

STANISŁAWA BYRA\*

## **NADZIEJA PODSTAWOWA A REAKCJE PRZYSTOSOWAWCZE I SATYSFAKCJA Z ŻYCIA U OSÓB Z USZKODZENIEM RDZENIA KRĘGOWEGO**

### **Wprowadzenie**

Nabycie urazu rdzenia kręgowego klasyfikowane jest jako jedno z najbardziej traumatycznych zdarzeń radykalnie przeobrażających dotychczasowe życie człowieka. Postrzegane jest przez pryzmat niewytłumaczalnej straty, zagrożenia niemal wszystkich wartościowych celów życiowych, czy też jako wyznacznik wielopłaszczyznowych konfrontacji, jakie osoba musi przeprowadzić. Jednostka staje przed koniecznością rozstrzygnięcia, w jakim stopniu dokonujące się w jej życiu zmiany powodowane urazem rdzenia pozostają w sprzeczności (rozbieżności) z funkcjonowaniem charakterystycznym dla niej w okresie poprzedzającym uszkodzenie. Rozstrzygnięcie to nie ma charakteru statycznego i ograniczonego w czasie. Nie jest przypisane do etapu bezpośrednio następującego po nabyciu urazu – zdominowanego przez emocje negatywne i mechanizmy zaprzeczania. Nie jest również dokonywane w konkretnym okresie znacząco oddalonym w czasie od momentu doznania uszkodzenia. Zjawisko przewyciężania percypowanej dysharmonii między swoim aktualnym rozwojem a tym przebiegającym w przeszłości, dostrzeganej nielinearności między potencjałem rozwojowym a możliwościami jego realizacji, doznawanej niesymetryczności relacji społecznych, przekonania o przydatności utrwalonych strategii zaradczych w radykalnie nowych sytuacjach trudnych cechuje się określoną, indywidualnie zdeterminowaną dynamiką i temporalnością (Kirenko, 1991, 1995). Temporalny wymiar tego zjawiska wyraża się w permanentnych próbach jednostki ciągłego konfrontowania tego, co przeszłe, z tym, co obecnie doświadczane. Ma również

---

\* Stanisława Byra; Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, ul. Narutowicza 12, 20-004 Lublin; tel. + 48 81 5376307; e-mail: stanislawa.byra@poczta.umcs.lublin.pl

szersze znaczenie, obejmuje bowiem istotę codziennych wyborów osoby odnoszących się do wszystkich sfer funkcjonowania, które wpisują się w długofalowy proces poznawania swoich możliwości, ich wykorzystywania, decydowania o postawie rezygnacji lub przyjęciu wyzwania.

Zasygnalizowane zjawisko wymuszonego przewycięzania doznawanych kontrastów jest nieodzownym elementem permanentnego procesu przystosowywania się do życia z nabytą niepełnosprawnością u osób z urazem rdzenia (Kirenko, 1995, 2007). Skomplikowana, złożona, dynamiczna i nieuchwytna w jednolite ramy pojęciowe natura przystosowania osób z trwałymi uszkodzeniami, choć analizowana już od kilku dziesięcioleci, wciąż nie doczekała się wyczerpującego wyjaśnienia. Powszechnie uznany został procesualny charakter tego zjawiska, niemniej jego przebieg, uwarunkowania i rezultaty nadal stanowią przedmiot licznych opracowań. Ostatnio preferowany nurt badawczy zorientowany na wyjaśnienie struktury (i dynamicznej natury składających się na nią elementów) przystosowywania się do życia z nabytymi uszkodzeniami koncentruje się na wskaźnikach pozytywnych: akceptacji doznawanych ograniczeń, odnajdywaniu korzyści z doświadczanych zmian życiowych, nadziei, optymizmie itp. W obrębie tego typu analiz szczególne miejsce zajmują dociekania badawcze skupione na powiązaniu zjawiska psychospołecznego przystosowania osób trwale niepełnosprawnych z jakością życia. Wynika to z przeniesienia punktu ciężkości dokonywanych analiz i wiąże się z koncentracją nie tyle na przeżyciach osób po urazie rdzenia, ile na tym, w jakim stopniu doświadczają one satysfakcjonującej jakości życia (Barker i in., 2009).

Powiązanie psychospołecznego przystosowania z satysfakcjonującą jakością życia poddawane jest analizom z punktu widzenia procesu i rezultatu. W pierwszej perspektywie obu wymienionym zjawiskom przypisuje się dynamiczną naturę, podlegającą ustawicznym zmianom, wywoływanym przez różnorodne czynniki. Zakłada się w niej ponadto, że satysfakcjonująca jakość życia kształtuje się równolegle z pomyślnie przebiegającym procesem przystosowywania się do życia z trwałymi ograniczeniami. Druga perspektywa zwraca uwagę na rezultaty osiągnięte w trakcie permanentnie zachodzącego procesu przystosowania, do których zaliczana jest także wysoka jakość życia rozważana subiektywnie. Traktowana jest ona wówczas jako wskaźnik pomyślnego przebiegu tego procesu (Livneh, 2001). Perspektywy te są komplementarne, łącznie dostarczając całościowego spojrzenia na naturę analizowanych w ich obrębie zjawisk.

W modelach psychospołecznej adaptacji do życia z chroniczną chorobą i niepełnosprawnością satysfakcja z życia ujmowana jest jako element szerszej kategorii – jakości życia (np. tamże). Satysfakcja z życia odzwierciedla subiektywną perspektywę jakości życia i wyraża indywidualną ocenę jednostki w zakresie zgodności preferowanych celów życiowych i możliwości ich osiągnięcia. Traktowana jest jako poznawczy aspekt jakości egzystencji obejmujący ogólną satysfakcję z życia oraz zadowolenie z poszczególnych płaszczyzn życiowych.

W określaniu satysfakcji z życia istotne znaczenie ma odwołanie się do obszaru rehabilitacji nieodłącznie wpisanej w proces przystosowania osób z urazem rdzenia. W jego obrębie owa satysfakcja postrzegana jest jako ostateczny cel oddziaływań rehabilitacyjnych, a także jako kryterium oceny skuteczności stosowanych programów rehabilitacyjnych (Hammell, 2007). Tutaj zakres treściowy pojęcia satysfakcji z życia odnosi się do zakończonych wysiłków przywracania psychospołecznej równowagi zakłóconej w rezultacie nabycia trwałego uszkodzenia i osiągnięcia spójności w relacji jednostka–otoczenie. Na gruncie rehabilitacji satysfakcja z życia traktowana jest jako odzwierciedlenie zdolności do efektywnego przywracania zakłóconej harmonii na bazie skutecznego radzenia sobie zarówno z wewnętrznymi, jak i zewnętrznymi doświadczeniami związanymi z posiadaną niepełnosprawnością (tamże).

Z badań wynika, że osoby, które doświadczają urazu rdzenia kręgowego, deklarują niższą satysfakcję z życia w porównaniu z ogólną populacją (Post, van Leeuwen, 2012). Sugerowałoby to, że nabycie urazu rdzenia kręgowego i doświadczanie trwałych ograniczeń jest bezpośrednim predykatorem jakości życia osób nimi obarczonych. Niemniej jednak wyniki badań nie potwierdzają tej zależności (np. Chase, Cornille, English, 2000; Post i in., 1998). Należy przy tym podkreślić, że wprawdzie osoby z urazem rdzenia doświadczają niższej satysfakcji z życia w porównaniu z ogólną populacją, niemniej większość z nich wskazuje na satysfakcjonującą jakość życia (np. Post, van Leeuwen, 2012), kształtującą się wraz z upływem czasu od nabycia urazu (por. Lucke i in., 2004). Odczuwana przez te osoby satysfakcja z życia ma naturę dynamiczną wyznaczoną zarówno przez czynniki indywidualne i środowiskowe, jak i różnorodne mechanizmy adaptacyjne. Zaznaczające się okresowo niekorzystne zmiany w natężeniu zadowolenia z życia (z poszczególnych obszarów życiowych) mogą być m.in. rezultatem stosowania przez jednostkę mechanizmów porównywania się z innymi, nostalgicznego przywoływania życia w przeszłości (przed nabyciem urazu), trwania przy hierarchii wartości niezgodnej z możliwościami ich zrealizowania, formułowania nierealistycznych oczekiwań względem oddziaływań rehabilitacyjnych (por. van Leeuwen i in., 2012; van Kopenhagen, 2008). Warto zaznaczyć, że dynamika jest wyróżniającą się cechą satysfakcji z życia głównie u osób, które w stosunkowo niedalekiej przeszłości nabyły trwałego uszkodzenia. Badacze dowodzą, że u osób z długotrwałe doświadczanym urazem rdzenia postrzegana jakość życia jest wysoka i relatywnie stabilna, wyznaczana przede wszystkim przez czynniki psychospołeczne (Charlifue, Gerhart, 2004).

Czynniki te rozpatrywane są najczęściej z perspektywy zasobów usytuowanych w jednostce lub w środowisku. Zgodnie z założeniami modelu salutogenetycznego na tego typu zasoby składają się właściwości jednostki, grupy, otoczenia i kultury, które umożliwiają zapobieganie przekształcaniu się napięcia w stan stresu, usprawniając w ten sposób proces radzenia sobie z różnorodnymi stresorami, w rezultacie pomagając również w zachowaniu zdrowia i usprawnianiu procesu zdrowienia

(Antonovsky, 1995). Zabezpieczenie przed negatywnymi konsekwencjami napotykanymi przez jednostkę stresorów mogą stanowić zasoby zarówno uogólnione, jak i specyficzne, które sprzyjają skutecznemu radzeniu sobie z konkretnymi stresorami. Dowiedziono ścisłej pozytywnej relacji między tak ujętymi zasobami – włączywszy w to główny w tym modelu zasób: poczucie koherencji – a jakością życia (Eriksson, Lindstrom, 2007), a także radzeniem sobie i psychologicznym dobrostanem w dłuższej perspektywie czasowej, pomyślnym przystosowaniem, analizowanym wśród osób po urazie rdzenia (Kennedy i in., 2010; Lustig, 2005). Wyjaśnienia udziału zasobów w skuteczniejszym radzeniu sobie ze stresorami dostarcza również teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla (2002). Zgodnie z jej założeniami zachodzi wyraźna dysproporcja między utratą zasobów i ich pozyskiwaniem, co wymusza na jednostce konieczność inwestowania i pomnażania swoich zasobów. W ten sposób jednostka może się zabezpieczyć przed negatywnymi skutkami niesprzyjających okoliczności, w których dochodzi do kumulacji stresorów. Zgromadzone psychologiczne i społeczne zasoby odgrywają zasadniczą rolę w procesie adaptacji do stresujących wyzwań (tamże). Znaczący udział tych zasobów w kształtowaniu satysfakcji życiowej w trakcie przystosowywania się do życia z trwałymi ograniczeniami pozwala wnioskować, że wraz z upływem czasu od ich nabycia różnica w poziomie satysfakcji z życia u osób z urazem rdzenia i u ogólnej populacji może zasadniczo się zmniejszać (Dijkers, 2005).

Zakres zasobów uczestniczących w wyznaczeniu natężenia satysfakcji życiowej osób z urazem rdzenia jest rozbudowany, zmienny w czasie, oparty na licznych interakcyjnych związkach zachodzących między poszczególnymi zasobami. Ich elementem jest m.in. nadzieja traktowana jako przejaw pozytywnego ustosunkowania się jednostki względem siebie, własnej sytuacji życiowej, innych, świata i przyszłości. Nadzieja jest różnorodnie definiowana, w proponowanych określeniach przypisuje się jej zarówno charakter emocjonalny (w znaczeniu pozytywnego stanu emocjonalnego), jak i poznawczy (w formie przekonania o możliwościach osiągnięcia celów; Trzebińska, 2008).

Nadziei przypisuje się głównie funkcje adaptacyjne znajdujące wyraz w procesach oceny sytuacji trudnych, radzenia sobie i przystosowywania się do życia z radykalnymi, negatywnymi zmianami. Zakłada się, że doświadczenie zdarzenia wstrząsowego (np. w postaci nabycia trwałego uszkodzenia zdrowia lub sprawności) może zmienić przekonania jednostki na temat świata i swojego w nim miejsca, będące podłożem tzw. nadziei podstawowej (Trzebiński, Zięba, 2003a). W rezultacie tych przeobrażeń rolę nadziei podstawowej upatruje się w pozytywnym postrzeganiu i interpretacji nabytej niepełnosprawności, nadawaniu znaczenia doświadczanym ograniczeniom i potencjalnym ich konsekwencjom w przyszłości (Dunn, Dougherty, 2005).

Funkcjonalne właściwości nadziei w okresie bezpośrednio następującym po urazie rdzenia wyrażają się w powstrzymywaniu się przed nadmiernym negatywizmem w postrzeganiu własnego położenia życiowego, ułatwiając tym samym

ukierunkowanie myślenia jednostki na zachowane możliwości warte wykorzystania do osiągnięcia nowych lub zmodyfikowanych celów (Dorsett, 2010). Znaczący się wówczas poziom nadziei okazuje się istotny dla przewidywania progresu rozwojowego i osobistego wzrostu u osób z tego typu uszkodzeniem (Lohne, Severinsson, 2006). W późniejszym czasie przystosowywania się do życia z nabytymi ograniczeniami niskie natężenie nadziei sprzyjało u osób z urazem rdzenia kręgowego ocenie uszkodzenia jako bardziej zagrażającego osiągnięciu wartościowych celów życiowych niż w przypadku wysokiego nasilenia tej dyspozycji (Kennedy, Evans, Sandhu, 2009). Dowiedziono również, że wysoki poziom nadziei (poznawczo ujmowanej) pozytywnie oddziałuje na reagowanie przystosowawcze osób z tego typu uszkodzeniem, prowadząc do obniżenia natężenia i lęku (Elliott i in., 1991).

Nadzieja określana jest mianem samoodnawialnego zasobu niezwykle istotnego dla osób zmagających się z poważnymi i permanentnymi sytuacjami trudnymi, wymagającymi ciągłego umacniania pozytywnych przekonań na własny temat i doświadczanych okoliczności życiowych (por. Folkman, 2010). Wyniki badań (Byra, 2012) dowodzą, że nadzieja rozumiana jako przekonanie o sensowności, uporządkowaniu otaczającego świata i jego pozytywnym ustosunkowaniu względem jednostki pozostaje w ścisłej, ale negatywnej korelacji z poznawczą akceptacją posiadanych ograniczeń u osób z urazem rdzenia. Wyższej skłonności do zaakceptowania siebie jako osoby niepełnosprawnej i zintegrowania posiadanych ograniczeń z innymi cechującymi jednostkę właściwościami towarzyszy przekonanie o stosunkowo niewielkim uporządkowaniu i sensowności świata zewnętrznego. Przypuszczalnie takie przeświadczenie ułatwia jednostce przyjęcie, że nie wszystko, co ją charakteryzuje, musi być idealne, spełniające jakiegokolwiek standardy. W większym stopniu może ona dopuścić różnorodność, chaotyczność w swoim życiu, niespójność z przyjmowanym ideałem sprawności, dostrzegając zakłócenie ładu w świecie zewnętrznym.

Adaptacyjne funkcje nadziei mocno ugruntowane w koncepcjach teoretycznych nie są zbyt często weryfikowane empirycznie wśród osób z niepełnosprawnością ruchową. Jedynie sporadyczne badania zorientowane na określenie relacji między nadzieją a sposobami reagowania przystosowawczego u osób z trwałymi uszkodzeniami, w tym z urazem rdzenia kręgowego, uzasadnia potrzebę dokonywania tego typu analiz.

### **Metodologiczne podstawy badań**

Celem opracowania jest przeanalizowanie nasilenia reakcji przystosowawczych i satysfakcji z życia u osób z długotrwałym urazem rdzenia kręgowego – reakcji zróżnicowanych ze względu na poziom nadziei podstawowej.

W badaniach przyjęto koncepcję nadziei podstawowej zakładającą, że podstawą tej ostatniej są nie tyle pewne cechy jednostki, ile właściwości otaczającego

ją świata zewnętrznego, skonstruowaną na podstawie założeń Erika H. Eriksona (Trzebiński, Zięba, 2003a). Nadzieja podstawowa będzie tutaj rozumiana jako zgeneralizowane i zespolone przekonania jednostki na temat uporządkowania, sensowności świata oraz jego przychylności wobec ludzi. Stanowią one integralny element światopoglądu i tworzą zasadnicze podłoże interpretacji przyszłych zdarzeń oraz oceny własnego w nich udziału. Tak określana nadzieja nie ogranicza się tylko do wymiaru poznawczego, obejmuje również płaszczyznę emocjonalną. Wyraża się bowiem zarówno w pewnym sposobie postrzegania i interpretowania świata, przewidywania zdarzeń w przyszłości, jak również w określonych względem nich emocjach (tamże). Wskazane rozumienie nadziei wydaje się najbardziej adekwatne do analiz wyjaśniających zjawisko przystosowania osób doznających radykalnych zmian życiowych, powodowanych trwałymi uszkodzeniami sprawności.

Reakcje przystosowawcze definiowane są zgodnie z założeniami interakcyjnego modelu psychospołecznej adaptacji do chronicznej choroby i niepełnosprawności (Livneh, 2001). Stanowią one zasadniczy element adaptacji rozumianej jako dynamiczny i hierarchiczny (niemający linearnego charakteru) proces, którego przebieg można wyjaśnić za pomocą swoistego kontinuum: od reakcji i przeżyć typowo nieprzystosowawczych po wskazujące na akceptację ograniczeń i behawioralne przystosowanie do życia z nimi, traktowane jako adaptacyjne (Byra, 2008). W trakcie zmagania się z trwałymi ograniczeniami zdrowia czy sprawności osoby ujawniają zróżnicowane reakcje ujmowane z perspektywy temporalnej jako wczesne, pośrednie i późne. Pomyślny przebieg procesu adaptacji wyraża się w dominacji tzw. reakcji późnych. Z kolei przewaga w funkcjonowaniu jednostki sposobów reagowania wyrażających się np. w zaprzeczaniu, depresji, wrogości zorientowanej na własną osobę lub innych traktowana jest w kategorii wskaźnika niepożądanego adaptacji psychospołecznej (Livneh, Antonak, 1997; por. Byra, 2008). Zgodnie z założeniami prezentowanego modelu jednostkę charakteryzuje pewna kombinacja reakcji przystosowawczych ujawnianych w procesie zmagania się z wymaganiami narzucanymi przez niepełnosprawność, która kształtowana jest w interakcji z wieloma czynnikami natury extra- i intrapersonalnej.

Satysfakcja z życia będzie tu ujmowana jako uogólnione pozytywne wartościowanie własnego życia, aktualnie przeżywanego – zgodnie z koncepcją Eda Dienera (za: Juczyński, 2001).

Problematyka badań obejmuje następujące pytania badawcze:

1. Jakie jest nasilenie uwzględnionych reakcji przystosowawczych przejawianych przez badanych różniących się poziomem nadziei podstawowej?
2. Jaki jest poziom satysfakcji z życia badanych z niską, przeciętną i wysoką nadzieją podstawową?
3. Czy poziom nadziei podstawowej badanych znacząco różnicuje ich nasilenie reakcji przystosowawczych i satysfakcji z życia oraz charakter korelacji między tymi zmiennymi?

W dotychczasowych badaniach dowiedziono istotnego powiązania między nadzieją podstawową a radzeniem sobie i przystosowywaniem się do życia z radykalnie zmienionymi warunkami życiowymi, związanymi z nabyciem choroby przewlekłej i trwałej niepełnosprawności ruchowej (Byra, 2012; por. Trzebiński, Zięba, 2003a, 2003b). Na podstawie tych badań przypuszcza się, że osoby z długotrwałym uszkodzeniem rdzenia kręgowego cechujące się odmiennymi przekonaniami dotyczącymi świata zewnętrznego będą zasadniczo różnić się w zakresie przejawianego reagowania przystosowawczego. Prawdopodobne jest, że osoby z wysoką nadzieją podstawową będą przejawiać wyższe nasilenie pożądaných reakcji przystosowawczych wyrażających się w poznawczo-emocjonalnej akceptacji posiadanych ograniczeń i skutecznym zmaganiu się z czynnościowymi następstwami doświadczanego urazu rdzenia.

Bazując na założeniach nadziei podstawowej, można przyjąć, że osoby, które są przekonane o konstruktywnym porządku świata, opartym na sensie, przychylności względem człowieka, wyżej wartościując swoje w nim miejsce, czują się bardziej zadowolone ze swojego życia (Trzebiński, Zięba, 2003a).

Związek między przystosowywaniem się do życia z nabytą niepełnosprawnością a jakością życia, choć wielokrotnie już empirycznie dowiedziony (szczególnie w odniesieniu do pierwszych lat zmagania się z doznanymi ograniczeniami; np. Riggins i in., 2011; Elfstrom i in., 2005), u osób z długotrwałymi uszkodzeniami może przyjmować odmienny charakter. Przy czym nie tyle czas trwania uszkodzenia czy stopień jego ciężkości, lecz nabywane doświadczenia w zarządzaniu niepełnosprawnością mogą mieć istotniejsze znaczenie dla oceny jakości życia (por. Barker i in., 2009). Długotrwałe doświadczenia w reagowaniu adaptacyjnym mogą wykazywać swoiste powiązania z wartościowaniem własnego życia przez jednostkę. Zasadność wysuniętych przypuszczeń potwierdzają przede wszystkim wyniki badań odnoszące się do starzenia się osób z długotrwałą niepełnosprawnością ruchową (Krause, Bozard, 2012; Charlifue, Lammertse, Adkins, 2004).

Analizy przeprowadzono, opierając się na materiale empirycznym zebranych za pomocą narzędzi badawczych, którymi były: Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (RIDDI) Hanocha Livneha i Richarda F. Antonaka w polskiej adaptacji Janusza Kirenki i Stanisławy Byry, Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12 Jerzego Trzebińskiego i Mariusza Zięby oraz Skala Satysfakcji z Życia (SWLS) Eda Dienera, Roberta A. Emmonsa, Randy'ego J. Larsona i Sharon Griffin w polskiej adaptacji Zygfrйда Juczyńskiego. Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych pozwala na określenie nasilenia reakcji ujawnianych przez osoby w wyniku nabycia trwałych ograniczeń wynikających z choroby lub niepełnosprawności: szok (S), niepokój (N), zaprzeczanie (Z) – tzw. reakcje wczesne, depresja (D), uwewnętrzniony gniew (UG), uzewnętrzniona wrogość (UW) – tzw. reakcje pośrednie oraz akceptacja/pogodzenie się (A) i behawioralne przystosowanie (P) – tzw. reakcje późne (Byra, 2012). Kwestionariusz Nadziei Podstawowej składa się z 12 twierdzeń ocenianych przez badanego

na pięciostopniowej skali. Pozwala ustalić ogólny poziom nadziei podstawowej wyrażający się w przekonaniach jednostki o właściwościach świata widocznych w uporządkowaniu, sensowności i pozytywności (Trzebiński, Zięba, 2003b). Skala Satysfakcji z Życia określa ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z dotychczasowego życia, własnych osiągnięć i warunków funkcjonowania.

W badaniach wzięły udział 104 osoby z powypadkowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego, w tym 81% stanowili mężczyźni. Średnia wieku badanych wyniosła 46,62 lat, przy średnim wieku nabycia urazu rdzenia – 28,24. Zdecydowana większość badanych mieszka w mieście (75%). Najwięcej badanych to osoby samotne (48,08%; 28,85% – osoby zamężne; 8,65% – osoby rozwiedzione; 7,69% – osoby w separacji; 6,73% – osoby owdowiałe). Wśród badanych dominują osoby z wykształceniem zawodowym (48,08%; wykształcenie podstawowe – 20,19%; wykształcenie średnie – 25,00%; wykształcenie wyższe – 6,73%). Wszystkie badane osoby mają uszkodzenie rdzenia kręgowego od co najmniej 10 lat.

## Wyniki badań

Rezultaty otrzymane w wyniku zastosowania analizy statystycznej (ANOVA – jednowymiarowa, test post-hoc Tukeya) wskazują na zróżnicowanie nasilenia reakcji przystosowawczych ujawnianych przez badanych, których cechuje niski (NN), przeciętny (PN) i wysoki (WN) poziom nadziei (zob. tabela 1). Istotnie statystycznie różnice między tymi trzema grupami badanych zostały ujawnione w zakresie natężenia zarówno reakcji adaptacyjnych, jak i nieadaptacyjnych. Badani z WN, jako przeświadczeni, że otaczający ich świat jest sensowny, uporządkowany i pozytywnie względem nich nastawiony, w większym zakresie zaprzeczają posiadanym ograniczeniom powiązanych z urazem rdzenia niż osoby z NN ( $F = 4,15$ ;  $p < 0,047$ ;  $\eta^2 = 0,45$ ) oraz osoby z NP ( $p < 0,049$ ). Ujawniają przy tym istotnie wyższy poziom wrogości ukierunkowanej na innych w porównaniu z osobami przekonanymi o bezsensowności, nieładzie i negatywnym występowaniem w świecie zewnętrznym ( $F = 7,06$ ;  $p < 0,006$ ;  $\eta^2 = 0,41$ ). Badani ci cechują się najwyższą, w porównaniu do pozostałych, akceptacją posiadanych ograniczeń, w większym zakresie integrując je z całościowym obrazem siebie (istotna statystycznie różnica wystąpiła między nimi a osobami z NN:  $F = 9,11$ ;  $p < 0,037$ ;  $\eta^2 = 0,27$ ). Z kolei badani przekonani o bezsensowności, chaosie i nieprzychylności otaczającego ich świata prezentują znacząco wyższe (w porównaniu do pozostałych osób) nasilenie reakcji przystosowawczych w postaci depresji ( $F = 5,44$ ;  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,31$  – NP;  $p < 0,003$ ,  $\eta^2 = 0,29$  – NW) i uwewnętrznionego gniewu ( $F = 7,01$ ;  $p < 0,001$ ,  $\eta^2 = 0,42$  – NP;  $p < 0,005$ ,  $\eta^2 = 0,36$  – NW). Poziom pozostałych reakcji przystosowawczych nie podlega różnicowaniu przez poziom nadziei podstawowej badanych.

W dalszej kolejności zostanie przedstawiona uszczegółowiona charakterystyka reagowania przystosowawczego badanych cechujących się niskim, przeciętnym i wysokim poziomem nadziei podstawowej (zob. wykres 1).



Tabela 1. Reakcje przystosowawcze osób różniących się poziomem nadziei podstawowej

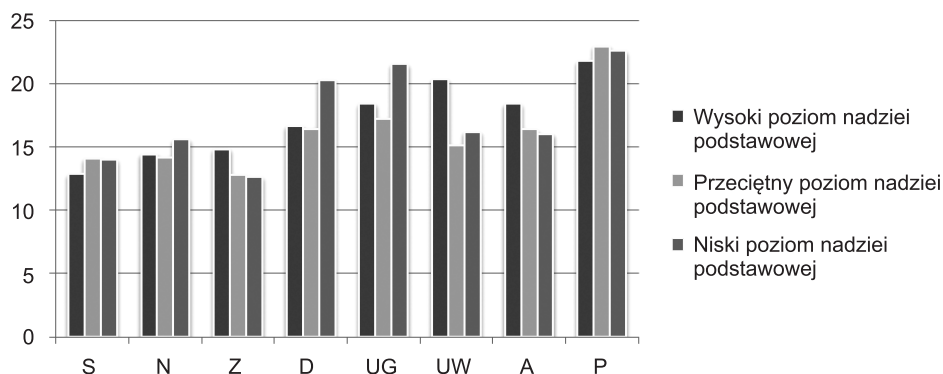
Reakcje przystosowawcze		Wysoka nadzieja (WN)	Przeciętna nadzieja (PN)	Niska nadzieja (NN)	ANOVA			
					F	Porównania	p	$\eta^2$
S	M	12,82	14,06	14,00	3,90	ni.		
	SD	3,01	4,18	4,21				
N	M	14,41	14,17	15,56	4,11	ni.		
	SD	3,61	4,73	4,82				
Z	M	14,82	12,75	12,61	4,15	WN-NN	0,047	0,16
	SD	4,12	3,01	4,12		WN-NP	0,049	0,11
D	M	16,65	16,42	20,28	5,44	PN-NN	0,001	0,35
	SD	4,02	4,67	4,51		WN-NN	0,003	0,27
UG	M	18,39	17,17	21,52	7,01	PN-NN	0,001	0,41
	SD	4,12	4,54	4,26		NW-NN	0,003	0,31
UW	M	20,32	15,08	16,17	7,06	WN-NN	0,006	0,28
	SD	4,11	4,07	4,55				
A	M	18,37	16,36	16	9,11	WN-NN	0,037	0,18
	SD	4,36	4,38	4,22				
P	M	21,76	22,94	22,55	7,13	ni.		
	SD	4,69	4,55	4,30				

ni. – nieistotne statystycznie

S – szok; N – niepokój; Z – zaprzeczanie; D – depresja; UG – uewnętrzniony gniew; UW – uewnętrzniona wrogość; A – akceptacja/pogodzenie się; P – przystosowanie

Źródło: opracowanie własne.

Badani z wysokim poziomem nadziei wyróżniają się poprzez tzw. zaangażowane reakcje wiążące się z nasilonym wydatkowaniem energii na zewnątrz, w stosunku do innych (wrogość), a także wobec czynnościowych następstw posiadonego uszkodzenia (w ramach behawioralnego przystosowania). Wyrażają przy tym umiarkowaną gotowość do włączenia doznawanych ograniczeń w formie stałych składników obrazu siebie, której towarzyszy również umiarkowana skłonność do samoobwiniania. Prezentują niskie nasilenie reakcji typowo nieprzystosowawczych. Takie nasilenie reakcji adaptacyjnych u badanych z wysokim poziomem nadziei może wskazywać na to, że cechujące ich przekonania o konstruktywnej strukturze świata sprzyjającej samorealizacji jednostki pomagają przede wszystkim w osłabianiu negatywnych sposobów reagowania. Jedynie przeciętny poziom nasilenia pożądaných reakcji przystosowawczych (akceptacji poznawczej i behawioralnego przystosowania) sugeruje, że analizowane tutaj przekonania należy traktować jako istotny, ale prawdopodobnie jeden z wielu wyznaczników pomyślnej adaptacji psychospołecznej u osób z urazem rdzenia.



**Wykres 1.** Poziom reakcji przystosowawczych badanych z wysokim, przeciętnym i niskim poziomem nadziei podstawowej

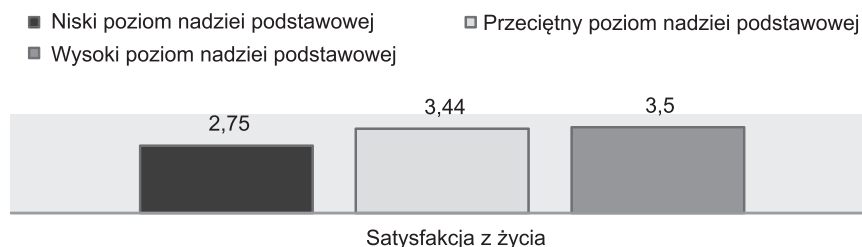
S – szok; N – niepokój; Z – zaprzeczanie; D – depresja; UG – uwewnętrzniony gniew; UW – uzewewnętrzniona wrogość; A – akceptacja/pogodzenie się; P – przystosowanie

Źródło: opracowanie własne.

Charakterystyczne dla badanych z przeciętnym poziomem nadziei jest nasilone ujawnianie behawioralnego przystosowania, najwyższe wśród wszystkich przebadanych osób. Wyróżniająca się koncentracja badanych na skutecznym zmaganiu się z czynnościowymi następstwami nabytego urazu, przy jednocześnie słabszym przejawianiu pozostałych reakcji przystosowawczych, wskazuje na zaangażowaną odpowiedź badanych na realne wymogi codzienności i realizację zadań z nią związanych, mimo posiadanych ograniczeń. Realizm tych ograniczeń, niezbędnych do uwzględnienia przy wykonywaniu codziennych czynności, potwierdza u badanych niskie nasilenie zaprzeczania. Pełna świadomość konsekwencji doznanego urazu nie znajduje jednakże odzwierciedlenia u tych badanych w manifestowanej gotowości do zintegrowania ich z pozostałymi składnikami obrazu siebie.

Specyfika reagowania przystosowawczego badanych z niskim poziomem nadziei wyraża się w przewadze reakcji ukierunkowanych na realizację codziennych czynności, pokonanie posiadanych ograniczeń wynikających z urazu, którym towarzyszy samoobwinianie, a także stany depresyjne. Cechująca ich ponadto niska akceptacja poznawcza doświadczanej niepełnosprawności może wskazywać na poważane trudności w pogodzeniu się z aktualną sytuacją życiową. Poznawczo-emocjonalny wymiar przystosowywania się badanych przekonanych o bezsensie, braku harmonii w świecie i jego nieprzychylnym ustosunkowaniu względem ludzi jest wyraźnie osłabiony.

Badani z urazem rdzenia zróżnicowani ze względu na poziom nadziei różnią się znacząco w natężeniu satysfakcji życiowej (zob. wykres 2). Badani z niskim poziomem nadziei deklarują najniższe zadowolenie z życia, istotnie niższe niż badani z poziomem przeciętnym ( $p < 0,015$ ;  $\eta^2 = 0,42$ ) i wysokim ( $p < 0,014$ ;  $\eta^2 = 0,39$ ).



**Wykres 2.** Satysfakcja z życia badanych różniących się poziomem nadziei podstawowej

Źródło: opracowanie własne.

Ustalając rolę nadziei podstawowej w nasileniu reakcji przystosowawczych i satysfakcji z życia badanych z urazem rdzenia, podjęto również próbę określenia, czy różnicuje ona charakter związku między tymi dwoma zmiennymi (zob. tabela 2).

**Tabela 2.** Reakcje przystosowawcze a satysfakcja z życia u badanych różniących się poziomem nadziei podstawowej – współczynniki korelacji *r* Pearsona

Reakcje przystosowawcze	Satysfakcja z życia		
	Niski poziom nadziei podstawowej	Przeciętny poziom nadziei podstawowej	Wysoki poziom nadziei podstawowej
<b>Szok</b>	0,25	-0,23	-0,34*
<b>Niepokój</b>	-0,22	-0,19	-0,45**
<b>Zaprzeczenie</b>	-0,27*	0,29*	0,35*
<b>Depresja</b>	0,11	-0,11	-0,38**
<b>Uwewnętrzniony gniew</b>	-0,27*	-0,14	-0,49***
<b>Uzewewnętrzniona wrogość</b>	-0,24*	-0,33*	-0,32*
<b>Akceptacja/Pogodzenie się</b>	0,27*	0,29*	0,48**
<b>Przystosowanie</b>	0,33*	0,39**	0,47**

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

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie uzyskanych rezultatów analizy korelacyjnej stwierdza się, że u badanych z wysokim poziomem nadziei podstawowej występują najsilniejsze powiązania między przejawianymi przez nich reakcjami przystosowawczymi a ich satysfakcją z życia. Badani ci są bardziej zadowoleni z życia, gdy występuje u nich wyższa gotowość do integrowania posiadanych ograniczeń w całościowy obraz siebie i są lepiej przystosowani do wykonywania codziennych czynności. Co istotne, ich wyższemu zadowoleniu z życia towarzyszy nasilone zaprzeczanie doznawanym ograniczeniom wynikającym z urazu rdzenia. Jedynie u badanych z niskim poziomem nadziei podstawowej wystąpiła ujemna korelacja między

tymi zmiennymi. Kierując się przekonaniem, że świat zewnętrzny jest bezsensowny, nieuporządkowany i nieprzyjazny, wyrażają oni wyższe zadowolenie ze swojego życia, dostrzegając swoje rzeczywiste ograniczenia związane z niepełnosprawnością i ich faktyczne konsekwencje dla codziennego funkcjonowania.

### Dyskusja wyników

Nadzieja podstawowa, obejmując przekonania jednostki na temat porządku, sensowności i pozytywności świata, oddziałuje na jej adaptacyjne odpowiedzi względem doświadczanych strat, zmian, nowości, przełomowych zdarzeń życiowych (Trzebiński, Zięba, 2003b). Nabycie trwałej niepełnosprawności ruchowej w postaci uszkodzenia rdzenia kręgowego należy do jednego z najbardziej znaczących, wstrząsowych zdarzeń życiowych. Ustalony w przeszłości ład życiowy, sposób myślenia o sobie, innych, świecie, przyszłości ulega radykalnemu zburzeniu. Przywrócenie tego porządku, harmonii w życiu nie jest prostym zabiegiem, naturalnie zachodzącym wraz z upływem lat. Zgodnie z modelami wahadłowymi i interakcyjnymi przystosowania do życia z trwałymi ograniczeniami zdrowia i sprawności proces przywracania zakłóconej równowagi ma niezwykle złożony, nieliniowy i wielowymiarowy charakter, obejmujący liczne powroty do wcześniej ustalonego porządku, a także powiązania z różnorodnymi czynnikami indywidualnymi, społecznymi i środowiskowymi. Przeanalizowanie zmiennej w postaci nadziei podstawowej u osób długotrwale doświadczających znacznych ograniczeń ruchowych pozwala ustalić aktualnie cechujące ich przekonania dotyczące świata zewnętrznego, przypuszczalnie już ugruntowane i wyraźnie osadzone w obecnym życiu (por. Trzebiński, Zięba, 2003a, 2003b). Na znaczenie nadziei podstawowej w późniejszych okresach przystosowywania się do życia z urazem rdzenia wskazywali już inni badacze (np. Lohne, Severinsson, 2006), szczególnie w odniesieniu do kształtowania się orientacji na przyszłość.

Uzyskane wyniki badań potwierdzają wysunięte przypuszczenia o różnicującej roli nadziei w zakresie nasilenia reakcji przystosowawczych ujawnianych przez osoby z urazem rdzenia. Przekonania na temat świata stanowiące podstawę do interpretacji miejsca jednostki w nim oraz wnioskowania na temat przyszłości i zdarzeń w niej zachodzących wydają się zatem istotne dla ustosunkowania się jednostki względem obecnej sytuacji życiowej, trwale determinowanej przez posiadane ograniczenia. Zaznaczający się bardziej aktywny sposób reagowania przystosowawczego widoczny u osób z wysoką nadzieją podstawową jest zbieżny z wynikami innych badań. Stanisława Byra (2012), ustalając strukturę zależności między radzeniem sobie i przystosowaniem u osób z niepełnosprawnością ruchową, dowiodła, że w grupie badanych z wysokim poziomem nadziei podstawowej struktura ta była zdominowana przede wszystkim przez aktywne działania zaradcze i zaangażowane reagowanie na zmiany wywoływane trwałymi ograniczeniami. Z kolei u osób z niskim poziomem nadziei podstawowej zauważalne było wycofywanie się,

korzystanie ze wsparcia (innych i Boga), czemu towarzyszyło poczucie bezsilności, rozczarowania sobą (w prezentowanych tu badaniach – wyższy w porównaniu z nasileniem pozostałych reakcji poziom depresji, uwewnętrznionego gniewu; por. Dorsett, 2010; Kennedy, Evans, Sandhu, 2009). Traktowanie nadziei w kategorii czynnika wspomagającego skuteczne zmaganie się z sytuacjami trudnymi u osób z urazem rdzenia kręgowego mogące prowadzić do bardziej satysfakcjonujących efektów przystosowawczych zostało wprawdzie dowiedzione, ale wciąż niejasne pozostaje, czy i na ile pomyślnie przebiegający proces adaptacji kształtuje nasilenie nadziei podstawowej u osób z ograniczeniami zdrowia i sprawności.

Stwierdzona w omawianych badaniach nasilona wrogość wobec otoczenia u osób z wysoką nadzieją może być konsekwencją niespełnionych oczekiwań względem relacji interpersonalnych, spostrzeganej litości, współczucia, albo też zazdrości o lepszą kondycję, zdrowie, wydolność psychofizyczną itp. Cechujące te osoby najwyższe nasilenie zaprzeczania przeszkodom, jakiego doznają w rezultacie doświadczania urazu rdzenia, koresponduje z innymi wynikami badań, w obrębie których ustalono podwyższoną tendencję do unikania problemów, dostrzegania w nich humorystycznych aspektów, bagatelizowania ich powagi (Byra, 2012).

Poziom nadziei podstawowej znacząco różnicujący stopień odczuwanej satysfakcji z życia osób z urazem rdzenia kręgowego sugeruje, że przekonania o sensowności, uporządkowaniu i pozytywności otaczającego świata stanowią korzystne podłoże do wartościowania warunków własnego życia, osiągnięć i realizowanych celów. Uzyskane w tym zakresie rezultaty są zgodne z dotychczasowymi ustaleniami (np. Kortte i in., 2010). W ramach kontynuacji prezentowanych badań warto byłoby przeanalizować związek nadziei podstawowej z zadowoleniem odnoszonym do poszczególnych obszarów życiowych i tworzoną przez osoby z trwałą niepełnosprawnością hierarchią tych płaszczyzn. Ponadto, za nieodzowny element kolejnych analiz należy uznać prześledzenie zwrotnego kierunku przyjętej tutaj interpretacji, zmierzające do rozstrzygnięcia tego, w jakim stopniu odczuwana satysfakcja z życia może oddziaływać na poziom nadziei podstawowej u osób z urazem rdzenia.

## Wnioski

Na podstawie otrzymanych rezultatów sformułowano następujące wnioski:

1. Poziom nadziei podstawowej badanych z urazem rdzenia różnicuje nasilenie przejawianych przez nich reakcji przystosowawczych.
2. Silne przekonania o sensowności, uporządkowaniu świata i jego pozytywnym nastawieniu względem człowieka wiążą się u badanych z wyższym nasileniem pożądanых reakcji przystosowawczych, ale też przyjmujących postać wrogości względem otoczenia.
3. Osoby dysponujące wysokim poziomem nadziei podstawowej deklarują wyższą satysfakcję z życia.

4. Silniejsze związki między reakcjami przystosowawczymi a satysfakcją z życia (pozytywne w zakresie reakcji typowo adaptacyjnych i negatywne w obrębie reakcji nieprzystosowawczych) wystąpiły u badanych z wysoką nadzieją podstawową.

### Ograniczenia badań

Uzyskane w badaniach wyniki, choć dostarczają wartościowych wniosków, nie są wolne od pewnych ograniczeń, uproszczeń. Mianowicie, wszystkie uwzględnione w badaniach zmienne mają złożoną i dynamiczną naturę, która podlega oddziaływaniu wielu niekontrolowanych tutaj zmiennych. Na pewno badania podłużne dostarczyłyby lepszego wyjaśnienia w zakresie wpływu nadziei podstawowej na ustalenie nasilenia zarówno reakcji przystosowawczych, jak i satysfakcji z życia. Badania prezentowane w tym opracowaniu należy uznać za wstępne rozpoznanie znaczenia nadziei podstawowej dla rezultatów osiągniętych przez osoby z urazem rdzenia w zakresie obu przyjętych zmiennych. Niekontrolowanie zmiennych pośredniczących (np. wieku nabycia niepełnosprawności, zmiennych związanych ze stopniem uszkodzenia oraz ogólną sytuacją życiową osoby) z pewnością zubaża wyjaśnienie powiązań między uwzględnionymi w badaniu zmiennymi; warto byłoby to przeanalizować w kolejnych badaniach.

### Bibliografia

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Baker, R.N., Kendall, M.D., Amsters, D.I., Pershouse, K.J., Haines, T.P., Kuipers, P. (2009). The relationship between quality of life and disability across the lifespan for people with spinal cord injury. *Spinal Cord*, 47, 149–155.
- Byra, S. (2008). H. Livneha i R. Antonaka koncepcja adaptacji do życia z niepełnosprawnością. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja*, 4, 3–21.
- Byra, S. (2012). *Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Charlifue, S., Gerhart, K. (2004). Changing psychosocial morbidity in people aging with spinal cord injury. *NeuroRehabilitation*, 19, 15–23.
- Charlifue, S., Lammertse, D.P., Adkins, R.H. (2004). Aging with spinal cord injury: Changes in selected health indices and life satisfaction. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1848–1853.
- Chase, B.W., Cornille, T.A., English, R.W. (2000). Life satisfaction among persons with spinal cord injuries. *Journal of Rehabilitation*, 66, 14–20.
- Dijkers, P.J. (2005). Quality of life in individuals with spinal cord injury: A review of conceptualization, measurement, and research findings. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42, 87–110.
- Dorsett, P. (2010). The importance of hope in coping with severe acquired disability. *Australian Social Work*, 63, 83–102.
- Dunn, D.S., Dougherty, S.B. (2005). Prospects for a positive psychology of rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*, 50, 305–311.

- Elfström, M.L., Ryden, A., Kreuter, M., Taft, C., Sullivan, M. (2005). Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 37, 9–16.
- Elliott, T.R., Witty, T.E., Herrick, S.M., Hoffman, J.T. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, depression and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 608–613.
- Eriksson, M., Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 938–944.
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19, 901–908.
- Hammell, K.W. (2007). Quality of life after spinal cord injury: A meta-synthesis of qualitative findings. *Spinal Cord*, 45, 124–139.
- Hobfoll, S.E. (2002). Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6, 307–324.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiarowe w psychologii i promocji zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kennedy, P., Evans, M., Sandhu, N. (2009). Psychological adjustment to spinal cord injury: The contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychology, Health and Medicine*, 14, 17–33.
- Kennedy, P., Lude, P., Elfström, M.L., Smithson, E. (2010). Sense of coherence and psychological outcomes in people with spinal cord injury: Appraisals and behavioural responses. *British Journal of Health Psychology*, 15, 611–621.
- Kirenko, J. (1991). *Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kirenko, J. (1995). *Niektóre uwarunkowania psychospołecznego funkcjonowania osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kirenko, J. (2007). *Indywidualna i społeczna percepcja niepełnosprawności*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Kortte, K.B., Gilbert, M., Gorman, P., Wegener, S.T. (2010). Positive psychological variables in the prediction of life satisfaction after spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 55, 40–47.
- Krause, J.S., Bozard, J.L. (2012). Natural course of life changes after cord injury: A 35-year longitudinal study. *Spinal Cord*, 50, 227–231.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44, 151–160.
- Livneh, H., Antonak, R.F. (1997). *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Gaithersburg: Aspen Publishers.
- Lohne, V., Severinsson, E. (2006). The power of hope: Patients' experiences of hope a year after acute spinal cord injury. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 315–323.
- Lucke, K.T., Coccia, H., Goode, J.S., Lucke, J.F. (2004). Quality of life in spinal cord injured individuals and their caregivers during the initial 6 months following rehabilitation. *Quality of Life Research*, 13, 97–110.
- Lustig, D.C. (2005). The adjustment process for individuals with spinal cord injury: Effect of perceived premorbid sense of coherence. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48, 146–156.
- Post, M.W.M., van Leeuwen, C.M.C. (2012). Psychosocial issues in spinal cord injury: A review. *Spinal Cord*, 50, 1–8.
- Post, M.W.M., van Dijk, A.J., Van Asbeck, F.W.A., Schrijvers, A.J.P. (1998). Life satisfaction of persons with spinal cord injury compared to a population group. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 30, 23–30.
- Riggins, M.S., Kankipati, P., Oyster, M.L., Cooper, R.A., Boninger, M.L. (2011). The relationship between quality of life and change in mobility 1 year postinjury in individuals with spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 1027–1033.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: WAiP.

- Trzebiński, J., Zięba, M. (2003a). Nadzieja, strata i rozwój. *Psychologia Jakości Życia*, 2, 5–33.
- Trzebiński, J., Zięba, M. (2003b). *Kwestionariusz Nadziei Podstawowej – BHI-12. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Van Koppenhagen, C.F., Post, M.W.M., van den Woude, L.H., de Witte, L.P., van Asbeck, F.W., de Groot, S., van den Heuvel, W., Lindeman, E. (2008). Changes and determinants of life satisfaction after spinal cord injury: A cohort study in The Netherlands. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89, 1733–1740.
- Van Leeuwen, C.M.C., Post, M.W.M., van Asbeck, F.W.A., Bongers-Janssen, H.M.H., van der Woude, L.H.V., de Groot, S., Lindeman, E. (2012). Life satisfaction in people with spinal cord injury during the first five years after discharge from inpatient rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 34, 76–83.

### NADZIEJA PODSTAWOWA A REAKCJE PRZYSTOSOWAWCZE I SATYSFAKCJA Z ŻYCIA U OSÓB Z USZKODZENIEM RDZENIA KRĘGOWEGO

#### *Streszczenie*

Nabycie urazu rdzenia kręgowego zaliczane jest do najbardziej traumatycznych, wstrząsowych zdarzeń radykalnie przeobrażających dotychczasowe życie jednostki. Proces przystosowania się do życia z trwałymi ograniczeniami jest ściśle powiązany z wartościowaniem własnego życia i odczuwanym z niego zadowoleniem. Wśród czynników (zasobów) oddziałujących na psychospołeczne przystosowanie osób z urazem rdzenia znajduje się nadzieja, której przypisywane są wielopłaszczyznowe funkcje adaptacyjne. Celem pracy jest przeanalizowanie nasilenia reakcji przystosowawczych i satysfakcji z życia u osób z długotrwałym urazem rdzenia kręgowego zróżnicowanych ze względu na poziom nadziei podstawowej. Uzyskane rezultaty wskazują, że badanych różniących się poziomem nadziei podstawowej charakteryzuje zróżnicowane nasilenie ujawnianych reakcji przystosowawczych i satysfakcji z życia. Osoby z wysokim poziomem nadziei podstawowej cechuje przede wszystkim wyższe natężenie akceptacji posiadanej niepełnosprawności, któremu towarzyszy silniejsze zaprzeczanie wynikającym z niej ograniczeniom.

*Słowa kluczowe:* przystosowanie, satysfakcja z życia, nadzieja podstawowa, osoby z urazem rdzenia kręgowego

### BASIC HOPE VERSUS ADAPTATION RESPONSES AND LIFE SATISFACTION IN PEOPLE WITH SPINAL CORD INJURIES

#### *Abstract*

Sustaining a spinal cord injury is ranked among the most traumatic, shock events that radically change an individual's current life. The process of adaptation to living with permanent limitations is closely linked with evaluating one's life and with the satisfaction felt from one's life. Among the factors (resources) that have an impact on the psychosocial adaptation of people with spinal cord injuries is included hope, to which multidimensional adaptation functions are attributed. The paper aims to analyze the strength of adaptation responses and life satisfaction in people with persistent spinal cord injuries who differ in terms of the basic hope level. The findings show that the participants who differ as to the basic hope level are marked by a different strength of adaptation responses and life satisfaction. The participants with a high level of basic hope are characterized above all by greater acceptance of their disability which is accompanied by a stronger denial of the limitations resulting from their disability.

*Key words:* adaptation, life satisfaction, basic hope, people with spinal cord injuries