

STANISŁAWA BYRA

POZYTYWNE ZMIANY W PERCEPCJI KOBIET Z NABYTĄ
NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ

WPROWADZENIE

Kategoria zmian następujących w procesie przystosowania u osób po nabyciu trwałej niepełnosprawności ruchowej zyskała w ostatnim dziesięcioleciu nowe podłoże interpretacyjne. Zawiera się ono w większej niż dotychczas koncentracji na aspektach pozytywnych, elementach konstruktywnych i rozwojowych w wyjaśnianiu konsekwencji doznania ograniczeń ruchowych. Po okresie wieloletniego skupiania się badaczy na analizie negatywnych przeobrażeń powstających na skutek doświadczania krytycznych zdarzeń życiowych, dąży się obecnie do ujęcia pełnego zakresu zmian, również tych korzystnych, dostrzeganych jako pozytywne następstwo szczególnie nieszczęśliwych okoliczności. Nie oznacza to, iż w ramach wyjaśniania procesu przystosowania osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową nie wskazywano dotąd elementów pozytywnych (por. Wright, 1983; Shontz, 1975). Niemniej z racji dominujących perspektyw teoretycznych kładących głównie nacisk na reakcje psychopatologiczne, traktowane były marginalnie. Zauważalne w ostatnich latach przesunięcie akcentu z aspektów negatywnych na pozytywne w analizie konsekwencji nabycia niepełnosprawności ruchowej, pozwala na dostarczenie szerszego i precyzyjniejszego rozumienia tego zjawiska. Do jego określenia wykorzystywane są różnorodne terminy, np. pozytywne przystosowanie, odnajdywane korzyści, postrzegane korzyści, pozytywne skutki uboczne, odkrycie znaczenia, skutki dobroczynne, pozytywne złudzenia, czerpanie siły z przeciwności, pozytywna reinterpretacja, resilience, pozytywny wzrost osobowy oraz wzrost potraumatyczny (Kalpakjian i in., 2014; Bibb i in., 2013;

Dr hab. STANISŁAWA BYRA – Zakład Metodologii Nauk Pedagogicznych, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie; adres do korespondencji: Narutowicza 12, 20-004 Lublin; e-mail: byras@interia.pl

Kennedy i in., 2013; Bonanno i in., 2012; Chun, Lee, 2008; Pollard, Kennedy, 2007; Oaksford, Frude, Cuddihy, 2005; McMillen, Cook, Loveland, 2003; Elliott, Kurylo, Rivera, 2002). Wyniki dotychczasowych badań empirycznych potwierdziły występowanie tego typu zjawisk u osób doświadczających niepełnosprawności ruchowej (np. Byra, 2016; 2015a, 2015b; Stutts, Stanaland, 2016; Zięba, 2015; Kalpakjian i in., 2014; Weitzner i in., 2011; Chun, Lee, 2008; Pollard, Kennedy, 2007).

Wśród pozytywnych konsekwencji nabycia trwałych uszkodzeń ruchowych najszerzej opisywany i wyjaśniany jest wzrost potraumatyczny, ujmowany zgodnie z teorią Tedeschiego i Calhouna (1998). Wyraża pozytywne psychologiczne zmiany doświadczane w rezultacie skutecznego zmagania się z negatywnymi skutkami traumy (Tedeschi, Calhoun, 2004). W ramach tej teorii zdarzenie traumatyczne (do tej kategorii zdarzeń zaliczane jest również nabycie trwałej niepełnosprawności ruchowej) określane jako sejsmiczne, wstrząsowe, burzy występujący dotąd w jednostki ład w przekonaniach na temat świata, swojego w nim miejsca, własnej przyszłości. Stanowi bodziec wymuszający dokonanie znaczących w nich przeobrażeń. Tego typu zdarzenie może wywoływać nie tylko skutki negatywne, ale również pozytywne. Pomyślne poradzenie bowiem sobie z niekorzystnymi rezultatami doświadczanego zdarzenia traumatycznego, związane m.in. ze zbudowaniem nowej reprezentacji poznawczej świata i własnego w nim usytuowania, może prowadzić do pojawienia się pozytywnych zmian wzrostowych. Zdaniem Tedeschiego i Calhouna (1998, 2004) wyrażają się one w większym docenianiu życia, poczuciu wzrastającej siły, odkrywaniu nowych możliwości, polepszeniu relacji z innymi, ustaleniu nowych celów życiowych oraz pozytywnych przeobrażeniach w sferze duchowej. Istotne jest, by wskazać, iż zjawisko wzrostu potraumatycznego, choć stwierdzone wśród osób z nabytymi ograniczeniami ruchowymi (np. Byra, 2016, 2015a, 2015b; Kalpakjian i in., 2014; Chun, Lee, 2008; Pollard, Kennedy, 2007), nie ma charakteru uniwersalnego. Występuje jedynie u części osób, nie jest tożsame z pomyślnym przystosowaniem się i może współwystępować z negatywnymi aspektami funkcjonowania (Kalpakjian i in., 2014; Nishi, Matsuoka, Kim, 2010; por. Schuettler, Boals, 2011). Ponadto zwraca się tutaj uwagę na to, iż sam fakt traumatycznego nabycia uszkodzenia narządu ruchu nie jest gwarantem doświadczania wzrostu, decydujące znaczenie ma uruchomiony w jego następstwie proces zaradczy, którego skuteczność może zainicjować pozytywne zmiany rozwojowe.

Dotychczasowe ustalenia empiryczne dostarczają interesującej wiedzy na temat struktury korzystnych zmian składających się na potraumatyczny wzrost u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową, a także zakresu czynników wyja-

śniających ich pojawienie się oraz natężenie. Meta-analiza przeprowadzona z uwzględnieniem 70 badań (16,076 osób badanych) ujawniła, iż obok zmiennych odnoszących się do radzenia, przekonań, wsparcia czy elementów bezpośrednio związanych ze specyfiką samego zdarzenia traumatycznego, istotne znaczenie ma płeć w wyjaśnianiu pozytywnych zmian potraumatycznych (Vishnevsky i in., 2010). Stwierdzono m.in. moderacyjną funkcję tej zmiennej socjodemograficznej, której efekty oddziaływania na wzrost potraumatyczny nasilały się poprzez interakcję z wiekiem badanych. Przegląd badań nad zmianami wzrostowymi u osób z różnym stopniem i rodzajem obniżenia kondycji zdrowotnej oraz sprawnościowej dowodzi ich wyższego nasilenia u kobiet. Wyższy wzrost potraumatyczny u kobiet w porównaniu z mężczyznami stwierdzono także w innych badaniach skoncentrowanych na wyjaśnianiu uwarunkowań pozytywnych zmian, np. Ogińska-Bulik, Kobylarczyk (2017, istotnie większe natężenie przeobrażeń w relacjach z innymi i w docenianiu życia); Jin, Xu, Liu (2014, istotnie wyższy rezultat ogólnego wzrostu oraz zmian w relacjach z innymi i osobistej sile); Tedeschi, Calhoun (1996, znacząco wyższe nasilenie w relacji z innymi, osobistej siły, docenieniu życia i zmianach duchowych, ogólnym wyniku wzrostu potraumatycznego). Podobne rezultaty uzyskano w badaniach z udziałem kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (Kalpakjian i in., 2014). Wyniki badań wskazują zatem na większą u kobiet tendencję do postrzegania korzyści z wysoce nieszczęśliwych zdarzeń (por. Swickert, DeRoma, Saylor, 2004). Jak zauważa Ogińska-Bulik (2013), tendencja ta może być skutkiem częstszego stosowania przez kobiety bardziej skutecznych i pomyślnych, z perspektywy zachodzenia pozytywnych zmian wzrostowych, strategii radzenia sobie ze stresem, tj. pozytywnego przewartościowania, poszukiwania wsparcia emocjonalnego, wyrażania emocji. Sformułowana przez autorkę teza znajduje odzwierciedlenie w analizach radzenia sobie u kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (Lequerica i in., 2008). Pomimo zawartych w literaturze ustaleń w zakresie powiązań między płcią a nasileniem pozytywnych zmian wzrostowych, problematyka ta, jak dotąd, została w stosunkowo niewielkim zakresie przebadana w kontekście nabycia trwałej niepełnosprawności ruchowej. W związku z tym w niniejszym opracowaniu skoncentrowano się na przeanalizowaniu struktury potraumatycznego wzrostu u kobiet z traumatycznie nabytymi uszkodzeniami narządu ruchu oraz jego możliwych uwarunkowaniach. Natężenie poszczególnych zmian wzrostowych zinterpretowano w zestawieniu z nasileniem poczucia stresu, biorąc pod uwagę dotychczasowe ustalenia wskazujące na możliwość współwystępowania zarówno konsekwencji

pozytywnych, jak i negatywnych u osób doświadczających krytycznych okoliczności życiowych (np. Nishi, Matsuoka, Kim, 2010; Baker i in., 2008).

Wyjaśniania pozytywnych zmian składających się na wzrost potraumatyczny dokonuje się przy udziale czynników skategoryzowanych jako sytuacyjne i podmiotowe, a także przy uwzględnieniu założenia o złożoności i dynamice powiązań między różnorodnymi uwarunkowaniami (Ogińska-Bulik, 2013). W badaniach własnych skoncentrowano się na czynnikach podmiotowych i przeanalizowano znaczenie strategii zaradczych, przekonań na temat otaczającego świata, własnej osoby oraz posiadanej skuteczności w zmaganiu się z problemami, a także przekonania odnoszące się do akceptacji doświadczanej niepełnosprawności.

Zgodnie z założeniami wzrostu potraumatycznego Tedeschiego i Calhouna (1998, 2004) proces radzenia sobie i uzyskiwane w jego ramach rezultaty znajdują się u podstaw wieloczynnikowej genezy zmian pozytywnych. W rozważaniach dotyczących specyfiki aktywności zaradczej u osób po doświadczeniu traumy przyjmuje się najczęściej transakcyjne rozumienie radzenia sobie, wskazujące na poznawcze i behawioralne wysiłki podejmowane przez jednostkę, by opanować sytuację ocenianą przez nią jako obciążającą i przekraczającą posiadane zasoby (Lazarus, Folkman, 1984, za: Heszen-Niejodek, 1991, s. 16). Uwzględniając rozróżnienie radzenia dyspozycyjnego (stylu warunkowanego osobowościowo) i sytuacyjnego (strategii kształtowanej sytuacyjnie), drugiemu z wymienionych sposobów aktywności zaradczej przypisuje się większą moc predykcyjną w wyjaśnianiu pozytywnych zmian potraumatycznych (Helgeson, Reynolds, Tomich, 2006). Jak dowodzą rezultaty przeprowadzonych meta-analiz, strategię radzenia sobie najbardziej sprzyjające wystąpieniu wzrostu potraumatycznego to: koncentracja na zadaniu i rozwiązaniu sytuacji problemowej, zwracanie się ku religii, akceptacja, a także pozytywne przewartościowanie (np. Barskova, Oesterreich, 2009; Prati, Pietrantoni, 2009; Zoellner, Maercker, 2006).

Istotną funkcję w wyjaśnianiu pozytywnych zmian potraumatycznych nadaje się przekonaniom dotyczącym świata zewnętrznego oraz własnej osoby. Polega ona na zmniejszaniu negatywnych skutków traumy, sprzyjając tworzeniu się facylitującego podłoża do pojawienia się wzrostu potraumatycznego. W kontekście pozytywnych zmian wzrostowych brana jest pod uwagę m.in. teoria rozbitych założeń Janoff-Bulman (2006). Zgodnie z nią przekonania (schematy poznawcze) to głęboko zorganizowany zbiór założeń o świecie oraz samym sobie. Są one fundamentalne, wyuczone, oparte na doświadczeniu i stanowią podstawę przewidywania rezultatów podejmowanej aktywności, wyjaśniania przyczyn zachodzących zjawisk, a także utrzymywania względnie stabilnej równowagi wewnętrznej

(Janoff-Bulman, 2006). Odnoszą się do poszczególnych aspektów funkcjonowania świata oraz określonego w nim miejsca jednostki. Kierowanie się przekonaniami o przychylności i sprawiedliwości otaczającego świata, zachodzenia w nim zjawisk według zrozumiałych i przewidywalnych zasad, okazuje się znacząco oddziaływać na dostrzeganie pozytywnych zmian wzrostowych (np. Byra, 2016; Ogińska-Bulik, 2013; Zdankiewicz-Ścigała, 2009). Wystąpienie wzrostu potraumatycznego wiąże się ponadto z przekonaniami na temat własnej zaradczości i skuteczności pokonywania napotykanymi sytuacjami trudnymi (np. Zoellner, Maercker, 2006). Przekonania tego typu wiążą się jednocześnie z poczuciem posiadania kompetencji do osiągania zakładanego celu w danych okolicznościach. Oddziałują na wybór sposobów radzenia sobie, czas podejmowanych wysiłków zaradczych oraz motywację do skutecznego zmagania się z przeszkodami. Przekonanie o możliwości kontrolowania swoich działań zaradczych sprzyja pomyślnemu powrotowi do dobrostanu psychospołecznego po przeżyciu traumatycznych zdarzeń (Benight, Bandura, 2004).

W ramach przekonań mogących mieć znaczenie dla wyjaśniania wzrostu potraumatycznego u osób z uszkodzeniami ruchowymi, uwzględniono zmienną w postaci akceptacji straty, rozumianą zgodnie z koncepcją Wright. Wyraża się ona w procesie zmian w wartościach, polegających przede wszystkim na uznaniu wartości innych niż dotąd przyjmowane i pozostające w sprzeczności z nabytą niepełnosprawnością i jej wielopłaszczyznowymi konsekwencjami (Wright, 1983). Akceptacja niepełnosprawności opiera się na pomyślnym procesie zaradczym i przekonaniu o zachowaniu warunków, które jednostkę, w nowej sytuacji życiowej, nie dewaluują. A jeszcze dokładniej rzecz ujmując, akceptacja niepełnosprawności utożsamiana jest z przekonaniem osoby, iż posiadane przez nią trwałe ograniczenia nie mają charakteru ją deprecjonującego (Wright, 1983, za: Dunn, 2015). Wiąże się zatem z takim przystosowaniem systemu uznawanych wartości, by faktyczne lub postrzegane straty wynikające z niepełnosprawności nie oddziaływały negatywnie na ocenę utrzymanych zdolności (za: Keany, Glueckauf, 1993). Zakłada taką korektę systemu wartości, który umożliwi dostrzeganie, uznanie i wykorzystywanie zachowanych warunków rozwojowych. Dotychczasowe wyniki badań przeprowadzone w ogólnej próbie osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową wykazały istotne powiązania akceptacji niepełnosprawności z pozytywnymi zmianami potraumatycznymi (Byra, 2015a). Zważywszy na dowiedzione znaczenie płci w poziomie akceptacji niepełnosprawności (kobiety osiągały znacząco wyższe rezultaty, np. Nicholls i in., 2012), uzasadnione jest przeanalizowanie powiązania tej zmiennej ze wzrostem potraumatycznym w grupie kobiet z uszkodzeniami narządu ruchu.

1. ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE BADAŃ WŁASNYCH

Kwestie, wokół których koncentruje się problematyka badawcza, wiążą się z ustaleniem: a) struktury pozytywnych zmian potraumatycznych tworzących wzrost potraumatyczny; b) ich powiązania z poczuciem stresu; c) znaczenia zmiennych w postaci strategii radzenia sobie, przekonań na temat otaczającego świata, własnej osoby i posiadanej skuteczności w pokonywaniu trudności oraz akceptacji niepełnosprawności, w wyjaśnianiu nasilenia wzrostu potraumatycznego u kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Główny problem badawczy odnosi się do charakteru powiązań między uwzględnionymi zmiennymi niezależnymi a natężeniem pozytywnych zmian potraumatycznych w tej grupie kobiet. Sformułowano również pytania badawcze szczegółowe: 1. Jakie jest nasilenie poszczególnych pozytywnych zmian potraumatycznych u badanych kobiet? 2. Czy występuje związek między wzrostem potraumatycznym a poczuciem stresu w badanej grupie kobiet? 3. Które z uwzględnionych zmiennych niezależnych pełnią największą predykcijną rolę w ustalaniu natężenia pozytywnych zmian potraumatycznych u badanych kobiet?

Na podstawie założeń teoretycznych wzrostu potraumatycznego Tedeschiego i Calhouna (1998, 2004) oraz wyników dotychczasowych analiz empirycznych wysunięto następujące hipotezy, które poddano weryfikacji w trakcie badań własnych:

H1. Istnieje pozytywna zależność między potraumatycznym wzrostem a poczuciem stresu u kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową.

H2. Strategie radzenia skoncentrowane na zadaniu, poszukiwaniu wsparcia, konstruktywnym ujmowaniu problemu wiążą się pozytywnie z pozytywnymi zmianami potraumatycznymi, z kolei strategie radzenia emocjonalne i unikowe wykazują negatywne z nimi powiązanie u kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową.

H3. Przekonania na temat świata zewnętrznego, własnej osoby oraz posiadanej skuteczności w radzeniu sobie z problemami pozytywnie korelują z potraumatycznym wzrostem u kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową.

H4. Istnieje dodatni związek między akceptacją niepełnosprawności a pozytywnymi zmianami potraumatycznymi u kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową.

Do próby badanych celowo włączono kobiety z traumatycznie nabytą niepełnosprawnością ruchową. W badaniach uczestniczyły 164 kobiety, w tym 121 (73,78%) z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz 43 (26,22%) po amputacji kończyny dolnej. W początkowej fazie badań do próby zakwalifikowano 190

kobiet, od 12 osób nie otrzymano zgody na udział w badaniach, a 14 zestawów kwestionariuszy odrzucono, ze względu na niepełne ich wypełnienie. Średni wiek badanych wynosił 45,56 lat ($SD=12,52$). Średni wiek nabycia trwałych uszkodzeń ruchowych: $M=28,28$ ($SD=17,23$). Z kolei średni wiek trwania niepełnosprawności to: $M = 15,93$, $SD=10,13$. Zdecydowana większość badanych kobiet mieszkała w mieście (140 – 85,37%). Stan cywilny badanych przedstawiał się następująco: zamężne (83 – 50,61%), samotne (43 – 26,22%), rozwiedzione (25 – 15,24%), w stanie wdowieństwa (13 – 7,93%). Większość badanych posiada dzieci (114 – 69,51%). Struktura wykształcenia badanych kobiet prezentowała się następująco: wykształcenie wyższe: 15 (9,15%), niepełne wyższe: 28 (17,07%), średnie: 81 (49,39%), zawodowe: 14 (8,54%), podstawowe: 26 (15,85%). Zdecydowana większość badanych (123 – 75,00%) nie pracuje zawodowo. Badania przeprowadzono wśród kobiet zaangażowanych w życie społeczne, w ramach fundacji, stowarzyszeń, ośrodków rehabilitacyjnych czy projektów realizowanych przez instytucje pozarządowe.

Materiał badawczy zebrano za pomocą następujących narzędzi: The Post-traumatic Growth Inventory (PTGI) w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego; Kwestionariusza Poczucia Stresu (KPS) opracowanego przez Płopę i Makarowskiego; Kwestionariusza COPE (The Coping Orientations to Problems Experienced) Carvera, Scheiera i Weintrauba zaadoptowanego do warunków polskich przez Piątek i Wrześniewskiego; Skali Założeń Wobec Świata (SZWŚ) R. Janoff-Bulman w polskiej adaptacji Załuskiego i Gajdosza; Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) Schwarzera i Jerusalema w adaptacji Juczyńskiego; Wielowymiarowej Skali Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) Ferrina, Chana, Chronister, Chiu w polskiej adaptacji Byry oraz metryczki do zebrania danych socjodemograficznych i związanych z niepełnosprawnością.

The Post-traumatic Growth Inventory (PTGI) umożliwia ustalenie stopnia zmian pozytywnych doświadczanych w rezultacie zdarzenia traumatycznego w następujących obszarach: percepcji siebie (W-PS), relacjach z innymi (W-REL), docenianiu życia (W-DŻ) i duchowości (W-ZD). Narzędzie posiada zadowalające wskaźniki psychometryczne, *alpha* Cronbacha dla całej skali wynosi 0,93, dla poszczególnych wymiarów mieści się w przedziale od 0,63 do 0,87 (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010).

Kwestionariusz KPS pozwala na określenie ogólnego nasilenia poczucia stresu oraz w następujących wymiarach: napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego i intrapsychnicznego. Wskaźniki psychometryczne narzędzia są zadowalające, *alpha* Cronbacha wynosi od 0,70 do 0,81 (Płopa, Makarowski, 2010).

Kwestionariusz COPE służy do określenia preferencji badanych w zakresie ośmiu strategii radzenia: koncentracja na problemie (PRO); zaprzeczanie (ZAP); koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu (EM); poszukiwanie emocjonalnego wsparcia (WS); akceptacja (AKC); zwracanie się ku religii (REL); poczucie humoru (HUM); używanie alkoholu lub innych środków odurzających (ALK). Wskaźniki psychometryczne narzędzia są zadowalające: α Cronbacha dla całej skali wynosi 0,80, dla wyodrębnionych podskal utrzymuje się w granicach 0,62-0,93 (Wrześniewski, 1996).

Skala Założeń Wobec Świata (SZWŚ) składa się z 32 stwierdzeń i pozwala na ocenę posiadanych przez badanego przekonań oraz ich zmian wskutek doświadczenia krytycznego zdarzenia życiowego. Służy do określenia następujących rodzajów przekonań: życzliwość otaczającego świata (ŻŚ), życzliwość ludzi (ŻL), kontrola zdarzeń negatywnych (KZN), sprawiedliwość (S), przypadkowość (P), własna wartość (WW), szczęście (SZ), kontrola własnego zachowania (KWZ). Tworzą one trzy rozbudowane kategorie przekonań: życzliwość otaczającego świata (ŻOS), sensowność i wytłumaczalność zdarzeń życiowych (ZŻ) i wartościowość człowieka (WCz). Wskaźniki rzetelności narzędzia są satysfakcjonujące, α Cronbacha dla całej skali wynosi 0,82, dla poszczególnych podskal mieści się w przedziale 0-57-0,78 (Załoski, Gajdosz, 2012).

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) składa się z dziesięciu twierdzeń, tworzących jeden czynnik. Umożliwia określenie nasilenia ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Narzędzie jest zadowalające pod względem psychometrycznym, α Cronbacha wynosi 0,85 (Juczyński, 2001).

Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) umożliwia określenie natężenia akceptacji niepełnosprawności w czterech obszarach: zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (A-FIZ), poszerzenie zakresu wartości (A-ZW), przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (A-WS) oraz ograniczanie skutków niepełnosprawności (A-SN). Narzędzie ma zadowalające wskaźniki psychometryczne, α Cronbacha dla poszczególnych podskal mieści się w przedziale 0,79-0,89 (Byra, 2017).

2. WYNIKI BADAŃ

Pierwszy etap analiz obejmował określenie natężenia pozytywnych zmian po-traumatycznych u badanych kobiet. Statystyki opisowe wzrostu po-traumatyczne-

go zawiera tabela 1. Wyniki w podskalach podzielono przez liczbę itemów, by możliwe było porównanie natężenia poszczególnych pozytywnych zmian potraumatycznych.

Tabela 1. Statystyki opisowe wzrostu potraumatycznego badanych kobiet (poszczególne wymiary i wynik ogólny)

PTGI	M(SD)	M(SD) podskal	Zakres wyników (min-max)	Zakres wyników w podskalach (min-max)
Zmiany w percepcji siebie	29,09 (7,42)	3,23 (0,82)	9-45	0-45
Zmiany w relacjach z innymi	23,63 (6,24)	3,38 (0,89)	7-35	0-35
Większe docenienie życia	11,50 (2,66)	3,83 (0,88)	4-15	0-15
Zmiany duchowe	6,10 (2,11)	3,05 (1,06)	2-10	0-10
Wzrost potraumatyczny – wynik ogólny	70,31 (12,75)		26-101	0-105

Uzyskane rezultaty wykazały, iż największa pozytywna zmiana u badanych kobiet przejawia się w większym docenianiu życia po nabyciu trwałych uszkodzeń ruchowych, stosunkowo znaczące nasilenie korzystnych przeobrażeń stwierdzono również w obrębie relacji z innymi. Co istotne, najniższe natężenie zmian pozytywnych uchwycono w sferze duchowej. Wynik ogólny wzrostu potraumatycznego przeliczono z uwzględnieniem norm stenowych (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). Na tej podstawie stwierdzono, iż połowa badanych kobiet (83-50,61%) cechuje się wysokim poziomem wzrostu, ponad 1/3 (58-35,56%) natężeniem przeciętnym, a u 23 (14,02%) kobiet występuje niskie jego nasilenie.

Charakterystykę statystyczną pozostałych zmiennych uwzględnionych w badaniach zaprezentowano w tabeli 2. W przypadku strategii radzenia sobie, a także akceptacji niepełnosprawności wyniki uzyskane w poszczególnych podskalach podzielono przez liczbę itemów.

Tabela 2. Statystyki opisowe poczucia stresu, strategii zaradczych, przekonań oraz akceptacji niepełnosprawności badanych kobiet

Zmienne		M(SD)	Zakres wyników (min-max)	Zakres wyników w podskalach (min-max)	M(SD) podskal
P S	Napięcie emocjonalne (NE)	18,76 (5,10)	10-29	7-35	
	Stres zewnętrzny (SZ)	19,40(4,67)	11-28	7-35	
	Stres intrapsychniczny (SI)	19,57(4,77)	9-29	7-35	
	Poczucie stresu – wynik ogólny	57,73(13,57)	32-83	21-105	
C O P E	Koncentracja na problemie (PRO)	36,21 (6,48)	16-52	15-52	2,79 (0,50)
	Zaprzeczanie (ZAP)	8,79 (2,62)	4-15	4-16	2,20 (0,65)
	Koncentracja na emocjach (EM)	9,92 (2,44)	6-16	4-16	2,48 (0,61)
	Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (WS)	10,35(2,72)	4-16	4-16	2,59 (0,68)
	Akceptacja (AKC)	14,74 (2,72)	9-20	4-20	2,95 (0,54)
	Zwracanie się ku religii (REL)	11,71 (3,41)	4-17	4-16	2,93 (0,85)
	Poczucie humoru (HUM)	8,76 (2,82)	4-16	4-16	2,19 (0,71)
	Używanie alkoholu (ALK)	6,95 (3,20)	4-15	4-16	1,74 (0,80)
S Z W Ś	Życzliwość otaczającego świata (ŻOS)	31,82 (3,65)	24-38	8-48	3,98 (0,46)
	Sensowność i wytłumaczalność zdarzeń życiowych (ZŻ)	47,80 (4,06)	39-54	12-72	3,98 (0,34)
	Wartościowość człowieka (WCz)	45,74 (3,57)	38-56	12-72	3,81 (0,30)
PW S	Uogólnione poczucie własnej skuteczności (PWS)	26,68 (6,40)	11-37	10-40	

W S A U S	Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (A-FIZ)	25,94 (4,68)	14-36	10-40	2,59 (0,47)
	Poszerzenie zakresu wartości (A-ZW)	26,60 (5,15)	12-36	10-40	2,66 (0,51)
	Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (A-WS)	28,12 (4,29)	20-37	10-44	2,56 (0,39)
	Ograniczanie skutków niepełnosprawności (A-SN)	30,65 (3,90)	22-39	10-44	2,79 (0,35)

Na podstawie otrzymanych wyników stwierdza się u badanych kobiet najwyższe nasilenie poczucia stresu intrapsychnicznego, wyrażającego się w przeżywaniu obaw, zmartwień, niepokoju wynikającego z trudności w akceptowaniu napotykanym problemów. Niemniej należy wskazać, iż natężenie to utrzymuje się w granicach poziomu przeciętnego. Badane kobiety w największym zakresie wykorzystują w zmaganiu się z sytuacjami trudnymi strategie radzenia polegające na ich akceptowaniu, poszukiwaniu wsparcia w religii oraz dążeniu do rozwiązania problemów. Poczucie własnej skuteczności w pokonywaniu trudności utrzymuje się u badanych na poziomie przeciętnym. Warto zauważyć, iż badane kobiety wyższe wyniki osiągnęły w przekonaniach odnoszących się do świata i zasad w nim panujących, niż dotyczących własnej osoby i wartości posiadanych cech. W ramach akceptacji niepełnosprawności stwierdza się najwyższą tendencję do postrzegania niepełnosprawności i jej konsekwencji jako niemającej bezpośredniego wpływu na pozostałe dysponowane właściwości i charakterystykę własnej osoby. Badane kobiety wskazują również na stosunkowo nasilone dążenie do poszerzania zakresu wartości, możliwych do zrealizowania, mimo posiadanej niepełnosprawności. Co istotne, najniższe rezultaty odnoszą się do zmiany kryteriów wartościowania i poszukiwania swoich unikalnych cech oraz zdolności, bez dokonywania porównywania się z jakimś zewnętrznym, nieosiągalnym wzorcem.

W dalszej części analiz skorelowano wzrost potraumatyczny z poczuciem stresu oraz pozostałymi uwzględnionymi zmiennymi, traktowanymi jako niezależne (tabele 3 i 4). Interesujące jest, iż wszystkie elementy składowe poczucia stresu, włącznie z wynikiem ogólnym dodatkowo korelują tylko z jednym z wymiarów potraumatycznego wzrostu, pozytywnymi zmianami w relacjach z innymi.

Tabela 3. Związki między potraumatycznym wzrostem a poczuciem stresu u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

	Napięcie emocjonalne	Stres zewnętrzny	Stres intrapsychiczny	Wynik ogólny
Zmiany w percepcji siebie	-0,03	-0,03	0,02	-0,02
Zmiany w relacjach z innymi	0,18*	0,29***	0,23**	0,25**
Większe docenienie życia	-0,05	0,08	0,05	0,03
Zmiany duchowe	0,09	0,01	0,05	0,05
Wzrost potraumatyczny – wynik ogólny	0,08	0,14	0,14	0,13

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tabela 4. Strategie radzenia, przekonania i akceptacja niepełnosprawności a wzrost potraumatyczny u badanych kobiet – współczynniki korelacji r Pearsona

	W-PS	W-REL	WDŻ	W-ZD	W-WO
PRO	0,42***	0,23*	0,20*	0,14	0,24*
ZAP	0,07	-0,00	-0,39***	-0,46***	-0,41***
EM	0,23	-0,40***	-0,05	-0,12	-0,12
WSP	0,21*	0,22**	0,06	0,15	0,14
AKC	0,18*	0,23**	0,38***	0,33**	0,35**
REL	0,19*	0,40***	0,22*	0,52***	0,37***
HUM	0,15	-0,14	0,32**	-0,06	0,01
ALK	-0,08	-0,28***	-0,24**	-0,14	-0,26**
ŻOŚ	0,05	-0,14	0,47***	-0,07	-0,04
ZŻ	-0,02	-0,15	0,32**	-0,05	-0,09
WCz	-0,05	-0,10	0,37***	-0,09	-0,08
PWS	0,18*	0,04	0,10	-0,03	0,14
A-FIZ	0,42***	0,36***	0,45***	0,37***	0,54***
A-ZW	0,23**	0,21*	0,11	0,20*	0,30***
A-WS	0,10	0,16*	0,04	0,29**	0,16
A-SN	0,21*	0,21*	0,21*	0,10	0,19*

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Ustalone współczynniki korelacji między potraumatycznym wzrostem a zmiennymi niezależnymi wskazują na największy zakres powiązań między strategiami radzenia sobie i wymiarami akceptacji niepełnosprawności a pozytywnymi zmianami potraumatycznymi. Poczucie własnej skuteczności i przekonania na temat świata zewnętrznego i siebie jedynie w niewielkim stopniu koreluje z potraumatycznym wzrostem u badanych kobiet.

W celu określenia znaczenia poszczególnych strategii zaradczych, przekonań na temat otaczającego świata, własnej osoby i posiadanych zdolności w skutecznym pokonywaniu trudności, a także akceptacji niepełnosprawności, w wyjaśnianiu natężenia pozytywnych zmian potraumatycznych u badanych kobiet, przeprowadzono krokową postępującą analizę regresji. Uzyskane rezultaty prezentuje tabela 5.

Tabela 5. Strategie radzenia, przekonania i akceptacja niepełnosprawności a wzrost potraumatyczny u badanych – wyniki krokowej postępującej analizy regresji

<i>Zmienne niezależne</i>	Podsumowanie zmiennej zależnej – Zmiany w percepcji siebie R=0,613; R ² =0,376; cR ² =0,338; F(9,15)=9,96; p<0,001		
	β	t(149)	p
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (A-FIZ)	0,38	4,23	<0,001
Koncentracja na problemie (PRO)	0,21	2,14	0,034
Akceptacja (AKC)	0,32	3,50	<0,001
Zaprzeczanie (ZAP)	-0,31	-3,54	<0,001
Zwracanie się ku religii (REL)	0,36	4,09	<0,001
Koncentracja na emocjach (EM)	0,28	2,79	0,006
Poszerzenie zakresu wartości (A-ZW)	0,25	2,65	0,009
<i>Zmienne niezależne</i>	Podsumowanie zmiennej zależnej – Zmiany w relacjach z innymi R=0,684; R ² =0,468; cR ² =0,436; F(9,15)=14,57; p<0,001		
	β	t(149)	p
Koncentracja na emocjach (EM)	-0,34	-4,91	<0,001
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (WS)	0,27	3,99	<0,001
Używanie alkoholu (ALK)	-0,26	-3,97	<0,001
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (A-FIZ)	0,29	4,13	<0,001
Zwracanie się ku religii (REL)	0,26	3,70	<0,001
Akceptacja (AKC)	0,15	1,91	0,054

<i>Zmienne niezależne</i>	Podsumowanie zmiennej zależnej – Większe docenienie życia R=0,699; R ² =0,489;cR ² =0,450; F(11,15)=12,74; p<0,001		
	β	t(149)	p
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (A-FIZ)	0,48	4,77	<0,001
Zaprzeczanie (ZAP)	-0,49	-6,22	<0,001
Akceptacja (AKC)	0,36	4,59	<0,001
Zwracanie się ku religii (REL)	0,19	2,62	0,011
Poczucie humoru (HUM)	0,29	3,22	0,002
Używanie alkoholu (ALK)	-0,26	-3,22	0,002
Wartościowość człowieka (WCz)	0,21	2,43	0,016
Życzliwość otaczającego świata (ŻOS)	0,34	2,86	0,005
Sensowność i wytłumaczalność zdarzeń życiowych (ZŻ)	0,39	2,81	0,006
<i>Zmienne niezależne</i>	Podsumowanie zmiennej zależnej – Zmiany duchowe R=0,587; R ² =0,344;cR ² =0,300; F(10,15)=7,79; p<0,001		
	β	t(148)	p
Zwracanie się ku religii (REL)	0,61	6,70	<0,001
Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe (A-WS)	0,20	1,84	0,051
Zaprzeczanie (ZAP)	-0,30	-3,50	<0,001
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (A-FIZ)	0,23	2,74	0,007
Akceptacja (AKC)	0,26	2,87	0,004
<i>Zmienne niezależne</i>	Podsumowanie zmiennej zależnej Wzrost potraumatyczny – wynik ogólny R=0,760; R ² =0,578;cR ² =0,555; F(8,15)=25,67; p<0,001		
	β	t(150)	p
Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości (A-FIZ)	0,56	8,58	<0,001
Zwracanie się ku religii (REL)	0,45	6,55	<0,001
Zaprzeczanie (ZAP)	-0,28	-4,10	<0,001
Akceptacja (AKC)	0,34	4,78	<0,001
Poszerzenie zakresu wartości (A-ZW)	0,30	4,25	<0,001
Używanie alkoholu (ALK)	-0,12	-1,97	0,051

Model regresyjny utworzony dla pozytywnych zmian w percepcji siebie obejmuje strategie radzenia sobie oraz dwa wymiary akceptacji niepełnospraw-

ności. Zmienne te pozwalają łącznie przewidywać około 38% zmienności tego wymiaru potraumatycznego wzrostu. Wyższe nasilenie pozytywnych zmian w percepcji siebie u badanych kobiet można w znaczącym stopniu przewidywać opierając się na dokonywanej przez nie oceny własnej osoby, nie tyle na podstawie właściwości fizycznych, ile atrybutów i zdolności zawierających się w osobowości oraz posiadanych talentów i uzdolnień. Wiąże się to jednocześnie z poszerzaniem wartości uznawanych w życiu za ważne, warte osiągnięcia. Wyższy poziom tego wymiaru wzrostu potraumatycznego można również wyjaśnić przy udziale częstszego wykorzystywania strategii radzenia polegających na zadaniowym podejściu do problemów, akceptowaniu możliwości ich występowania, zaangażowaniu religijnym, przy jednocześnie rzadszym stosowaniu radzenia wyrażającego się w zaprzeczaniu i koncentrowaniu się na przeżywanych stanach emocjonalnych.

Dla pozytywnych zmian w relacjach z innymi zostało utworzone równanie regresyjne, składające się ze strategii radzenia sobie oraz jednego wymiaru akceptacji niepełnosprawności. Odpowiadają one za wyjaśnienie około 47% wariancji tego wymiaru wzrostu potraumatycznego u badanych kobiet. Tendencja do zmniejszenia znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości w budowaniu obrazu siebie, a także zwiększone wykorzystywanie radzenia w postaci poszukiwania wsparcia u Boga i innych, akceptacji napotykanymi sytuacjami trudnymi sprzyja u badanych wyższemu nasileniu pozytywnych zmian w relacjach z innymi. Co istotne, większe natężenie tych zmian zależy również od rzadkiego stosowania strategii zaradczych emocjonalnych i unikowych.

W ramach większego docenienia życia utworzono model regresyjny, za pomocą którego można przewidywać prawie 49% zmienności tego wymiaru wzrostu potraumatycznego. Przewidywanie to można oprzeć zarówno na określonych strategiach radzenia sobie, przekonaniach na temat świata i własnej osoby, jak również akceptacji niepełnosprawności. Większe docenienie życia u badanych kobiet wiąże się zatem w znaczącym stopniu z uznaniem przez nie cech fizycznych za drugorzędne w definiowaniu obrazu siebie, a także z nasilonymi przekonaniem o pozytywnym ustosunkowaniu otaczającego świata względem jednostki, sensowności i wytłumaczalności zachodzących w nim zdarzeń oraz wartości własnej osoby. Istotne dla większego doceniania życia jest ponadto częstsze stosowanie strategii zaradczych w postaci akceptacji napotykanymi sytuacjami trudnymi, humorystycznego ich ujmowania oraz zwracania się ku religii, przy jednocześnie rzadkim wykorzystywaniu radzenia unikowego. Ważne, by zaznaczyć, iż największy wkład w wyjaśnianie poziomu tego wymiaru wzrostu potraumatycznego u badanych kobiet ma wymiar akceptacji niepełnosprawności (zmniejszenie znaczenia cech

fizycznych w stosunku do innych wartości) oraz dążenie do eliminowania ze swojego repertuaru zaradczego strategii w postaci zaprzeczania.

Model regresyjny utworzony dla zmian duchowych składający się ze strategii radzenia sobie oraz wymiarów akceptacji niepełnosprawności, łącznie pozwala wyjaśnić 34% wariacji tego typu korzystnych przeobrażeń u badanych. Największy wkład w wyjaśnienie wyższego nasilenia pozytywnych zmian w sferze duchowej ma strategia zaradcza w postaci zwracania się ku religii, której towarzyszy radzenie w postaci akceptowania doświadczanych problemów. Istotne funkcje predykcyjne ustalono również w odniesieniu do dokonywanych przez badane kobiety przeformułowań w zakresie budowania obrazu siebie, wyrażających się w tendencji do uznawania cech fizycznych za właściwości drugorzędne i koncentrowania się na charakterystykach związanych z osobowością czy posiadaniu unikalnych zdolności.

Rezultaty otrzymane w ramach ogólnego wyniku wzrostu potraumatycznego wskazują na istotne znaczenie predykcyjne dwóch wymiarów akceptacji niepełnosprawności oraz strategii radzenia sobie. Odpowiadają one łącznie za przewidywanie prawie 58% zmienności wzrostu potraumatycznego badanych kobiet. Największy wkład w to przewidywanie ma dążenie do zmniejszenia znaczenia cech fizycznych w budowaniu obrazu własnej osoby. Wyższy wzrost wiąże się zatem z nasiloną tendencją do osłabiania znaczenia fizyczności dla całościowej charakterystyki siebie i poszerzania wartych do zrealizowania w życiu wartości. Ponadto w znaczącym stopniu jest zależny od częstszego wykorzystywania radzenia, polegającego na zwracaniu się ku religii i akceptowaniu napotykanym problemom oraz eliminowania aktywności zaradczej o charakterze unikowym.

3. DYSKUSJA I WNIOSKI

Podjęte badania zorientowane były na ustalenie struktury wzrostu potraumatycznego oraz jego możliwych uwarunkowań u kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Dodatkowy zamiar badawczy zmierzał do określenia powiązania między pozytywnymi zmianami potraumatycznymi a poczuciem stresu w tej grupie badanych. Uzyskane rezultaty pozwoliły rozstrzygnąć postawione hipotezy. Struktura pozytywnych zmian składających się na wzrost potraumatyczny jest wyraźnie niejednolita u badanych kobiet, z dominującym nasileniem wymiaru w postaci większego docenienia życia. Odnotowano zdecydowanie niższe w stosunku do niego przeobrażenia w ramach percepcji siebie oraz zachodzące na płaszczyźnie duchowej. Wyniki te są częściowo zbieżne z ustaleniami innych badaczy. Na przykład Stutts ze współpracownikami (2015) dokonując analizy

wzrostu potraumatycznego u kobiet po amputacji kończyny dolnej, wykazała najwyższe nasilenie pozytywnych zmian w postaci siły osobistej oraz doceniania życia. Niemniej rezultaty prezentowane w niniejszym opracowaniu ujawniły wyższe nasilenie wzrostu potraumatycznego u kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową, w tym również w ramach większego doceniania życia, w porównaniu z wynikami otrzymanymi przez Stutts i współpracowników. Można przypuszczać, iż jest to podyktowane większą niejednorodnością próby badanych (obejmującej zarówno kobiety po amputacji kończyn/y dolnej/y, jak również z uszkodzeniem rdzenia kręgowego) uwzględnionej w przedstawianym projekcie badawczym.

Zgodnie z oczekiwaniami formułowanymi na podstawie dotychczasowej literatury, uzyskano pozytywne korelacje między potraumatycznym wzrostem a poczuciem stresu u kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Niemniej stwierdza się w tym zakresie jedynie częściowe potwierdzenie przyjętej hipotezy, gdyż spodziewane dodatnie powiązania otrzymano jedynie w obrębie jednego wymiaru wzrostu potraumatycznego – w pozytywnych zmianach w relacjach z innymi (H1). Przypuszczalnie u badanych kobiet w ramach relacji społecznych występuje zjawisko jednoczesnego występowania wzrostu i deprecjacji potraumatycznej. Możliwe jest, iż w przypadku niektórych relacji badane kobiety doświadczają wzrostu w postaci umocnienia więzi, większego z nich zadowolenia, natomiast w odniesieniu do innych doświadczają rozczarowania, utraty bliskości itp. (por. Barrington, Shakespeare-Finch, 2013; Baker i in., 2008). Ustalono w niniejszych badaniach pozytywne korelacje wskazujące na możliwość utrzymywania się wysokiego napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego i wewnętrznego (wyrażającego się w obawach, zamartwianiu się, frustracji), przy jednocześnie nasilającym się wzroście na płaszczyźnie relacji z innymi. Ponadto wyniki te nasuwają przypuszczenie o szczególnym znaczeniu tego obszaru funkcjonowania badanych kobiet, mogącego wzbudzać u nich emocje negatywne (por. Stutts i in., 2015; Klerk, Ampousah, 2003).

Rezultaty otrzymane w ramach ustalania powiązań między strategiami radzenia sobie, przekonaniem oraz akceptacją niepełnosprawności a wzrostem potraumatycznym u kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową potwierdzają wysunięte hipotezy, niemniej w zakresie niezgodnym z oczekiwaniami (H2). Ustalono współczynniki korelacji oraz funkcje predykcyjne zadaniowych strategii zaradczych, opierających się na poszukiwaniu wsparcia (u Boga lub innych osób), akceptującym, konstruktywnym ujmowaniu napotykanego problemu, wskazując na istotne ich znaczenie dla wyższego nasilenia wzrostu potraumatycznego, zarówno w ogólnym wyniku, jak i w poszczególnych jego elementach składowych. Z kolei strategie zaradcze unikowe (w tym wyrażające się w zaprzeczaniu

czy używaniu alkoholu lub innych środków odurzających) wykazują negatywne powiązania ze wzrostem potraumatycznym u badanych kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową. W przypadku radzenia polegającego na dążeniach do kontrolowania własnych emocji ustalono niejednoznaczne powiązania z wymiarami wzrostu potraumatycznego w tej grupie badanych. Okazało się bowiem, iż częstsze wykorzystywanie strategii zaradczej w postaci koncentrowania się na emocjach sprzyja pozytywnym zmianom w percepcji siebie, ale może nie pomagać w doświadczaniu wzrostu w relacjach z innymi (por. Akbar, Witruk, 2016). Uchwycona niejednoznaczność wymaga zatem dodatkowych rozstrzygnięć empirycznych w kolejnych badaniach.

Pomimo istniejącego uzasadnienia teoretycznego odnoszącego się do istotnego znaczenia przekonań na temat świata zewnętrznego, własnej osoby, swojej przeszłości dla pojawienia się i natężenia wzrostu potraumatycznego u osób po poważnych zdarzeniach życiowych, wyniki prezentowanych badań nie dostarczają jego mocnego potwierdzenia empirycznego wśród kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Pozytywne związki tego typu przekonań ustalono tylko z jednym wymiarem potraumatycznego wzrostu, w postaci większego doceniania życia (por. Byra, 2016). Co istotne, nie stwierdzono żadnych powiązań przekonania o posiadanych zdolnościach do skutecznego zmagania się z problemami ze wzrostem potraumatycznym w tej grupie kobiet. Sformułowana zatem w tym zakresie hipoteza potwierdziła się jedynie częściowo (H3). Niewykluczone, iż uwzględnione przekonania pełnią nie tyle predykcyjną, ile pośredniczącą rolę w wyjaśnianiu wzrostu potraumatycznego u kobiet doświadczających nabytych uszkodzeń ruchowych (por. Zdankiewicz-Ścigała, 2009). Teza ta wymaga jednak weryfikacji w kolejnych badaniach.

Hipoteza dotycząca pozytywnego powiązania między akceptacją niepełnosprawności a wzrostem potraumatycznym u kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową potwierdziła się (H4). Akceptacja niepełnosprawności rozumiana zgodnie z teorią Wright wiąże się z dążeniami jednostki do przeformułowania dotychczas uznawanych wartości, a także przyjmowanych kryteriów wartościowania. Jednocześnie odzwierciedla przekształcenia w zakresie odbudowywania obrazu siebie, z włączeniem posiadanych ograniczeń fizycznych. Potwierdzenie istotnego znaczenia tak pojmowanej akceptacji niepełnosprawności dla doświadczania pozytywnych zmian potraumatycznych dostarcza interesujących przesłanek do bardziej precyzyjnego wyjaśnienia wzrostu pojawiającego się w kontekście nabycia trwałej niepełnosprawności ruchowej. W zaprezentowanych badaniach stwierdzono, iż akceptacja niepełnosprawności (a zwłaszcza jej element składowy w postaci zmniejszenia

znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości) uczestniczy w wyjaśnianiu natężenia wszystkich pozytywnych zmian potraumatycznych.

Na podstawie przeprowadzonych badań i otrzymanych wyników można sformułować następujące wnioski:

1) Pozytywne zmiany potraumatyczne są doświadczane przez kobiety z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Zróżnicowane ich nasilenie tworzy niejednorodną strukturę wzrostu potraumatycznego.

2) Potraumatyczny wzrost u kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową może współwystępować z nasilonym poczuciem stresu, niemniej wyrazistość tej koegzystencji podlega różnicowaniu przez obszar funkcjonowania, w obrębie którego zachodzą znaczące przeobrażenia.

3) Pozytywne zmiany potraumatyczne u kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową wyjaśniane są przy znaczącym udziale strategii radzenia sobie oraz przekształceń w systemie wartości składających się na akceptację niepełnosprawności. Stosunkowo wysoki procent wyjaśnianej wariancji ogólnie rozumianego wzrostu potraumatycznego oraz niektórych jego wymiarów (np. większego docenienia życia, zmian w relacjach z innymi) ujawnia istotną rolę predykcijną wskazanych zmiennych. Jednocześnie zmienne te w mniejszym stopniu pozwalają wy tłumaczyć dwa inne wymiary wzrostu potraumatycznego w tej grupie kobiet – pozytywnych zmian w percepcji siebie oraz w sferze duchowej. To sugeruje, iż w ustaleniu ich natężenia większe znaczenie mogą mieć jeszcze inne czynniki, nieuwzględnione w niniejszych badaniach.

Podsumowując, zaprezentowane badania dostarczają interesujących wniosków zarówno poznawczych, jak i praktycznych. Stanowią istotne przesłanki do kolejnych analiz oraz działalności terapeutyczno-rehabilitacyjnej. Nie są jednak wolne od ograniczeń. Po pierwsze – nie uwzględniono grupy porównawczej obejmującej mężczyzn z nabytymi uszkodzeniami narządu ruchu. Nie pozwalają zatem na sformułowanie wniosków bezpośrednio odnoszących się do znaczenia kategorii płci w wyjaśnianiu wzrostu potraumatycznego u osób doświadczających trwałej niepełnosprawności. Po drugie – próba badanych jest niejednorodna i skupia kobiety z różnymi rodzajami i stopniem niepełnosprawności ruchowej. Ważne byłoby sprawdzenie, czy te parametry niepełnosprawności ruchowej są istotne i w jakim zakresie dla pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych. Po trzecie – badania oparte są na podejściu ilościowym, jakościowe dane z pewnością uzupełniłyby wyjaśnienie tego złożonego zjawiska, jakim jest wzrost potraumatyczny. Przedstawione wyniki badań należy zatem traktować w kategorii wstępnej eksploracji pozytywnych zmian u kobiet z nabytą niepełnosprawnością i nakreślające podstawy do dalszych analiz w zakresie tego interesującego zjawiska.

BIBLIOGRAFIA

- AKBAR, Z., WITRUK, E. (2016). Coping mediates the relationship between gender and posttraumatic growth. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, (217), 1036-1043.
- BAKER, J.M., KELLY, C., CALHOUN, L.G., CANN, A., TEDESCHI, R.G. (2008). An examination of posttraumatic growth and posttraumatic depreciation: two exploratory studies. *Journal of Loss and Trauma*, (13), 450-465.
- BARRINGTON, A., SHAKESPEARE-FINCH, J. (2013). Posttraumatic growth and posttraumatic depreciation as predictors of psychological adjustment. *Journal of Loss and Trauma*, (18), 429-443.
- BARSKOVA, T., OESTERREICH, R. (2009). Post-traumatic growth in people living with a serious medical condition and its relations to physical and mental health: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 31 (21), 1709-1733.
- BIBB, B., ELLIS-HILL, C., DONOVAN-HALL, M., BURRIDGE, J.H., RUSHTON, D. (2013). Exploring positive adjustment in people with spinal cord injury. *Journal of Health Psychology*, 19 (8), 1043-1054.
- BENIGHT, C.C., BANDURA, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 42 (10), 1129-1148.
- BONANNO, G.A., KENNEDY, P., GALATZER-LEVY, I.R., LUDE, P., ELFSTRÖM, M.L. (2012). Trajectories of resilience, depression, and anxiety following spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, (57), 236-247.
- BYRA, S. (2015a). Predyktory pozytywnych zmian u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową. *Niepełnosprawność*, (18), 18-37.
- BYRA, S. (2015b). Potraumatyczny wzrost i psychospołeczna adaptacja u osób z urazem rdzenia kręgowego: predykcyjne funkcje radzenia i orientacji pozytywnej. *Hygeia Public Health*, (2), 362-371.
- BYRA, S. (2016). Posttraumatic growth in people with traumatic long-term spinal cord injury: predictive role of basic hope and coping. *Spinal Cord*, 54 (6), 278-282.
- BYRA, S. (2017). Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności (WSAUS) – polska adaptacja Multidimensional Acceptance of Loss Scale J. M. Ferrina, F. Chana, J. Chronister, C. Y. Chiu. *Człowiek, Niepełnosprawność, Społeczeństwo*, 1 (35), 29-50.
- CHUN, S., LEE, Y. (2008). The experience of posttraumatic growth for people with spinal cord injury. *Qualitative Health Research*, 18 (7), 877-890.
- DUNN, D.S. (2015). *The social psychology of disability*. New York: Oxford University Press.
- ELLIOTT, T.R., KURYLO, M., RIVERA, P. (2002). Positive growth following acquired physical disability. W: C.R. SNYDER, S.J. LOPEZ (eds.), *Handbook of positive psychology* (651-664). New York: Oxford University Press.
- HELGESON, V.S., REYNOLDS, K.A., TOMICH, P.L. (2006). A meta – analysis review of benefit finding and growth. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, (74), 797-816.
- HESZEN-NIEJODEK, I. (1991). Radzenie sobie z konfrontacją stresową. *Nowiny Psychologiczne*, (1-2), 13-26.
- JANOFF-BULMAN, R. (2006). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. W: L.G. CALHOUN, R.G. TEDESCHI (eds.), *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice* (81-99). Mahwah: Lawrence Erlbaum.

- Jin, Y., Xu J., Liu, D. (2014). The relationship between post traumatic stress disorder and post traumatic growth: gender differences in PTG and PTSD subgroups. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, (49), 1903-1910.
- JUCZYŃSKI, Z. (2001). Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: PTP.
- KALPAKJIAN, C.Z., MCCULLUMSMITH, C.B., FANN, J.R., RICHARDS, J.S., STOELB, B.L., HEINEMANN, A.W., BOMBARDIER, C.H. (2014). Post-traumatic growth following spinal cord injury. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 37 (2), 218-225.
- KEANY, K.C., GLUECKAUF, R.L. (1993). Disability and value changes: An overview and analysis of acceptance of loss theory. *Rehabilitation Psychology*, 38 (2), 199-210.
- KENNEDY, P., LUDE, P., ELFSTRÖM, M.L., COX, A. (2013). Perceptions of gain following spinal cord injury: A qualitative analysis. *Top Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 19(3), 202-210.
- KLERK, H.M., AMPOUSAH, L. (2003). The physically disabled women's experience of self. *Disability and Rehabilitation*, 25 (19), 1132- 1139.
- LEQUERICA, A.H., FORCH-HEIMER, M., TATE, D.G., ROLLER, S., TOUSSAINT, L. (2008). Ways of coping and perceived stress in women with spinal cord injury. *Journal of Health Psychology*, 13 (3), 348-354.
- MCMILLEN, J.C., COOK, C.L., LOVELAND, C. (2003). The positive by-products of spinal cord injury and their correlates. *Rehabilitation Psychology*, 48 (2), 77-85.
- NICHOLLS, E., LEHAN, T., PLAZA, S.L.O., DENG, X., ROMERO, J.L.P., PIZARRO, J.A.A., ARANGO-LASPRILLA, J.C. (2012). Factors influencing acceptance of disability in individuals with spinal cord injury in Neiva, Colombia, South America. *Disability and Rehabilitation*, 34 (13), 1082-1088.
- NISHI, D., MATSUOKA, Y., KIM, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *Biopsychosocial Medicine*, 4 (7), 1-6.
- OAKSFORD, K., FRUDE, N., CUDDIHY, R. (2005). Positive coping and stress-related psychological growth following lower limb amputation. *Rehabilitation Psychology*, 50(3), 266-277.
- OGIŃSKA-BULIK, N., JUCZYŃSKI, Z. (2010). Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 7 (4), 129-142.
- OGIŃSKA-BULIK, N., KOBYLARCZYK, M. (2017). The mediating role of resiliency in the relationship between temperament and posttraumatic growth. *Journal of Loss and Trauma*, 22 (1), 1-10.
- OGIŃSKA-BULIK, N. (2013). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Difin.
- PLOPA, M., MAKAROWSKI, R. (2010). *Kwestionariusz Poczucia Stresu*. Warszawa: Vizja Press & IT.
- POLLARD, C., KENNEDY, P. (2007). A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: a 10-year review. *British Journal of Health Psychology*, 12 (3), 347-362.
- PRATI, G., PIETRANTONI, L. (2009). Optimism, social support and coping strategies contributing to posttraumatic growth: a meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma*, 14 (5), 364-388.

- SHONTZ, F.C. (1975). *The psychological aspects to physical illness and disability*. New York: Macmillan Publishing Co.
- SCHUETTLER, D., BOALS, A. (2011). The path to posttraumatic growth versus post-traumatic stress disorder: contributions of event centrality and coping. *Journal of Loss and Trauma*, (16), 180-194.
- STUTTS, L.A., STANALAND, A.W. (2016). Posttraumatic growth in individuals with amputations. *Disability and Health Journal*, (9), 167-171.
- STUTTS, L.A., BILLS, S.E., ERWIN, S.R., GOOD, J.J. (2015). Coping and posttraumatic growth in women with limb amputations. *Psychology, Health & Medicine*, 20(6), 742-752.
- SWICKERT, R., DEROMA, V., SAYLOR, C. (2004). The relationships between gender and trauma symptoms: a proposed meditational model. *Individual Differences Research*, 2 (3), 203-213.
- TEDESCHI, R.G., CALHOUN, L., G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, (15), 1-8.
- TEDESCHI, R.G., PARK, C.L., CALHOUN, L.G. (1998). Posttraumatic growth: Conceptual issues. W: R.G. TEDESCHI, C.L. PARK, L.G. CALHOUN (eds.), *Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis* (1-22). Mahwah–New Jersey–London: LEA Publishers.
- TEDESCHI, R.G., CALHOUN, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- VISHNEVSKY, T., CANN, A., CALHOUN, L.G., TEDESCHI, R.G., DEMAKIS, G.J. (2010). Gender differences in self-reported posttraumatic growth: a meta-analysis. *Psychology of Women Quarterly*, (34), 110-120.
- WEITZNER, E., SURCA, S., WIESE, S., DION, A., ROUSSOS, Z., RENWICK, R., YOSHIDA, K. (2011). Getting on with life: positive experiences of living with a spinal cord injury. *Qualitative Health Research*, 21 (11), 1455-1468.
- WRIGHT, B. (1983). *Physical disability – A psychosocial approach*. New York: Harper & Row.
- WRZEŚNIEWSKI, K. (1996). Pomiar radzenia ze stresem – wybrane zagadnienia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, (8-9), 34-46.
- ZAŁUSKI, M., GAJDOSZ, M. (2012). Skala Założeń wobec świata – polska adaptacja i analiza walidacyjna World Assumptions Scale. *Psychoterapia*, 3(162), 17-31.
- ZDANKIEWICZ-ŚCIGAŁA, E. (2009). Nadzieja podstawowa jako moderator procesu adaptacji po traumie. W: J. STRELAU, B. ZAWADZKI, M. KACZMAREK (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia* (132-153). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- ZIĘBA, M. (2015). Nadzieja i ton afektywny narracji a wzrost potraumatyczny osób, które utraciły sprawność ruchową. *Roczniki Psychologiczne*, (1), 41-50.
- ZOELLNER, T., MAERCKER, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology – A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, (26), 626-653.

POZYTYWNE ZMIANY W PERCEPCJI KOBIET
Z NABYTĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ

Streszczenie

Artykuł podejmuje kwestię pozytywnych zmian potraumatycznych u kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Na podstawie teorii wzrostu potraumatycznego R.G. Tedeschiego i L.G. Calhouna przeanalizowano pozytywne zmiany w percepcji siebie, relacjach z innymi, docenianiu życia oraz w sferze duchowej u kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i po amputacji kończyny dolnej. Podjęto również próbę wyjaśnienia ich natężenia przy udziale strategii radzenia sobie, przekonań na temat świata zewnętrznego, własnej osoby oraz posiadanej skuteczności w pokonywaniu sytuacji trudnych, a także akceptacji niepełnosprawności. Ustalono niejednorodną strukturę pozytywnych zmian w badanej grupie kobiet oraz pozytywny ich związek z poczuciem stresu. Wyniki badań wykazały, iż największe znaczenie dla wyjaśnienia natężenia pozytywnych zmian potraumatycznych u kobiet z niepełnosprawnością ruchową mają strategie radzenia sobie oraz akceptacja niepełnosprawności.

Słowa kluczowe: wzrost potraumatyczny; kobieta z niepełnosprawnością ruchową; strategie radzenia; akceptacja niepełnosprawności.

POSITIVE CHANGES IN PERCEPTION WOMEN
WITH ACQUIRED PHYSICAL PATCH DISABILITY

S u m m a r y

The article addresses the issue of positive post-traumatic changes in women with acquired physical disability. Based on the theory of posttraumatic growth of R.G. Tedeschi and L.G. Calhoun were analyzed positive changes in self-perception, relationships with others, appreciation of life and in the spiritual sphere in women with spinal cord injury and amputation of the lower limb. They also attempted to explain their intensity by the strategies of coping, beliefs about the outside world, their own and their effectiveness in overcoming difficult situations and acceptance of disability. A non-uniform structure of positive changes in the study group of women and their positive relationship with the perceiving of stress was observed. The results showed that the strategies for coping and acceptance of disability were the most important in explaining the intensity of positive post-traumatic changes in women with physical disability.

Key words: posttraumatic growth; women with physical disability; coping strategies; acceptance of disability.