

Sytuacyjne uwarunkowania wzrostu potraumatycznego u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową

Situational determinants of posttraumatic growth in persons with acquired physical disabilities

STANISŁAWA BYRA

Zakład Socjopedagogiki Specjalnej, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Wprowadzenie. Pozytywne zjawiska doświadczane przez osoby z nabytą niepełnosprawnością ruchową rozpatrywane są m.in. w ramach teorii wzrostu potraumatycznego. Wyjaśnienia składających się na niego korzystnych zmian w percepcji siebie, relacjach z innymi, docenianiu życia i duchowości dokonuje się przy uwzględnieniu czynników podmiotowych i sytuacyjnych.

Cel. Ustalenie związku między wybranymi czynnikami sytuacyjnymi, a nasileniem wzrostu potraumatycznego u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową.

Materiały i metody. Badania przeprowadzono wśród 348 osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową (242 z urazem rdzenia kręgowego i 106 po amputacji kończyny dolnej w rezultacie wypadku). Do badań zakwalifikowano osoby powyżej 18 lat, które nabyły trwałe uszkodzenia ruchowe co najmniej przed 3 laty. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI); Kwestionariusz Oceny Trwałej Niepełnosprawności/Choroby Przewlekłej i Ograniczeń Towarzyszących; Kwestionariusz Wsparcia Społecznego (NSSQ) i kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji.

Wyniki. Czynniki sytuacyjne w postaci wsparcia społecznego, upływu czasu od nabytych uszkodzeń ruchowych oraz rodzaj niepełnosprawności wykazują istotne powiązania z nasileniem wzrostu potraumatycznego. Ujawniono znaczący udział wsparcia emocjonalnego i afirmacyjnego w wyjaśnianiu zmienności zmian pozytywnych, które poza przeobrażeniami w sferze duchowej, cechują się wyższym nasileniem przy dłuższej perspektywie czasowej.

Wnioski. Czynniki sytuacyjne w postaci rodzaju niepełnosprawności, czasu jej trwania i wsparcia społecznego wykazują istotne związki z nasileniem wzrostu potraumatycznego u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Percepcja niepełnosprawności oraz subiektywna kontrola jej konsekwencji nie wiążą się istotnie z pozytywnymi zmianami w tej grupie osób. Stosunkowo niski procent wyjaśnianej wariancji zmian pozytywnych sugeruje większe znaczenie innych niż sytuacyjne czynników predykcyjnych.

Słowa kluczowe: nabyta niepełnosprawność ruchowa, uraz rdzenia kręgowego, amputacja, wzrost potraumatyczny, uwarunkowania sytuacyjne

Introduction. Positive experiences of persons with an acquired mobility disability are being discussed, among others, in light of the post-traumatic growth theory. Favourable changes in self-perception, relations with others, appreciation of life and spiritual change reflecting the growth are explained considering subjective and situational determinants.

Aim. To determine the relationship between selected situational determinants and the level of posttraumatic growth in individuals with an acquired mobility disability.

Material & Method. The sample consisted of 348 individuals with an acquired mobility disability (242 people with spinal cord injury and 106 people with lower extremity amputation after an accident). The subjects were individuals aged over 18 years who acquired a permanent mobility disability at least 3 years before the onset of the study. The following research tools were used: Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI); Permanent Disability/Chronic Disease and Accompanying Limitation Evaluation Questionnaire; Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) and the Survey questionnaire developed by the author.

Results. Situational determinants such as social support, time elapsed since the onset of a mobility disability and type of disability point to significant correlations with the level of posttraumatic growth. A significant contribution of emotional support and affirmative action in accounting for variability of positive changes was found, which apart from spiritual changes, present a higher level in the longer term.

Conclusion. Situational factors, such as the type of disability, its duration and social support are significantly related to severity of posttraumatic growth in people with acquired physical disabilities. The perception of disability and subjective control of its consequences are not significantly linked to positive changes in this group of people. A relatively low percentage of explained variance of positive changes implies greater significance of predictors other than situational ones.

Key words: acquired physical disability, spinal cord injury, amputation, posttraumatic growth, situational determinants

© Hygeia Public Health 2015, 50(4): 612-620

www.h-ph.pl

Nadesłano: 28.08.2015

Zakwalifikowano do druku: 25.11.2015

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr hab. Stanisława Byra

Zakład Socjopedagogiki Specjalnej, Instytut Pedagogiki,

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

ul. Narutowicza 12, 20-004 Lublin

tel. 815 37 63 07, e-mail: byras@interia.pl

Wprowadzenie

Następstwa traumatycznych zdarzeń, do których należy nabycie trwałej niepełnosprawności ruchowej, rozpatrywane są coraz częściej nie tyle z perspektywy psychopatologicznej, co rozwojowej, zorientowanej na poszukiwanie konstruktywnych przeobrażeń i odnawianie zachowanych możliwości. Identyfikowanie różnorodnych przejawów mocnych stron jednostki konfrontującej się z poważnymi, przełomowymi zdarzeniami (w tym z doznaniem znaczących uszkodzeń ciała), skutkuje tworzeniem szeregu koncepcji, teorii, służących do ich opisu i wyjaśniania. Część z nich przyjmuje postać typowo deskryptywną, z tezami trudnymi do empirycznego weryfikowania [1]. Pozostałe, w zróżnicowanym zakresie testowane, dostarczają pewnych wyjaśnień odnośnie do konstruktywnych tendencji u osób znajdujących się w szczególnie niekorzystnych warunkach rozwojowych [2]. Najbardziej popularnym podejściem teoretycznym, w największym stopniu empirycznie eksplorowanym, jest teoria wzrostu potraumatycznego Tedeschi'ego i Calhouna [3]. Wykorzystywana do wyjaśniania rozwojowych następstw zdarzeń traumatycznych, z powodzeniem stosowana jest do rozpoznania zjawiska wzrostu po nabyciu trwałej niepełnosprawności ruchowej.

Zgodnie z tą teorią wzrost potraumatyczny ujmowany jest w kategorii pozytywnych psychologicznych zmian doświadczanych przez jednostkę w rezultacie pomyślnego poradzenia sobie ze skutkami negatywnych wydarzeń życiowych [4]. Pojawienie się wzrostu jest związane z wystąpieniem zarówno okoliczności traumatycznych, jak i takich, które nie mają charakteru wstrząsowego, ale są istotnymi zmianami życiowymi, wymuszającymi na jednostce przystosowanie się [5]. Nabycie trwałej niepełnosprawności ruchowej jest zdarzeniem przełomowym, wprowadzającym nieznanne dotąd wyzwania wymagające uruchomienia specyficznych strategii zaradczych. Wdrożenie radzenia zapewniającego pomyślne rozwiązywanie nowych sytuacji problemowych wskazuje na konstruktywne ustosunkowanie się do tej radykalnej zmiany życiowej. Badania dowodzą [6], że u przynajmniej części jednostek z nabytą niepełnosprawnością ruchową, tego typu radzenie można zidentyfikować. Natomiast wymiernym rezultatem pomyślnego radzenia może być wzrost potraumatyczny, który również diagnozowany jest w tej grupie osób [6-8].

Literatura przedmiotu zawiera stosunkowo rozbudowany opis wzrostu u jednostek z niepełnosprawnością, potwierdzając jego występowanie poprzez relacjonowanie zróżnicowanych przejawów zmian pozytywnych. Zawiera natomiast zdecydowanie mniej doniesień z zakresu jego uwarunkowań. Wprawdzie użyteczne w tym zakresie są empirycznie potwierdzone założenia teorii wzrostu potraumatycznego,

niemniej ze względu na specyfikę zdarzenia, jakim jest doznanie trwałego uszkodzenia narządu ruchu, uwaga badaczy koncentruje się na czynnikach swoistych dla tej sytuacji życiowej. Dotychczas wybiórczo przeanalizowano uwarunkowania podmiotowe i sytuacyjne wzrostu potraumatycznego u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową [7, 9-13].

W odniesieniu do założeń teorii Tedeschi'ego i Calhouna przewiduje się, że zdarzenia przełomowe burzące dotychczasowy ład w przekonaniach na temat świata, życia, własnej osoby, są czynnikami w największym stopniu facylitującymi wystąpienie wzrostu [5]. Dotychczasowe badania potwierdzają, iż zdarzenia zagrażające zdrowiu i życiu, prowadzące do bezpośredniego skonfrontowania się ze śmiercią, generujące wysoki poziom stresu, mogą uruchamiać zmiany sprzyjające pojawieniu się wzrostu. Przy czym, jak wskazują Hefferon, Grealy i Mutrie [14], za jego wystąpienie mogą odpowiadać unikalne elementy choroby i niepełnosprawności. W badaniach Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego [15] osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego przejawiali poziom wzrostu porównywalny do innych grup osób doświadczających zagrożenia zdrowia i życia, np. kobiet po mastektomii, pacjentów kardiologicznych.

Rezultaty dotychczasowych analiz wśród osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową wskazują, że doświadczają one od umiarkowanego do wysokiego poziomu wzrostu potraumatycznego. Ustaleń takich dokonano u jednostek po amputacji kończyny dolnej [11], z urazem rdzenia [10], a także ze stwardnieniem rozsianym [16]. Nie zestawiano jednak nasilenia wzrostu doświadczanego przez poszczególne grupy osób z niepełnosprawnością. Na ile rodzaj nabytych ograniczeń ruchowych może mieć znaczenie dla pojawienia się wzrostu na obecnym etapie badań nie zostało rozstrzygnięte. Należy przy tym zaznaczyć, iż predykcijną funkcję zdarzenia traumatycznego określa szersza jego charakterystyka, zatem istotny może być rodzaj uszkodzeń wraz z kontekstem jego wystąpienia.

Do szczególnie interesujących uwarunkowań sytuacyjnych należy czas, jaki upłynął od wystąpienia zdarzenia traumatycznego. Zakładając, iż wystąpienie wzrostu potraumatycznego wymaga przepracowania samego faktu pojawienia się, jak i konsekwencji traumy, oczywistym wydaje się korzystne oddziaływanie dłuższej perspektywy czasowej. Wyniki badań nie dostarczają jednak jednoznacznych rezultatów w tym względzie. Dowiedziono bowiem doświadczania pozytywnych zmian, zarówno dwa tygodnie po zaistnieniu zdarzenia, jak i kilka lat po traumie [13, 17]. Niejednolite rezultaty otrzymano również w badaniach osób z niepełnosprawnością ruchową, nakreślających szerokie ramy czasowe, w których zachodzą zmiany

wzrostowe. Na przykład Oaksford, Frude i Cuddihy [18] zidentyfikowali u badanych potraumatyczny wzrost po 6 miesiącach od amputacji kończyny dolnej. Z kolei Błaszczak [19] ustalił pozytywne zmiany u osób będących od 3 do 5 lat po wypadku, a Pollard i Kennedy [7] zdiagnozowali potraumatyczny wzrost po 10 latach od nabycia urazu rdzenia. Badania podłużne przeprowadzone przez Kennedy'ego i wsp. [20] wykazały, iż poziom wzrostu potraumatycznego u osób z urazem rdzenia wzrastał wraz z upływem czasu (pomiar w 12 tygodniu, po roku i po 2 latach), ale nie zaznaczały się istotne statystycznie różnice między uwzględnionymi odcinkami czasowymi.

Sytuacyjny czynnik w postaci wsparcia społecznego rozpatrywany jest w relacji do wzrostu potraumatycznego przy uwzględnieniu wielu wskaźników: dostępności sieci wsparcia, różnorodnych form wspierania, zapotrzebowania na wsparcie, wsparcia postrzeganego i otrzymywanego, satysfakcji ze wsparcia itp. [13, 17]. Istotna rola wsparcia w procesie kształtowania się wzrostu po traumie wyraża się w tworzeniu korzystnych warunków do ekspresji emocji negatywnych, przetwarzania poznawczego zdarzenia, pomyślnego poradzenia sobie z wymogami nowej sytuacji życiowej, przepracowania doznanej traumy [21]. Wyniki badań [21, 22] dowodzą szczególnego znaczenia postrzeganego wsparcia emocjonalnego, praktycznego/instrumentalnego. Satysfakcja ze wsparcia odzwierciedlająca jego adekwatność do potrzeb wysoko i pozytywnie koreluje z konstruktywnym, skutecznym radzeniem sobie, co sprzyja występowaniu zmian pozytywnych [22]. Salick i Auerbach [23] relacjonują, że ponowna ocena sieci wsparcia i wartościowanie jej możliwości pomocowych wpisywały się w działania sprzyjające doświadczaniu pozytywnych zmian u osób z nabytymi uszkodzeniami. Kobiety po amputacji kończyn doświadczające wysokiego poziomu wzrostu podkreślały istotne znaczenie dostępnego i satysfakcjonującego wsparcia od przyjaciół, rodziny i społeczności [11]. Udział wsparcia społecznego w generowaniu pozytywnych zmian u osób z niepełnosprawnością ruchową zaznaczył się także poprzez powiązanie z innymi zmiennymi sprzyjającymi poznawczemu przetwarzaniu traumatycznej sytuacji życiowej, np. z postrzeganiem nabytej niepełnosprawności w kategorii wyzwania oraz zaangażowaną aktywnością na rzecz realizacji, możliwych do osiągnięcia, celów [24]. Natomiast nie przeanalizowano dotychczas w tej grupie osób roli poszczególnych rodzajów wsparcia dla poziomu wzrostu potraumatycznego i cechujących go pozytywnych zmian.

Cel

Ustalenie związku między czynnikami sytuacyjnymi a potraumatycznym wzrostem u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową. Za czynniki sytuacyjne zostały uznane następujące zmienne: rodzaj niepełno-

sprawności ruchowej, percepcja niepełnosprawności, wpływ czasu od wystąpienia zdarzenia związanego z nabyciem trwałych ograniczeń ruchowych, stopień subiektywnej kontroli konsekwencji niepełnosprawności oraz rodzaj otrzymywanego wsparcia społecznego [por. 13, 25]. Potraumatyczny wzrost jest rozumiany zgodnie z założeniami teorii Tedeschi'ego i Calhouna [4].

Poszukiwanie badawcze będzie ukierunkowane na udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie: Jaki jest udział uwzględnionych czynników sytuacyjnych w ustalaniu zmienności wzrostu potraumatycznego u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową? Hipoteza ogólna odnosi się do istnienia związku między czynnikami sytuacyjnymi a potraumatycznym wzrostem u osób z doznanymi, trwałymi uszkodzeniami ruchowymi. Sformułowano ponadto hipotezy szczegółowe dotyczące związków między poszczególnymi czynnikami sytuacyjnymi a wzrostem potraumatycznym:

- Hipoteza 1. Rodzaj niepełnosprawności ruchowej wiąże się z nasileniem wzrostu potraumatycznego [26].
- Hipoteza 2. Percepcja niepełnosprawności wykazuje związek z nasileniem wzrostu potraumatycznego [27, 28].
- Hipoteza 3. Czas, od wystąpienia zdarzenia traumatycznego, jakim było nabycie trwałej niepełnosprawności ruchowej wykazuje pozytywny związek z natężeniem wzrostu potraumatycznego [4, 19, 20].
- Hipoteza 4. Stopień subiektywnej kontroli konsekwencji niepełnosprawności pozytywnie koreluje z potraumatycznym wzrostem [23, 25].
- Hipoteza 5. Rodzaj wsparcia społecznego wykazuje związek z natężeniem wzrostu potraumatycznego [2, 30].

Materiały i metody

Badaniu zostało poddanych 348 osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową, w tym 242 (69,54%) z uszkodzeniem rdzenia kręgowego (paraplegia) i 106 (30,46%) po amputacji kończyny dolnej w rezultacie wypadku. Do badań zakwalifikowano osoby powyżej 18 lat, które nabyły trwałe uszkodzenia ruchowe co najmniej przed 3 laty. Średni wiek badanych wynosił 47,03 lat (SD=13,09); przeciętny wiek nabycia niepełnosprawności 31,41 lat (SD=14,80), natomiast średni czas, jaki upłynął od zdarzenia ją wywołującego wynosił 15,52 lata (SD=10,22) i mieścił się w przedziale 3-54 lata. Wśród badanych przeważali mężczyźni (202 – 58,05%), osoby mieszkające w mieście (279 – 80,17%). Stan cywilny badanych prezentował się następująco: zamężni – 144 (41,38%), samotni – 94 (27,01%), rozwiedzeni – 62 (17,82%), w separacji – 26 (7,47%) i wdowcy – 19 (5,46%). Większość

badanych posiadała dzieci (216 – 62,07%). Najwięcej osób legitymowało się wykształceniem średnim (140 – 40,23%, w dalszej kolejności wykształceniem zawodowym (99 – 28,45%), wyższym (53 – 15,23%), podstawowym (44 – 12,64%) i niepełnym wyższym (12 – 3,45%). Zdecydowana większość badanych nie pracowała zawodowo (272 – 78,16%).

Materiał badawczy zebrano za pomocą następujących narzędzi: *Post-Traumatic Growth Inventory* (PTGI) w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego; Kwestionariusza Oceny Trwałej Niepełnosprawności/Choroby Przewlekłej i Ograniczeń Towarzyszących Byry; Kwestionariusza Wsparcia Społecznego (NSSQ) Norbeck w tłumaczeniu Kirenko, a także Kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji.

Post-Traumatic Growth Inventory pozwala ustalić stopień doświadczanych w rezultacie zdarzenia traumatycznego zmian pozytywnych w następujących obszarach: percepcji siebie, relacjach z innymi, docenianiu życia i duchowości. Narzędzie posiada zadowalające wskaźniki psychometryczne, alfa Cronbacha dla całej skali wynosi 0,93; dla poszczególnych wymiarów mieści się w przedziale 0,63-0,87 [15].

Kwestionariusz Oceny Trwałej Niepełnosprawności/Choroby Przewlekłej i Ograniczeń Towarzyszących umożliwia ustalenie sposobu postrzegania przez badanego posiadanej niepełnosprawności w kategorii straty, zagrożenia lub wyzwania. Badany dokonuje wyboru jednej z nich, po uprzednim zapoznaniu się z jej opisem [27].

Kwestionariusz Wsparcia Społecznego w polskiej wersji służy do ustalenia wsparcia społecznego (ogólnie rozumianego, emocjonalnego, afirmacyjnego i praktycznego) [31].

Kwestionariusz ankiety własnej konstrukcji służył do zebrania danych socjodemograficznych, a także dotyczących stopnia subiektywnej kontroli konsekwencji niepełnosprawności. Nasilenie tej kontroli badany oceniał na skali od 1 do 5.

Wyniki

Uzyskane rezultaty wskazują, że rodzaj niepełnosprawności istotnie różnicuje wzrost potraumatyczny (zarówno w wymiarze ogólnym, jak i w poszczególnych jego wymiarach). Badani z uszkodzeniem rdzenia kręgowego relacjonują zdecydowanie wyższe nasilenie pozytywnych zmian we wszystkich uwzględnionych obszarach w porównaniu z osobami po amputacji (tab. I).

Zestawienie wyników^{1/} w zakresie wzrostu potraumatycznego osób różniących się postrzeganiem

¹ Nie dokonano obliczeń przy użyciu testu statystycznego ze względu na znaczące różnice między liczebnością grup badanych postrzegających posiadaną niepełnosprawność w kategorii straty (n=122; 35,06%), zagrożenia (n=47; 13,50%) i wyzwania (n=179; 51,44%).

posiadanej niepełnosprawności, ujawniło zbliżone natężenie wszystkich pozytywnych zmian (tab. II). Zwraca jedynie uwagę nieco niższy poziom wzrostu u osób oceniających własną niepełnosprawność jako zagrożenie, którzy również dostrzegają mniejsze (w porównaniu z badanymi wskazującymi na stratę czy wyzwanie) natężenie korzystnych przeobrażeń w percepcji siebie i w sferze duchowej. Warto podkreślić, iż badani traktujący doświadczaną niepełnosprawność jako wyzwanie osiągnęli tylko nieznacznie wyższe rezultaty w zakresie zmian składających się na wzrost potraumatyczny.

Przeprowadzona analiza korelacyjna wykazała istotne związki wzrostu potraumatycznego z pozostałymi uwzględnionymi czynnikami sytuacyjnymi: wsparciem społecznym, upływem czasu od nabycia niepełnosprawności i subiektywną kontrolą konsekwencji niepełnosprawności (tab. III). Wsparcie społeczne pozytywnie koreluje z ogólnie rozumianym wzrostem i jego poszczególnymi wymiarami. Jedynie między zmianami duchowymi a wsparciem społecznym nie ustalono istotnych powiązań. Upływ czasu od nabycia niepełnosprawności pozytywnie koreluje z ogólnym wynikiem wzrostu potraumatycznego, a także korzystnymi zmianami w postrzeganiu własnej osoby oraz docenianiem życia. Wykazuje natomiast negatywny związek ze zmianami w sferze duchowej. Subiektywna kontrola konsekwencji niepełnosprawności wiąże się istotnie i pozytywnie jedynie z wymiarem wzrostu w postaci większego doceniania życia.

W celu ustalenia udziału uwzględnionych czynników sytuacyjnych w wyjaśnianiu zmienności wzrostu potraumatycznego u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową przeprowadzono standardową krokową analizę regresji (tab. IV).

Model regresyjny dla zmian w percepcji siebie utworzyły trzy czynniki sytuacyjne, z których największy udział w określaniu wariacji tego wymiaru wzrostu potraumatycznego ma wsparcie emocjonalne. Większy zakres wsparcia umożliwiającego przepracowanie emocjonalne doświadczanej sytuacji, przy jednocześnie dłuższym czasie od nabycia niepełnosprawności sprzyja u badanych wyższemu nasileniu korzystnych zmian w ocenie siebie, swoich możliwości. Wyższy ich poziom można ponadto przewidywać u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Ważne, by wskazać, iż ustalony zestaw zmiennych pozwala przewidywać jedynie 11,5% wariacji tego wymiaru wzrostu.

W ramach pozytywnych zmian w relacjach z innymi utworzono równanie regresyjne z dwoma zmiennymi wyjaśniającymi. Z ich udziałem możliwe jest ustalenie ok. 13% wariacji korzystnych zmian w kontaktach z najbliższym otoczeniem. Większy zakres pozytywnych przeobrażeń w tym obszarze można

przewidywać u badanych przy większym wsparciu afirmacyjnym od osób znaczących. Wyższy poziom tych zmian możliwy jest ponadto u osób doświadczających niepełnosprawności z powodu urazu rdzenia kręgowego.

Model regresyjny utworzony w odniesieniu do kolejnego wymiaru wzrostu zawiera 4 zmienne, które łącznie pozwalają przewidywać prawie 34% zmienności w docenianiu życia u badanych. Największy wkład w wyjaśnianie nasilenia tego typu pozytywnych zmian ma wsparcie afirmacyjne. Większe docenianie życia zależy w znacznym stopniu od otrzymywania przez badanych większego zakresu wsparcia sprzyjającego wzmacnianiu poczucia własnej wartości, podtrzymywaniu pozytywnego nastawienia do życia, przy jednocześnie wyższej subiektywnej kontroli

doświadczanych konsekwencji niepełnosprawności. Istotne znaczenie dla większego doceniania życia ma ponadto dłuższa perspektywa czasowa od zdarzenia wywołującego niepełnosprawność oraz rodzaj nabytych uszkodzeń (będących skutkiem doznanego urazu rdzenia).

Dla zmian duchowych zostało utworzone równanie regresyjne składające się z dwóch zmiennych, które łącznie pozwalają wyjaśnić ok. 13% wariacji tego typu korzystnych przeobrażeń. Interesujące jest, iż większe ich nasilenie można przewidywać w krótszym czasie po nabyciu niepełnosprawności. Podobnie, jak w przypadku pozostałych wymiarów wzrostu potraumatycznego, również te zmiany są bardziej charakterystyczne dla osób z urazem rdzenia kręgowego.

Tabela I. Wzrost potraumatyczny u osób różniących się rodzajem niepełnosprawności – wyniki testu t dla danych niezależnych
Table I. Posttraumatic growth in individuals with different types of disability – t test results for independent data

PTGI	Rodzaj niepełnosprawności /Type of disability				Test istotności /Test of significance	
	uraz rdzenia kręgowego /spinal cord injury		amputacja kończyny /amputation		t	p
	x_{sr}	SD	x_{sr}	SD		
zmiany w percepcji siebie /changes in self-perception	27,61	8,39	23,52	9,53	4,02	<0,001
zmiany w relacjach z innymi /changes in relationships with others	22,57	6,50	20,68	7,75	2,36	0,019
docenianie życia /appreciating life	10,95	3,08	9,25	3,88	4,38	<0,001
zmiany duchowe /spiritual changes	5,56	2,41	4,50	2,95	3,53	<0,001
wynik ogólny wzrostu potraumatycznego /overall result of posttraumatic growth	66,69	16,44	57,94	19,87	4,28	<0,001

Tabela II. Wzrost potraumatyczny u osób różniących się percepcją niepełnosprawności – średnia (x_{sr}), odchylenie standardowe (SD)
Table II. Posttraumatic growth in individuals with different perceptions of disability – mean (x_{sr}), standard deviation (SD)

PTGI	Percepcja niepełnosprawności /Perception of disability					
	strata /loss		zagrożenie /danger		wyzwanie /challenge	
	x_{sr}	SD	x_{sr}	SD	x_{sr}	SD
zmiany w percepcji siebie /changes in self-perception	26,25	8,82	25,70	10,59	26,62	8,59
zmiany w relacjach z innymi /changes in relationships with others	21,53	7,23	21,17	7,97	22,53	6,45
docenianie życia /appreciating life	10,47	3,52	10,34	3,58	10,42	3,39
zmiany duchowe /spiritual changes	5,24	2,79	4,85	2,35	5,34	2,58
wynik ogólny wzrostu potraumatycznego /overall result of posttraumatic growth	63,48	18,36	62,06	21,52	64,92	16,72

Tabela III. Wsparcie społeczne, wpływ czasu od nabycia niepełnosprawności i subiektywna kontrola konsekwencji niepełnosprawności a wzrost potraumatyczny – współczynniki korelacji r Pearsona
Table III. Social support, time since onset of disability and subjective control of disability outcomes vs. posttraumatic growth – Pearson's r correlation coefficients

PTGI	Wsparcie społeczne /social support				Upływ czasu od nabycia niepełnosprawności /time since disability onset	Subiektywna kontrola konsekwencji niepełnosprawności /subjective control of disability consequences
	emocjonalne /emotional	afirmacyjne /affirmative	praktyczne /practical	wynik ogólny /overall result		
zmiany w percepcji siebie /changes in self-perception	0,16**	0,14*	0,15**	0,15*	0,18**	0,08
zmiany w relacjach z innymi /changes in relationships with others	0,25***	0,23***	0,24***	0,24**	-0,07	0,08
docenianie życia /appreciating life	0,17***	0,16**	0,15**	0,16**	0,21***	0,18***
zmiany duchowe /spiritual changes	0,08	0,06	0,06	0,06	-0,15**	0,02
wynik ogólny wzrostu potraumatycznego /overall result of posttraumatic growth	0,21***	0,19***	0,20***	0,20***	0,22***	0,09

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

Tabela. IV. Czynniki sytuacyjne a wzrost potraumatyczny – wyniki krokowej analizy regresji
 Table IV. Situational factors and posttraumatic growth – results of a stepwise regression analysis

Zmienne niezależne /Independent variables	Podsumowanie zmiennej zależnej – zmiany w percepcji siebie /Summary of dependent variable – changes in self-perception R=0,339; R ² =0,115; cR ² =0,089; F(8,28)=4,53; p<0,001		
	β	t(280)	p
rodzaj niepełnosprawności /type of disability	-0,23	-4,07	<0,001
wsparcie emocjonalne /emotional support	0,47	2,27	0,024
upływ czasu od nabycia niepełnosprawności /time since disability onset	0,13	2,17	0,031
Zmienne niezależne /Independent variables	Podsumowanie zmiennej zależnej – zmiany w relacjach z innymi /Summary of dependent variable – changes in relationships with others R=0,356; R ² =0,127; cR ² =0,102; F(8,28)=5,08; p<0,001		
	β	t(280)	p
rodzaj niepełnosprawności /type of disability	-0,21	-3,67	<0,001
wsparcie afirmacyjne /affirmative support	0,32	4,76	0,004
Zmienne niezależne /Independent variables	Podsumowanie zmiennej zależnej – większe docenienie życia /Summary of dependent variable – greater appreciation of life R=0,561; R ² =0,339; cR ² =0,204; F(8,28)=4,07; p<0,001		
rodzaj niepełnosprawności /type of disability	-0,22	-3,83	0,004
wsparcie afirmacyjne /affirmative support	0,57	0,45	<0,001
upływ czasu od nabycia niepełnosprawności /time since disability onset	0,36	0,62	<0,001
subiektywna kontrola konsekwencji niepełnosprawności /subjective control of disability consequences	0,31	1,36	<0,001
Zmienne niezależne /Independent variables	Podsumowanie zmiennej zależnej – zmiany duchowe /Summary of dependent variable – spiritual changes R=0,261; R ² =0,128; cR ² =0,078; F(8,28)=2,57; p<0,001		
upływ czasu od nabycia niepełnosprawności /time since disability onset	-0,21	-2,96	0,003
rodzaj niepełnosprawności /type of disability	-0,23	-3,14	0,021
Zmienne niezależne /Independent variables	Podsumowanie zmiennej zależnej – wynik ogólny potraumatycznego wzrostu /Summary of dependent variable – overall result of posttraumatic growth R=0,474; R ² =0,312; cR ² =0,261; F(8,28)=5,70; p<0,001		
rodzaj niepełnosprawności /type of disability	-0,26	-4,59	<0,001
wsparcie emocjonalne /emotional support	0,55	7,68	<0,001
wsparcie afirmacyjne /affirmative support	0,42	4,19	0,007
upływ czasu od nabycia niepełnosprawności /time since disability onset	0,19	2,11	0,023

Natomiast rezultaty uzyskane w ramach ogólnego wyniku wzrostu potraumatycznego wskazują na istotne znaczenie trzech zmiennych sytuacyjnych: wsparcia społecznego, rodzaju niepełnosprawności oraz czasu jej trwania. Odpowiadają one za wyjaśnienie 31% wariacji ogólnie rozumianego wzrostu po traumie. Największy wkład w przewidywanie zmian wzrostowych ma wsparcie społeczne: emocjonalne i afirmacyjne. Zatem przy ich większym natężeniu, dłuższym czasie od doznania trwałych uszkodzeń oraz w przypadku doświadczania niepełnosprawności z powodu urazu rdzenia można przewidywać wyższy poziom wzrostu potraumatycznego.

Dyskusja

Celem badań było zweryfikowanie hipotez dotyczących związku między czynnikami sytuacyjnymi: 1. rodzajem niepełnosprawności, 2. czasem, jaki upłynął od nabycia trwałych ograniczeń ruchowych, 3. subiektywną kontrolą konsekwencji niepełnosprawności oraz 4. wsparciem społecznym. Nie wszystkie wysunięte

przypuszczenia zostały potwierdzone poprzez otrzymane rezultaty.

Rodzaj niepełnosprawności okazał się znaczącym czynnikiem sytuacyjnym w wyjaśnianiu nasilenia wzrostu potraumatycznego. Uzyskane wyniki potwierdziły postawioną hipotezę. Ustalono istotnie wyższy jego poziom oraz składających się na niego wymiarów u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w porównaniu z badanymi po amputacji kończyny dolnej. Zmienna ta wchodziła w skład wszystkich utworzonych modeli regresyjnych. Otrzymane w tym zakresie wyniki są zgodne z sugestiami badaczy odnośnie szczególnie traumatycznego charakteru doznania urazu rdzenia prowadzącego nie tylko do znaczących i trwałych uszkodzeń ruchowych, ale również dodatkowych komplikacji zdrowotnych, czy uciążliwych dolegliwości neurologicznych.

Rozpatrzenie znaczenia rodzaju niepełnosprawności dla natężenia wzrostu nie opiera się na prostym zestawieniu odmiennych sytuacji życiowych kształtowanych przez uszkodzenie rdzenia i amputację

kończyny dolnej. W żadnym przypadku nie obejmuje wartościowania w kategorii lżejszej-cięższej niepełnosprawności. Stanowi raczej rozpoznanie danej niepełnosprawności (oraz zakresu jej konsekwencji) z perspektywy bodźca, którego natura i siła może w większym stopniu sprzyjać uruchomieniu korzystnych zmian świadczących o wzroście. Można przyjąć, iż traumatyczność sytuacji związanej z doznaniem uszkodzenia rdzenia kręgowego oraz szeroki zakres negatywnych jego konsekwencji na płaszczyźnie sprawnościowej i zdrowotnej, tworzą warunki niejako „wstrząsowe” radykalnie burzące dotychczasowy ład w przekonaniach jednostki. Wymuszają one zrewidowanie akceptowanej dotąd wizji życia oraz przyjęcie nowych ustaleń i kryteriów wartościowania. Z racji tzw. „roztrzaskania” wcześniej uformowanego systemu przekonań na temat własnej osoby, swojego życia i przyszłości, doznanie nagłego urazu rdzenia kręgowego rozpatrywane jest z perspektywy traumy rozdzielającej dwie perspektywy myślenia o porządku i regułach funkcjonowania świata i zlokalizowania w nim człowieka (przed i po nabyciu trwałych ograniczeń). Ten typ niepełnosprawności najczęściej jest więc analizowany w kontekście pozytywnych zmian wzrostowych. Nie oznacza to jednak, iż wzrost potraumatyczny musi wystąpić u osób doświadczających tej niepełnosprawności. Zjawisko to nie ma bowiem charakteru uniwersalnego. Nie jest również konieczne zaistnienie szczególnie traumatycznych warunków, by wystąpiły korzystne przeobrażenia rozwojowe [4].

Hipoteza wyrażająca związek między percepcją niepełnosprawności a nasileniem wzrostu potraumatycznego nie potwierdziła się. Co istotne, badani postrzegający posiadaną niepełnosprawność w kategorii straty i wyzwania wskazywali na zbliżony poziom wzrostu. Wyniki te mogą sugerować, iż w procesie kształtowania się wzrostu po nabyciu trwałej niepełnosprawności, większe znaczenie mają przekonania tzw. wyższego rzędu dotyczące życia, przyszłości, swojego w niej miejsca, czy też ogólnych reguł rządzących światem. Percepcja niepełnosprawności ujmowana w pomysłnie zachodzącym przystosowaniu jako element obrazu siebie, może pełnić tutaj funkcje drugorzędne. Ponadto dane wskazujące na to, iż osoby doświadczające wzrostu potraumatycznego w różnorodny sposób oceniają doznawane ograniczenia, przypuszczalnie odzwierciedlają dowodzoną w literaturze odrębność tego zjawiska względem przystosowania. Percepcja niepełnosprawności silnie korelująca z procesem adaptacyjnym, może nie odgrywać znaczącej roli w powstawaniu pozytywnych zmian. Prawdopodobnie nie tyle percepcja niepełnosprawności, co nadawanie jej osobistego znaczenia w większym stopniu wiąże się z doświadczaniem wzrostu [23].

Otrzymane rezultaty potwierdziły w znaczącym stopniu hipotezę odnoszącą się do pozytywnego związku między czasem, jaki upłynął od nabycia niepełnosprawności i natężeniem wzrostu potraumatycznego. Istotnego powiązania nie uchwycono jednak w przypadku pozytywnych zmian doświadczanych w relacjach z innymi, a w ramach korzystnych przeobrażeń duchowych ustalono korelację ujemną. Zróżnicowany charakter powiązania czasu z poszczególnymi wymiarami wzrostu potraumatycznego może wskazywać na jego odmienne znaczenie w kształtowaniu określonych zmian pozytywnych [6, 32]. Na przykład pozytywne zmiany duchowe mogą wystąpić stosunkowo wcześniej po zdarzeniu traumatycznym [33]. Niemniej kwestia ta wymaga przeanalizowania w obrębie badań podłużnych.

Subiektywna kontrola konsekwencji niepełnosprawności w niewielkim zakresie wiąże się z nasileniem wzrostu potraumatycznego u badanych z nabytymi ograniczeniami ruchowymi. Znaczący jej udział uchwycono jedynie w ramach większego doceniania życia. Wysunięta w tym zakresie hipoteza nie potwierdziła się. Otrzymane rezultaty mogą sugerować, iż nie tyle istotne jest panowanie nad skutkami niepełnosprawności, co przyjęcie otwartej względem nich postawy. Potraktowanie konsekwencji doznanych ograniczeń w kategorii elementów zmienionej sytuacji życiowej, bodźców do odkrywania nowych możliwości i przesuwania znaczenia na inne obszary aktywności, włączenie ich w naturalny rytm codziennego życia, może okazać się lepszym facylitatorem wzrostu niż poczucie sprawowanej nad nimi kontroli [9, 34].

Wsparcie społeczne pozytywnie koreluje z nasileniem wzrostu potraumatycznego badanych z nabytą niepełnosprawnością ruchową i bierze znaczący udział w wyjaśnianiu jego zmienności. Szczególne znaczenie okazuje się mieć wsparcie emocjonalne oraz afirmacyjne, co pozostaje w zgodności z dotychczasowymi ustaleniami badaczy [17, 21, 30]. Otrzymane rezultaty potwierdzają też założenia teorii wzrostu potraumatycznego wskazującego na istotną rolę wsparcia emocjonalnego w procesie poznawczego przetwarzania traumatycznego zdarzenia [3]. Wsparcie uzyskiwane od najbliższych i służące wyrażaniu oraz wentylowaniu emocji sprzyja szczególnie pozytywnym zmianom w percepcji siebie. Prawdopodobnie poprzez przepracowanie silnych negatywnych emocji związanych z niekorzystnymi zmianami wywołanymi nabyciem niepełnosprawności, jednostka bardziej racjonalnie ukierunkowuje się na odnajdywanie w sobie zachowanego potencjału, określanie swoich mocnych stron oraz przewidywanie szans w osiąganiu wartościowych celów życiowych [por. 31]. Jak dowodzą badania [23] wystąpienie i znaczące nasilenie wzrostu potraumatycznego jest rezultatem dynamicznego

zaangażowania samej jednostki, która podejmuje działania na rzecz konstruktywnych zmian, zarówno w przyjmowanych przekonaniach, jak i codziennym funkcjonowaniu. Wsparcie konkretyzujące się w wyrażaniu bezwarunkowej akceptacji, szacunku i aprobaty dla głoszonych poglądów i podejmowanych aktywności (tzw. wsparcie afirmacyjne) okazuje się sprzyjać dostrzeganiu pozytywnych zmian w relacjach z innymi, większym docenianiu życia. Umacnianie poprzez tego typu wsparcie dążeń w kierunku zbudowania nowej wizji życia, zgodnej z obecnymi wymogami, może wiązać się z dostrzeganiem wartości innych perspektyw życiowych, dotychczas nie uwzględnianych [35]. W kolejnych badaniach warto byłoby przeanalizować kwestię zakresu dostępności i adekwatności wsparcia do zapotrzebowania na nie. Rozpoznanie wymaga również problem inicjowania wsparcia przez osoby doświadczające wzrostu potraumatycznego w rezultacie nabycia niepełnosprawności. Dla celów typowo praktycznych (terapeutycznych i rehabilitacyjnych) istotne byłoby ponadto ustalenie źródeł wsparcia oraz charakteru pochodzących z nich działań wspierających.

Przeprowadzone badania dostarczają interesujących poznawczo i praktycznie wyników, choć nie są wolne od pewnych ograniczeń. Koncentrują się na wybiórczych czynnikach sytuacyjnych, o różnej strukturze i odmiennym charakterze oddziaływania. Ponadto, niektóre zmienne (np. subiektywna kontrola konsekwencji niepełnosprawności) zostały zidentyfikowane za pomocą uproszczonych narzędzi pomiaru.

Weryfikując znaczenie rodzaju niepełnosprawności dla ustalania zmienności wzrostu potraumatycznego po nabyciu trwałych uszkodzeń ruchowych uwzględniono jedynie uraz rdzenia kręgowego i stratę kończyny dolnej w wyniku amputacji. Choć są to najbardziej reprezentatywne rodzaje niepełnosprawności ruchowej, dla zwiększenia rzetelności wyjaśniania istotne byłoby włączenie innych uszkodzeń narządu ruchu, wynikających np. ze stwardnienia rozsianego czy reumatoidalnego zapalenia stawów. Uzyskane rezultaty należy więc potraktować jako ważną, ale wstępną eksplorację podjętej problematyki.

Wnioski

1. Czynniki sytuacyjne w postaci rodzaju niepełnosprawności, czasu jej trwania i wsparcia społeczne (w tym emocjonalnego i afirmacyjnego) wykazują istotne związki z nasileniem wzrostu potraumatycznego u osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową.
2. Czynniki sytuacyjne wyrażające się w percepcji niepełnosprawności oraz subiektywnej kontroli jej konsekwencji nie wiążą się istotnie z pozytywnymi zmianami po nabyciu trwałych ograniczeń ruchowych.
3. Stosunkowo niski procent wyjaśnianej wariacji zmian pozytywnych (w percepcji siebie, relacjach z innymi, duchowości) sugeruje większe znaczenie innych niż sytuacyjne czynników predykcyjnych.

Piśmiennictwo / References

1. Elliott TR, Kurylo M, Rivera P. Positive growth following acquired physical disability. [in:] Handbook of positive psychology. Snyder CR, Lopez SJ (eds). Oxford Press, NY 2002: 687-699.
2. Weitzner E, Surca S, Wiese S, et al. Getting on with life: positive experiences of living with a spinal cord injury. Qual Health Res 2011, 21(11): 1455-1468.
3. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychol Inq 2004, 15: 1-8.
4. Calhoun LG, Tedeschi RG. The foundations of posttraumatic growth: an expanded framework. [in:] Handbook of posttraumatic growth. Research and practice. Calhoun LG, Tedeschi RG (eds). Lawrence Erlbaum, Mahwah 2006: 1-23.
5. Tedeschi RG, Calhoun LG. Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. [w:] Psychologia pozytywna w praktyce. Linley PA, Joseph S (red). PWN, Warszawa 2007: 230-248.
6. Chun S, Lee Y. The experience of posttraumatic growth for people with spinal cord injury. Qual Health Res 2008, 18(7): 877-890.
7. Pollard C, Kennedy P. A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: A 10-year review. Br J Health Psychol 2007, 12: 347-362.
8. Kalpakjian CZ, McCullumsmith CB, Fann JR. Post-traumatic growth following spinal cord injury. J Spinal Cord Med 2014, 37: 218-225.
9. Davis CG, Novoa DC. Meaning-making following spinal cord injury: individual differences and within-person change. Rehabil Psychol 2013, 58(2): 166-177.
10. Elfstrom ML, Ryden A, Kreuter M, et al. Linkages between coping and psychological outcome in the spinal cord injured: development of SCL-related measures. Spinal Cord 2002, 40: 23-29.
11. Stutts LA, Bills SE, Erwin SR, Good JJ. Coping and posttraumatic growth in women with limb amputations. Psychol Health Med 2015, 9: 1-11.
12. Zięba M, Czarnańska van Luijken J, Wawrzyniak M. Nadzieja podstawowa i wzrost potraumatyczny. Studia Psychol 2010, 49: 109-121.

13. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły. Difin, Warszawa 2013.
14. Hefferon K, Grealy M, Mutrie N. Post-traumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of the qualitative literature. *Br J Health Psychol* 2009, 14: 343-378.
15. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatr* 2010, 7(4): 129-142.
16. Ackroyd K, Fortune DG, Price S, et al. Adversarial growth in patients with multiple sclerosis and their partners: relationships with illness perceptions, disability and distress. *J Clin Psychol Med Settings* 2011, 18(4): 372-379.
17. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analysis review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psych* 2006, 74: 797-816.
18. Oaksford K, Frude N, Cuddihy R. Positive coping and stress-related psychological growth following lower limb amputation. *Rehabil Psychol* 2005, 50(3): 266-277.
19. Błaszczak W. Rozwój osobowości po doświadczeniu realnego zagrożenia życia. *Prz Psychol* 2004, 47(1): 61-75.
20. Kennedy P, Lude P, Elfström ML, Smithson E. Appraisal, coping and adjustment pre and post SCI rehabilitation: a 2-year follow-up study. *Spinal Cord* 2012, 50: 112-118.
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.
22. Cadell S. Factors contributing to posttraumatic growth: a proposed structural equation model. *Am J Orthopsychiatry* 2003, 73(3): 279-287.
23. Salick EC, Auerbach CF. From devastation to integration: Adjusting to and growing from medical trauma. *Qual Health Res* 2006, 16(8): 1021-1037.
24. Griffiths HC, Clinpsy D, Kennedy P. Continuing with life as normal: positive psychological outcomes following spinal cord injury. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 2012, 18(3): 241-252.
25. Dunn DS. Well-being following amputation: salutary effects of positive meaning, optimism, and control. *Rehabil Psychol* 1996, 41(4): 285-302.
26. Martz E. Associations and predictors of posttraumatic stress-levels according to person-related, disability-related and trauma-related variables among individuals with spinal cord injuries. *Rehabil Psychol* 2005, 50(2): 149-157.
27. Byra S. Przystosowanie do życia z nabytą niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania. UMCS, Lublin 2012.
28. Groomes DA, Leahy MJ. The relationships among the stress appraisal process, coping disposition, and level of acceptance of disability. *Rehabil Couns Bull* 2002, 46(1): 15-24.
29. Kennedy P, Evans M, Sandhu N. Psychological adjustment to spinal cord injury: The contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychol Health Med* 2009, 14(1): 17-33.
30. Schroevers MJ, Helgeson VS, Sanderman R, Ranchor AV. Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncol* 2010, 19: 46-53.
31. Kirenko J. Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością. WSUPiZ, Ryki 2002.
32. Chun S, Lee Y. The role of leisure in the experience of posttraumatic growth for people with spinal cord injury. *J Leisure Res* 2010, 42(3): 393-415.
33. McColl MA, Bickenbach J, Johnston J, et al. Spiritual issues associated with traumatic – onset disability. *Disabil Rehabil* 2000, 22(12): 555-564.
34. Kennedy P, Lude P, Elfström ML, Cox A. Perceptions of gain following spinal cord injury: A qualitative analysis. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 2013, 19(3): 202-210.
35. Murphy GC, O'Hare MA, Wallis L. The relationships among different types of social support accessed by traumatic spinal cord injury survivors. *Int J Disabil Manag* 2010, 5(2): 59-66.