poczucia własnej skuteczności w ochronie przed rozwojem PTSD. Przykładami mogą być badania przeprowadzone wśród strażaków z jednostek ratowniczo-gaśniczych z całej Polski [25]. Brak związku między zmiennymi autorzy wyjaśniają m.in. tym, że w badaniach analizowano uogólnione, a nie swoiste – odnoszące się do radzenia sobie z traumatycznymi zdarzeniami – poczucie własnej skuteczności.

Na znaczenie poczucia własnej skuteczności jako zasobu sprzyjającego występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych, wynikających z doświadczania różnego rodzaju zdarzeń traumatycznych, wskazują m.in. Cieslak i wsp. [26] czy Linley i Joseph [27]. W innych badaniach nie potwierdzono jednak roli poczucia własnej skuteczności w rozwoju po traumie [28]. Niejednoznaczne dane dotyczące związku między zasobami osobistymi jednostki a negatywnymi i pozytywnymi następstwami doświadczonej traumy wskazują na potrzebę prowadzenia dalszych badań w tym obszarze, zwłaszcza u przedstawicieli służb ratowniczych.

Celem podjętych badań było ustalenie roli zasobów osobistych, takich jak dyspozycyjny optymizm i poczucie własnej skuteczności, w występowaniu negatywnych i pozytywnych skutków zdarzeń o charakterze traumatycznym u ratowników medycznych. Wskaźnikiem negatywnych konsekwencji były objawy stresu pourazowego, a pozytywnych – potraumatyczny wzrost. Przyjęty model badań nawiązuje do opracowanego przez Tedeschiego i Calhouna [10] modelu potraumatycznego wzrostu, zgodnie z którym posiadane przed traumą właściwości jednostki leżą u podstaw procesu występowania zmian potraumatycznych. Postawiono następujące pytania badawcze:

¹ Mechanizmy powstawania i rozwoju PTSD opisano m.in. w: Dudek B.: Zaburzenie po stresie traumatycznym. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.

- Czy i w jakim stopniu u badanych ratowników medycznych występują objawy stresu pourazowego?
- Czy i jakiego rodzaju pozytywne zmiany po traumie dostrzegają u siebie badani ratownicy?
- Czy płeć, wiek i staż pracy wpływają na poziom negatywnych i pozytywnych skutków doświadczeń traumatycznych?
- Czy optymizm i poczucie własnej skuteczności wiążą się z nasileniem objawów PTSD i wzrostem po traumie?
- Który z analizowanych zasobów osobistych pozwala na przewidywanie objawów stresu pourazowego i wzrostu po traumie?

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w grupie pracowników pogotowia ratunkowego, obejmującej lekarzy i ratowników medycznych (obojsza płci) z jednostek ratunkowych z województwa łódzkiego i Śląska. Badania odbywały się w miejscu pracy za zgodą przełożonych oraz miały charakter anonimowy i dobrowolny². Przed przystąpieniem do wypełniania kwestionariuszy ratownicy medyczni byli proszeni o odpowiedź na pytanie, czy w ostatnich 5 latach w związku z wykonywaną pracą doświadczyli zdarzenia, które wiązało się z zagrożeniem życia lub śmiercią innych osób. Spośród 120 osób, które przystąpiły do badań, zdecydowana większość, tj. 104 osoby, co stanowi 87% badanych, przyznała, że miała do czynienia z takimi wydarzeniami. Do analizy włączono ostatecznie wyniki 100 osób, które były narażone na ekspozycję na traumę w związku z wykonywaną pracą oraz kompletnie wypełniły przekazane im kwestionariusze. Większość badanych (59%) stanowili mężczyźni. Wiek badanych wynosił 24–60 lat (średnia (mean – M) = 37,43; odchylenie standardowe (standard deviation – SD) = 8,73). Staż pracy wynosił 2–40 lat (M = 12,73; SD = 8,75).

Do oceny negatywnych skutków doświadczanych zdarzeń traumatycznych wykorzystano Skalę Wpływu Zdarzeń, pozytywnych – Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju. Optymizm oceniano za pomocą Testu Orientacji Życiowej, a poczucie własnej skuteczności – Uogólnionej Skali Własnej Skuteczności.

Skala Wpływu Zdarzeń jest polską adaptacją zrewidowanej wersji Impact of Event Scale (IES-R) autorstwa Weissa i Marmara, opracowaną przez Juczyńskiego i Ogińską-Bulik [6]. Zawiera ona 22 twierdze-

nia (np. „Gdy tylko przypomniałem sobie to zdarzenie, wracały emocje”) i uwzględnia 3 wymiary PTSD:

1. Intruzję – wyrażającą powracające obrazy, sny, myśli lub wrażenia percepcyjne związane z traumą.
2. Pobudzenie – charakteryzujące się wzmożoną czujnością, lękiem, zniecierpliwieniem, trudnościami w koncentracji uwagi.
3. Unikanie – przejawiające się wysiłkami pozbycia się myśli, emocji lub rozmów związanych z traumą.

Zgodnie z instrukcją osoba badana najpierw opisuje negatywne wydarzenia życiowe (w tym przypadku było to zdarzenie związane z wykonywaną pracą), a następnie dokonuje oceny objawów za pomocą 5-stopniowej skali Likerta (0–4). Skala służy do ustalenia aktualnego, subiektywnego poczucia dyskomfortu związanego z zaistniałymi negatywnymi wydarzeniami. Narzędzie charakteryzuje się dobrymi parametrami psychometrycznymi (wskaźnik α Cronbacha = 0,75).

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (Posttraumatic Growth Inventory – PTGI), którego autorami są Tedeschi i Calhoun, został zaadaptowany do warunków polskich przez Ogińską-Bulik i Juczyńskiego [29]. Narzędzie składa się z 21 stwierdzeń opisujących różne pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego wydarzenia traumatycznego (np. „zmieniłem swoje priorytety odnośnie do tego, co jest w życiu ważne”), do których osoba badana ustosunkowuje się, wybierając odpowiedzi od „nie doświadczyłem tej zmiany” (0 pkt) do „doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu” (5 pkt). Im wyższa punktacja, tym wyższe nasilenie pozytywnych zmian.

W polskiej wersji inwentarz mierzy 4 czynniki składające się na wzrost po traumie. Są to: zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach z innymi, większe docenianie życia i zmiany duchowe. Wynik ogólny jest sumą 4 wymienionych czynników. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Jego wskaźnik α Cronbacha wynosi 0,93 (dla poszczególnych czynników 0,63–0,87) i jest nieco wyższy niż dla wersji oryginalnej.

Służący do pomiaru optymizmu Test Orientacji Życiowej jest opracowaną przez Poprawę i Juczyńskiego polską adaptacją Life Orientation Scale (LOT-R) autorstwa Scheiera, Carvera i Bridgesa [17]. Narzędzie służy do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu, który wyraża zgeneralizowane oczekiwania pozytywnych zdarzeń. Zawiera 10 stwierdzeń, z których 6 ma wartość diagnostyczną, a pozostałe 4 służą jako pozycje buforowe. Każda z pozycji podlega ocenie w 5-stopniowej skali, od 0 – „zdecydowanie nie odnosi się do mnie”

² Badania przeprowadzono w ramach seminarium magisterskiego z psychologii zdrowia kierowanego przez prof. N. Ogińską-Bulik.

do 4 – „zdecydowanie odnosi się do mnie”. Ogólny wynik testu jest sumą ocen 6 stwierdzeń. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom optymizmu. Właściwości psychometryczne narzędzia są satysfakcjonujące (wskaźnik α Cronbacha = 0,76).

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (Generalized Self Efficacy Scale – GSES), której autorami są Schwarzer i Jerusalem, w polskiej adaptacji Juczyńskiego [17], mierzy stopień przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Składa się z 10 stwierdzeń, które wchodziły w skład 1 czynnika. Na każde pytanie badana osoba odpowiada, wybierając jedną z 4 możliwych odpowiedzi: „nie” (1 pkt), „raczej nie” (2 pkt), „raczej tak” (3 pkt) lub „tak” (4 pkt). Suma punktów daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności, który mieści się w zakresie 10–40. Im wyższy wynik, tym większe poczucie własnej skuteczności. Wartości psychometryczne polskiej wersji skali są zadowalające (wskaźnik α Cronbacha = 0,85).

WYNIKI BADAŃ

Rozkłady uzyskanych wyników mają charakter normalny, dlatego w analizach wykorzystano testy parametryczne. Do ustalenia różnic między średnimi za-

stosowano test t-Studenta. Związek między zmiennymi ustalono za pomocą współczynników korelacji Pearsona. Sprawdzone również, który z analizowanych zmiennych (zmiennie objaśniające) pełni predykcyjną funkcję dla objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) i potraumatycznego wzrostu (PTG), traktowanych jako zmiennie objaśniane. Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą programu Statistica.

W pierwszym kroku analizy danych obliczono średnie uwzględnionych w badaniu zmiennych (tab. 1). W odniesieniu do negatywnych i pozytywnych skutków doświadczonych zdarzeń traumatycznych wzięto pod uwagę znaczenie zmiennych społeczno-demograficznych, takich jak płeć, wiek i staż pracy.

Uzyskane średnie objawów składających się na zespół stresu pourazowego nie odbiegają w sposób znaczący od wyników badań normalizacyjnych [6]. U 54% badanych stwierdzono co najmniej umiarkowane, a u 46% niskie nasilenie objawów tego zespołu, uwzględniając kryterium 33 punktów jako wartość graniczną dla PTSD w Skali Wpływu Zdarzeń. Sprawdzone także, czy badani ratownicy medyczni różnią się pod względem nasilenia poszczególnych objawów PTSD. Dla wyników Skali Wpływu Zdarzeń obliczono średnie 3 wymiarów wchodzących w jej skład, uwzględniając zróżnicowaną liczbę pozycji (odpowiednio: 8, 7, 7) i spraw-

Tabela 1. Poziom objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD) i potraumatycznego wzrostu (PTG) w badanej grupie ratowników medycznych^a

Table 1. The level of posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic growth (PTG) in the study group of medical rescue workers^a

Zmienna Variable	Respondenci Respondents (N = 100) [pkt]	
	M	SD
PTSD		
ogółem / total	33,53	17,75
intruzja / intrusion	13,41	7,13
pobudzenie / arousal	9,74	6,21
unikanie / avoidance	10,26	6,02
PTG		
ogółem / total	55,25	19,18
zmiany w percepcji siebie / changes in self-perception	24,96	9,41
zmiany w relacjach z innymi / changes in relations to others	18,66	7,44
docenianie życia / appreciation of life	9,09	3,26
zmiany duchowe / spiritual changes	2,81	2,40

^a Mierzony w 5- i 6-stopniowej skali Likerta / Measured in the 5- and 6 point Likert scale.

M – średnia / mean, SD – odchylenie standardowe / standard deviation.

dzono, czy występujące między nimi różnice są istotne statystycznie. Nasilenie intruzji ($M = 1,67$) okazało się istotnie wyższe w stosunku do pobudzenia ($M = 1,39$; $p < 0,02$), nie różniło się jednak od unikania ($M = 1,46$).

Uzyskany wynik Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju, zgodnie z opracowanymi normami [29], odpowiada wartości 5. stena. Niskie nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych ujawniło 46%, średnie – 36%, a wysokie – 18% badanych. Podobnie jak dla objawów PTSD sprawdzono, czy występują różnice w nasileniu poszczególnych wymiarów wzrostu po traumie. Istotnie większe zmiany zanotowano w zakresie doceniania życia ($M = 3,03$) i percepcji siebie ($M = 2,77$) w porównaniu z nasileniem zmian w sferze duchowej ($M = 1,40$; $p < 0,01$).

Spośród analizowanych zmiennych społeczno-demograficznych płeć okazała się czynnikiem różnicującym poziom negatywnych, ale nie pozytywnych, następstw doświadczonej traumy. Kobiety, w porównaniu z mężczyznami, ujawniły istotnie większe nasilenie PTSD. Dotyczy to zarówno wyniku ogólnego Skali Wpływu Zdarzeń ($M = 40,73$; $SD = 18,71$ vs $M = 28,86$; $SD = 15,40$; $t = 3,47$; $p < 0,001$), jak i poszczególnych objawów (intruzja: $M = 15,97$; $SD = 7,31$ vs $M = 11,74$;

$SD = 6,55$; $t = 3,07$; $p < 0,01$; pobudzenie: $M = 12,29$; $SD = 6,08$ vs $M = 8,01$; $SD = 5,72$; $t = 3,58$; $p < 0,001$; unikanie: $M = 12,46$; $SD = 6,67$ vs $M = 8,89$; $SD = 5,09$; $t = 3,05$; $p < 0,01$).

Wiek nie wiąże się z nasileniem negatywnych ($r = -0,10$) i pozytywnych zmian potraumatycznych ($r = -0,11$) w odniesieniu zarówno do wyników ogólnych, jak i poszczególnych wymiarów. Podobnie staż pracy nie wykazuje istotnych powiązań z PTSD ($r = -0,08$) ani z PTG ($r = -0,10$), a także z poszczególnymi czynnikami wchodzącymi w ich skład.

Następnie sprawdzono, czy istnieje związek między optymizmem i poczuciem własnej skuteczności a negatywnymi i pozytywnymi następstwami doświadczonych zdarzeń traumatycznych. Ze względu na występujące istotne statystycznie różnice w nasileniu PTSD w zależności od płci przeprowadzono oddzielne analizy dla kobiet i mężczyzn. Uzyskane współczynniki korelacji (r Pearsona) przedstawiono w tabeli 2.

Przedstawione w tabeli 2 współczynniki korelacji wskazują na istotne powiązania optymizmu z PTSD, ale jedynie u mężczyzn. Z kolei poczucie własnej skuteczności wiąże się dodatnio z poziomem potraumatycznego wzrostu, ale głównie u kobiet. Jedyny istotny

Tabela 2. Współczynniki korelacji między optymizmem i poczuciem własnej skuteczności a PTSD i PTG w badanej grupie ratowników medycznych

Table 2. Correlation coefficients between optimism, sense of self-efficacy and PTSD and PTG in the study group of medical rescue workers

Zmienna Variable	Kobiety Women (N = 41)		Mężczyźni Men (N = 59)	
	optymizm optimism	poczucie skuteczności self-efficacy	optymizm optimism	poczucie skuteczności self-efficacy
PTSD				
ogółem / total	-0,21	-0,05	-0,25*	-0,19
intruzja / intrusion	-0,17	-0,08	-0,25*	-0,22
pobudzenie / arousal	-0,21	0,04	-0,26*	-0,13
unikanie / avoidance	-0,20	-0,01	-0,18	-0,23
PTG				
ogółem / total	0,08	0,32*	0,03	0,13
zmiany w percepcji siebie / changes in self-perception	0,04	0,35*	0,05	0,28*
zmiany w relacjach / changes in relations to others	0,06	0,26*	0,06	0,10
docenianie życia / appreciation of life	0,11	0,05	-0,05	-0,10
zmiany duchowe / spiritual changes	0,01	0,41**	-0,13	-0,09

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Skróty jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

związek tego zasobu w grupie mężczyzn dotyczy pozytywnych zmian w percepcji siebie. W przypadku negatywnych skutków doświadczonej traumy są to zależności ujemne, a w odniesieniu do pozytywnych – dodatnie. Oznacza to, że im wyższy poziom analizowanych zasobów, tym mniejsze nasilenie objawów stresu pourazowego i większe potraumatycznego wzrostu. Warto nadmienić, że wartości uzyskanych współczynników korelacji są niskie, co świadczy o słabym związku między zmiennymi.

W kolejnym kroku za pomocą analizy regresji poszukiwano odpowiedzi na pytanie, który z uwzględnionych w badaniu zasobów osobistych (optymizm, poczucie własnej skuteczności) odgrywa istotną rolę w przewidywaniu negatywnych i pozytywnych skutków doświadczanych zdarzeń o charakterze traumatycznym. W analizie dodatkowo uwzględniono płeć badanych. Zastosowano ogólny model liniowy według procedury krokowej postępującej, który pozwala na uwzględnienie predyktorów zarówno ilościowych, jak i jakościowych (tab. 3). Do modelu włączono zmienną jakościową (płeć), stosując parametryzację z sigma-ograniczeniami.

W badanej grupie ratowników medycznych predyktorami objawów PTSD (wynik ogólny), traktowanych jako negatywny skutek doświadczanych zdarzeń o charakterze traumatycznym, okazały się optymizm życiowy i płeć. Wyższy poziom optymizmu i płeć żeńska wiązały się z większym nasileniem PTSD. Udział obydwu zmiennych w przewidywaniu tych objawów wynosi 16%. Nie znaleziono żadnych predyktorów dla potraumatycznego wzrostu.

Przeprowadzono także oddzielne analizy mające na celu ustalenie roli zasobów osobistych w przewidywaniu negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonej traumy w grupie kobiet i mężczyzn. W grupie mężczyzn nie ujawniono predyktorów dla ogólne-

go wyniku PTSD. Uwzględniając poszczególne objawy tego zespołu, wykazano natomiast, że optymizm pełni funkcję predykcyjną dla intruzji ($\beta = -0,26$; $R^2 = 0,07$). Wyjaśnia on jednak tylko 7% wariacji zmiennej zależnej. Nie ujawniono predyktorów dla ogólnego wyniku potraumatycznego wzrostu, ale poczucie własnej skuteczności pozwala na przewidywanie pozytywnych zmian w zakresie percepcji siebie ($\beta = 0,28$; $R^2 = 0,08$), wyjaśniając 8% wariacji zmiennej zależnej.

Z kolei w grupie kobiet ujawniono jedynie, że poczucie własnej skuteczności jest predyktorem pozytywnych zmian w sferze duchowej ($\beta = 0,53$; $R^2 = 0,22$), który wyjaśnia 22% wariacji zmiennej zależnej. Żaden z analizowanych zasobów nie pełni funkcji predykcyjnej dla objawów PTSD.

OMÓWIENIE

Z uzyskanych danych wynika, że ponad połowa badanych ratowników medycznych (54%) ujawnia umiarkowane lub wysokie nasilenie objawów stresu pourazowego, co świadczy o wysokiej stresogenności tego zawodu. Uzyskane wyniki są zgodne z rezultatami innych badań. Dla przykładu, w badaniach obejmujących ratowników medycznych płci męskiej [3] blisko 42% badanych ujawniło umiarkowane lub wysokie nasilenie PTSD. Warto dodać, że spośród analizowanych 3 objawów składających się na zespół stresu pourazowego najwyższe nasilenie uzyskała intruzja.

Niezależnie od negatywnych następstw doświadczonej traumy, u badanych ratowników medycznych występują także pozytywne zmiany w postaci potraumatycznego wzrostu, choć tylko 18% ujawniło je w stopniu wysokim. Jest to odsetek znacząco niższy np. w porównaniu z kobietami po mastektomii z przyczyn onkologicznych, z których 50% doświadczyło wysokiego poziomu wzrostu [30]. Uzyskane rezultaty, wska-

Tabela 3. Predyktory zespołu stresu pourazowego (PTSD) w badanej grupie ratowników medycznych
Table 3. Predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) in the study group of medical rescue workers

Predyktor Predictor	β	SE β	B	SE B	t	p
Optymizm / Optimism	-0,26	0,09	-1,17	0,49	-2,40	0,02
Płeć / Gender	-0,31	0,09	-5,50	1,68	-3,27	0,001
Wartość stała / Intercept			52,83	7,81	6,77	0,001

$R = 0,39$; $R^2 = 0,16$

β – standaryzowany współczynnik regresji / standardized regression coefficient, SE – błąd standardowy / standard error, B – niestandardyzowany współczynnik regresji / non-standardized regression coefficient, t – wartość testu t / test t value, p – poziom istotności / level of significance, R – współczynnik korelacji / correlation coefficient, R^2 – współczynnik determinacji / coefficient of determination.

zujące na raczej niski poziom pozytywnych zmian potraumatycznych, są zgodne z wynikami innych badań przeprowadzonych wśród przedstawicieli służb ratowniczych [3]. Sugeruje to, że poziom wzrostu po traumie jest powiązany z rodzajem doświadczanego zdarzenia. Bycie świadkiem zdarzeń traumatycznych jest wpisane w pełnioną funkcję zawodową, a przedstawiciele służb ratowniczych są na nie narażeni niemal codziennie. A to wiąże się z niższym wzrostem niż np. doświadczenie nagłej, zagrażającej życiu choroby.

Badani ratownicy ujawnili większe zmiany w zakresie doceniania życia niż w pozostałych obszarach wzrostu, wśród których najmniejsze dotyczyły sfery duchowej. Jest to wynik zgodny z większością prowadzonych w tym zakresie badań. Wiek badanych i ich staż pracy nie wiążą się z nasileniem negatywnych ani pozytywnych zmian potraumatycznych. Czynnikiem wpływającym na nasilenie PTSD okazała się natomiast płeć. Kobiety w porównaniu z mężczyznami ujawniły istotnie większe nasilenie objawów PTSD. Jest to zgodne z doniesieniami innych autorów [6,16].

Płeć nie różnicowała natomiast poziomu pozytywnych zmian potraumatycznych. Większość doniesień [9,29] wskazuje jednak, że kobiety czerpią większe korzyści z przeżytych zdarzeń traumatycznych. Można przypuszczać, że w przypadku analizowanych badań większe znaczenie dla potraumatycznego wzrostu miał rodzaj doświadczonych zdarzeń niż płeć osób doświadczających tych sytuacji.

Dość nieoczekiwany okazał się słaby związek między posiadanymi przez badanych ratowników medycznych zasobami a negatywnymi i pozytywnymi następstwami doświadczanych zdarzeń traumatycznych. Co więcej, zależał on od płci badanych. I tak optymizm okazał się ujemnie powiązany z objawami PTSD, ale tylko w grupie mężczyzn. Poczucie własnej skuteczności sprzyjało natomiast występowaniu wzrostu po traumie, ale głównie u kobiet. Ogólnie wartości uzyskanych współczynników korelacji okazały się niskie, co świadczy o słabym związku między zmiennymi. Nie pozostaje to w zgodzie z założeniami twórców koncepcji potraumatycznego wzrostu [9,10], według których właściwości osoby posiadane przed ekspozycją na zdarzenie traumatyczne mają istotne znaczenie dla występowania potraumatycznych następstw. Badacze zakładają, że te właściwości wpływają na podejmowane przez jednostkę strategie radzenia sobie z doświadczanymi zdarzeniami, na uruchamianie przez nią procesy poznawcze, związane z przepracowaniem traumy, a także odgrywają istotną rolę w poszukiwaniu i korzystaniu ze wsparcia społecznego.

Uzyskane wyniki badań pozwalają sugerować, że to być może inne niż optymizm i poczucie własnej skuteczności zasoby mają większe znaczenie w ponoszeniu zarówno negatywnych, jak i pozytywnych następstw doświadczonej traumy. Takimi zasobami wydają się być m.in. duchowość, traktowana jako istotna dla człowieka wartość, która nadaje ludzkiemu życiu sens i znaczenie, poczucie koherencji czy prężność psychiczna. Należy jednak zaznaczyć, że w grupie przedstawicieli służb ratowniczych prężność pełniła przede wszystkim funkcję czynnika chroniącego przed pojawianiem się objawów PTSD, a w mniejszym stopniu sprzyjała wzrostowi po traumie [3].

Można także zakładać, że to nie tyle zasoby jednostki, ile inne czynniki determinują poziom PTSD i PTG. Można tu wskazać na rolę strategii radzenia sobie czy aktywowanych w wyniku doświadczonej traumy procesów poznawczych, w tym ruminacji. Warto zwrócić uwagę, że kobiety, w porównaniu z mężczyznami, z jednej strony są skłonniejsze do czerpania korzyści z doświadczonej traumy, a z drugiej – do ruminowania o doświadczonym negatywnym zdarzeniu, zwłaszcza o charakterze refleksyjnym [31]. Z kolei ruminacje refleksyjne są traktowane jako istotny czynnik prowadzący do wzrostu po traumie. Być może dlatego prezentowane przez kobiety poczucie własnej skuteczności okazało się zasobem sprzyjającym występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych, czego nie wykazano w grupie mężczyzn. Zagadnienie to wymagałoby jednak dalszych badań. Warto dodać, że niektórzy badacze [21] podkreślają, że rola zasobów osobistych w procesie pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych jest ograniczona.

Należy także wziąć pod uwagę, że to nie same zasoby lub stosowane strategie radzenia decydują o pojawianiu się negatywnych czy pozytywnych skutków doświadczonej traumy. Wśród czynników warunkujących wystąpienie zarówno PTSD, jak i wzrostu po traumie wymienia się także rodzaj wydarzenia, intensywność doświadczonej traumy i stopień zagrożenia dla zdrowia czy życia jednostki. Ponadto ekspozycja na zdarzenia traumatyczne, zwłaszcza jeśli ma miejsce dość często, może prowadzić do wyczerpywania się zasobów jednostki. Wskazuje na to model zachowania zasobów Hobfolla [32].

Zarówno uzyskane wyniki badań, jak i dane dostępne w literaturze pozwalają stwierdzić złożony obraz zależności między zmiennymi podmiotowymi a występowaniem negatywnych i pozytywnych następstw doświadczonej traumy. Ustalenie roli zasobów w ponoszeniu tych konsekwencji wymaga więc dalszych

badania, w których powinno się uwzględnić także inne czynniki wpływające na poziom zmian potraumatycznych, m.in. wykorzystywane strategie radzenia sobie i procesy przetwarzania poznawczego, w tym zdolność do zmiany posiadanych schematów poznawczych.

Na zakończenie należy wspomnieć o ograniczeniach niniejszych badań. Oceny negatywnych i pozytywnych skutków traumy dokonywano za pomocą samoopisu. Nie można więc wykluczyć wpływu zmiennej aprobaty społecznej, tj. chęci prezentowania się badanych w lepszym świetle, zwłaszcza w odniesieniu do potraumatycznego wzrostu. W przypadku negatywnych skutków doświadczanych zdarzeń traumatycznych badano jedynie objawy stresu pourazowego – nie była to kliniczna diagnoza PTSD. W badaniach nie analizowano rodzaju doświadczonych zdarzeń traumatycznych ani ich liczby. Badania miały ponadto charakter przekrojowy, co nie wskazuje w sposób jednoznaczny na występowanie związków przyczynowo-skutkowych. Mimo wymienionych ograniczeń należy podkreślić znaczenie przeprowadzonych badań i uzyskanych wyników. Wnoszą one nowe treści w obszar zagadnień dotyczących konsekwencji doświadczanych zdarzeń traumatycznych, a dodatkowo mogą być wykorzystane w praktyce. W terapii PTSD, jak również w promowaniu wzrostu po traumie, uwzględnia się znaczenie zasobów osobistych jednostki. Pożądane jest więc ich rozwijanie i wzmacnianie. Poprzez kształtowanie optymizmu można u mężczyzn zmniejszyć nasilenie objawów PTSD, natomiast wzmacnianie poczucia własnej skuteczności u kobiet zwiększa ich szanse na potraumatyczny wzrost.

WNIOSKI

Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Ratownicy medyczni narażeni na zdarzenia traumatyczne w związku z pełnieniem obowiązków służbowych ponoszą zarówno negatywne, jak i pozytywne skutki doświadczonej traumy.
2. U kobiet nasilenie objawów stresu pourazowego jest wyższe niż u mężczyzn.
3. Zasoby osobiste ratowników medycznych słabo się wiążą z objawami stresu pourazowego i potraumatycznym wzrostem.
4. Związek między posiadanymi zasobami a negatywnymi i pozytywnymi następstwami traumy zależy od płci. Optymizm zmniejsza nasilenie PTSD u mężczyzn, a poczucie własnej skuteczności sprzyja występowaniu wzrostu po traumie u kobiet.

PIŚMIENNICTWO

1. Jonsson A., Segesten K., Mattsson B.: Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emerg. Med. J.* 2003;20(1):79–84, <http://dx.doi.org/10.1136/emj.20.1.79>
2. Koniarek J.: Występowanie zaburzeń po stresie urazowym wśród pracowników Pogotowia Ratunkowego w Łodzi [raport z badań]. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997
3. Ogińska-Bulik N.: Dwa oblicza traumy – negatywne i pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych u pracowników służb ratowniczych. Difin, Warszawa 2015
4. Clohessy S., Ehlers A.: PTSD symptoms, response to intrusive memories and coping in ambulance service workers. *Br. J. Clin. Psychol.* 1990;38:251–265, <http://dx.doi.org/10.1348/014466599162836>
5. Bińczycka-Anholcer M., Lepiesza P.: Stres na stanowisku pracy ratownika medycznego. *Hygeia Public Health* 2011;46(4):455–461
6. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N.: Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń. *Psychiatr.* 2009;6(1):15–25
7. Lis-Turlejska M.: Zdarzenia traumatyczne – sposoby definiowania, pomiar i rozpowszechnienie. W: Strelau J., Zawadzki B., Kaczmarek M. [red.]: *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia.* Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009, ss. 15–33
8. Andersen H.S., Christensen A.K., Petersen G.O.: Post-traumatic stress reactions amongst rescue workers after a major rail accident. *Anxiety Res.* 1991;4:245–251, <http://dx.doi.org/10.1080/08917779108248778>
9. Tedeschi R.G., Calhoun L.G.: The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J. Trauma Stress* 1996;9(3):455–471, <http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490090305>
10. Tedeschi R.G., Calhoun L.G.: Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol. Inq.* 2004;15:1–8, http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
11. Ogińska-Bulik N.: Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łyzy zamieniają się w perły. Difin, Warszawa 2013
12. Kirby R., Shakespeare-Finch J.E., Palk G.: Adaptive and maladaptive coping strategies predict posttrauma outcomes in ambulance personnel. *Traumatol.* 2011;17(4): 25–34, <http://dx.doi.org/10.1177/1534765610395623>
13. Shakespeare-Finch J.E., Smith S.G., Gow K.M., Embelton G., Baird L.: The prevalence of post-traumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatol.*

- 2003;9(1):58–70, <http://dx.doi.org/10.1177/15347656030900104>
14. Ogińska-Bulik N.: Rola strategii radzenia sobie ze stresem w rozwoju po traumie u ratowników medycznych. *Med. Pr.* 2014;65(2):209–217, <http://dx.doi.org/10.13075/mp.5893.2014.024>
15. Ogińska-Bulik N., Kobylarczyk M.: Relation between resiliency and post-traumatic growth in a group of paramedics: The mediating role of coping strategies. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 2015;28(4):707–719, <http://dx.doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00323>
16. Dudek B.: Zaburzenie po stresie traumatycznym. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003
17. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001
18. Jakšić N., Brajković L., Ivezić E., Topić R., Jakovljević M.: The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatr. Danubina* [Internet]: 2012 [cytowany 12 grudnia 2014];24(3):256–266. Adres: http://www.hdbp.org/psychiatria_danubina/pdf/dnb_vol24_no3/dnb_vol24_no3_256.pdf
19. Thomas J., Britt T., Odle-Dusseau H., Bliese P.: Dispositional optimism buffers combat veterans from the negative effects of warzone stress on mental health symptoms and work impairment. *J. Clin. Psychol.* 2011;67(9):866–880, <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20809>
20. Helgeson V., Reynolds K., Tomich P.: A meta-analytic review of benefit finding and growth. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2006;74(5):797–816, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797>
21. Prati G., Pietrantonio L.: Optimism, social support and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *J. Loss Trauma* 2009;14(5):364–388, <http://dx.doi.org/10.1080/15325020902724271>
22. Heinrichs M., Wagner D., Schoch W., Soravia L.M., Hellhammer D.H., Ehlert U.: Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: A 2-year prospective follow-up study in firefighters. *Am. J. Psychiatr.* 2005;162(12):2276–2286, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2276>
23. Howell P.M.: Once more into the breach: Effective leadership, coping skills, and self-efficacy as mediators between traumatic experiences and the development of PTSD in firefighters. EDP Dissertations [praca doktorska]. [Internet]: University of Kentucky, Lexington 2006 [cytowany 12 grudnia 2014]. Adres: <http://www.education.uky.edu/EDP/content/edp-dissertations>
24. Regehr C., Hill J., Glancy G.: Individual predictors of traumatic reactions in firefighters. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2000;188(6):333–339, <http://dx.doi.org/10.1097/0005053-200006000-00003>
25. Dudek B., Koniarek J.: Osobowościowe uwarunkowania rozwoju po stresie traumatycznym. W: Strelau J. [red.]. *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, ss. 183–198
26. Cieslak R., Benight C. Schmidt N., Luszczynska A, Curtin E., Clark R. i wsp.: Predicting posttraumatic growth among Hurricane Katrina survivors living with HIV: The role self-efficacy, social support, and PTSD symptoms. *Anxiety Stress Coping* 2009;22(4):449–463, <http://dx.doi.org/10.1080/10615800802403815>
27. Linley P.A., Joseph S.: Positive change following trauma and adversity: A review. *J. Trauma Stress* 2004;17(1):11–21, <http://dx.doi.org/10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e>
28. Dirik G., Karanci A.N.: Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *J. Clin. Psychol. Med. Settings* 2008;15(3):193–203, <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-008-9115-x>
29. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatr.* 2010;7(4):129–142
30. Ogińska-Bulik N.: Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Pol. Forum Psychol.* 2010;15(2):125–139
31. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.: Inwentarz Ruminaacji o Negatywnym Zdarzeniu – polska adaptacja the Event Related Rumination Inventory. *Przeegl. Psychol.* 2015;58(3):383–400
32. Hobfoll S.E.: *Stres, kultura i społeczność*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006