

Potraumatyczny wzrost i psychospołeczna adaptacja u osób z urazem rdzenia kręgowego: predykcyjne funkcje radzenia i orientacji pozytywnej

Posttraumatic growth and psychosocial adaptation in people with spinal cord injury: predictive roles of coping and positive orientation

STANISŁAWA BYRA

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

Wprowadzenie. Nabycie trwałej niepełnosprawności ruchowej uruchamia skomplikowany proces przystosowania do życia z doznanymi ograniczeniami. Na funkcjonowanie osób z urazem rdzenia kręgowego składają się różnorodne przeżycia i doświadczenia, zarówno o charakterze negatywnym, jak i pozytywnym. Uogólniając można je określić jako potraumatyczny wzrost oraz pozytywną i negatywną adaptację.

Cel. Ustalenie związku między strategiami radzenia sobie i orientacją pozytywną a potraumatycznym wzrostem i psychospołeczną adaptacją (pozytywną i negatywną) u osób z urazem rdzenia kręgowego.

Materiał i metody. Do badań włączono 225 osób z paraplegią, powyżej 18 r.ż., po traumatycznym nabyciu urazu, u których nie stwierdzono uszkodzeń poznawczych ani zaburzeń w komunikacji. W badaniach uczestniczyło 125 (55,55%) mężczyzn i 100 kobiet (44,45%). Materiał badawczy zebrano za pomocą następujących narzędzi: The Post-traumatic Growth Inventory (PTGI); The Reactions to Impairment and Disability Inventory (RIDDI); Kwestionariusza COPE oraz Skali Orientacji Pozytywnej.

Wyniki i wnioski. Aktywne strategie radzenia oraz zorientowane na nadawanie znaczenia doświadczanym sytuacjom trudnym pozytywnie korelują z potraumatycznym wzrostem i adaptacją pozytywną. Przy czym strategie zaradcze w postaci zwracania się ku religii, zadaniowego podejścia do problemu i stosowania humoru mają największy wkład w wyjaśnianie zmienności wzrostu potraumatycznego. Natomiast adaptację pozytywną można w pewnym stopniu przewidywać na podstawie częstszego stosowania strategii aktywnych, ale też zaprzeczania i rzadszego wykorzystywania radzenia zorientowanego na emocje. Adaptacja negatywna wiąże się pozytywnie ze strategiami emocjonalno-unikowymi i ujemnie z zadaniową aktywnością zaradczą. Orientacja pozytywna w mniejszym stopniu niż strategie radzenia uczestniczy w ustalaniu poziomu wzrostu potraumatycznego i adaptacji pozytywnej.

Słowa kluczowe: potraumatyczny wzrost, adaptacja, strategie radzenia, orientacja pozytywna, uszkodzenie rdzenia kręgowego

Introduction. Acquisition of a permanent mobility disability triggers a complex process of adjusting to living with limitations. Functioning of individuals with a spinal cord injury involves various negative and positive experiences. More generally, they may be referred to as posttraumatic growth and positive and negative adaptation.

Aim. To determine the relationship between coping strategies and positive orientation, as well as posttraumatic growth and psychosocial adaptation (negative and positive) in individuals with a spinal cord injury.

Materials & Methods. 225 individuals with paraplegia, aged 18 years and over, after an onset of traumatic injury, not diagnosed with any cognitive impairments or communication disorders, were enrolled in the study. The participants included 125 men (55.55%) and 100 women (44.45%). The examination material was collected using the following tools: The Post-traumatic Growth Inventory (PTGI); The Reactions to Impairment and Disability Inventory (RIDDI); The Coping Orientations to Problems Experienced (COPE) Inventory and The Positivity Scale.

Results & Conclusions. Active coping strategies and meaning-focused coping with the experienced difficult situations are positively correlated with posttraumatic growth and positive adaptation. Of these, coping strategies involving turning to religion, problem-focused coping and using humour have the largest contribution to accounting for posttraumatic growth variability. Positive adaptation on the other hand, may be to some extent predicted based on more frequent use of active strategies, but also on denial and less frequently used emotion-focused coping. Negative adaptation is positively correlated with emotion-focused and avoidance-oriented coping, and negatively correlated with problem-focused coping activity. Positive orientation to a lesser extent than coping strategies contributes to the determination of the level of posttraumatic growth and positive adaptation.

Key words: posttraumatic growth, adaptation, coping strategies, positive orientation, spinal cord injury

© Hygeia Public Health 2015, 50(2): 362-371

www.h-ph.pl

Nadesłano: 15.04.2015

Zakwalifikowano do druku: 11.05.2015

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. 609 44 17 15, e-mail: byras@interia.pl

Wprowadzenie

Zjawisko nabycia trwałych uszkodzeń ruchowych i ich wielopłaszczyznowych konsekwencji poddawane jest analizie z różnych perspektyw, akcentujących odmienne aspekty życia z niepełnosprawnością. W wymiarze ogólnym, dociekania badawcze koncentrują się na samym zdarzeniu doznania trwałej niepełnosprawności oraz elementach jej indywidualnego i społecznego postrzegania. Uszczegółowione rozpoznanie odnosi się natomiast do konkretnych skutków posiadania trwałych ograniczeń, przejawiających się na płaszczyźnie fizjologicznej i psychospołecznej. Wyodrębnienie tych perspektyw ma charakter jedynie porządkujący, podyktowane jest dążeniem do strukturalizowania opisu i wyjaśniania zjawisk, z natury złożonych i występujących w niejednoznacznych wzajemnych powiązaniach. Zestawianie obu perspektyw w kierunku nakreślenia w miarę pełnego obrazu funkcjonowania osoby z nabytą niepełnosprawnością charakterystyczne jest dla badaczy kilku już generacji. Niemniej, przez długi czas, pod wpływem medycznego modelu niepełnosprawności, koncentrowano się jedynie na negatywnym postrzeganiu niepełnosprawności i psychopatologicznych jej skutkach, dążąc do ustalenia czynników, które sprzyjałyby zminimalizowaniu ich natężenia. Nie oznacza to, iż badani z nabytymi niepełnosprawnościami ruchowymi nie relacjonowali doświadczeń pozytywnych. Jednakże w utrzymującym się wówczas nurcie badawczym traktowane one były marginalnie.

Weryfikowanie założeń modelu stresu i radzenia sobie na gruncie pedagogiki specjalnej i psychologii rehabilitacji, a także przenikanie ustaleń z obszaru psychologii pozytywnej, psychologii zdrowia do podejmowanych analiz przystosowania do życia z nabytą niepełnosprawnością, dostarczało argumentów uzasadniających orientowanie się na pozytywne aspekty funkcjonowania, mimo posiadanych przez osobę ograniczeń. Badania pozytywnych doświadczeń osób po urazie rdzenia kręgowego wpisują się w aktualnie rozwijany trend badawczy ukierunkowany na optymalny rozwój jednostki doznającej traumy, radykalnie zmieniającej jej dotychczasowe życie. Wyniki coraz częściej podejmowanych analiz wskazują, iż pomyślne przystosowanie się osób po urazie rdzenia kręgowego, choć nie jest zjawiskiem uniwersalnym, występuje znacznie częściej niż wcześniej zakładano [1, 2]. Dowodzą tego badania ujawniające wysoką satysfakcjonującą jakość życia [4, 5], optymistyczne postrzeganie przyszłości [6], skuteczne zmaganie się z trudnościami, pozytywną emocjonalność i pozytywne używanie posiadanej niepełnosprawności [7], poczucie sensu i znaczenia życia [8], odnajdywane korzyści z nabycia urazu [1] i potraumatyczny wzrost [9]. Przy czym należy w tym kontekście odróżnić

pożądane wskaźniki adaptacyjne ukazujące pomyślny przebieg procesu przystosowania od pozytywnych zmian składających się na potraumatyczny wzrost.

Pozytywna adaptacja jest różnorodnie konceptualizowana, zarówno jako konstruktywnie przebiegający proces, jak i pożądane jego efekty. W interakcyjnych modelach psychospołecznej adaptacji do życia z niepełnosprawnością konceptualizowana jest poprzez odniesienie się do różnych wymiarów satysfakcjonującej jakości życia, pozytywnych sposobów reagowania przystosowawczego, zadowalającej realizacji celów, odbudowywania tożsamości opierającej się na uznaniu strat i docenieniu zachowanych możliwości, ale też rekonstrukcji własnej biografii [10, 11]. Za wskaźnik pozytywnej adaptacji uznawane jest ponadto aktywne i konstruktywne zarządzanie posiadaną niepełnosprawnością korespondujące z zadowoleniem z życia [7].

Zgodnie z teorią R. G. Tedeschi'ego i L. G. Calhouna potraumatyczny wzrost wyraża się w pozytywnych psychologicznych zmianach doświadczanych w rezultacie skutecznego zmagania się z traumatycznym zdarzeniem, burzącym dotychczasowy ład jednostki i jej fundamentalne przekonania na temat świata i własnego w nim miejsca. Z założeń tej teorii wynika, iż tzw. zdarzenie wstrząsowe może prowadzić nie tylko do skutków negatywnych, ale również wzrostowych, powodując w jednostce zmiany umożliwiające jej rozwój na poziomie nawet wyższym niż w okresie poprzedzającym to zdarzenie [12]. Nabycie urazu rdzenia kręgowego zalicza się do kategorii zdarzeń sejsmicznych (*seismic event*) niejako „rozstrząskujących” dotychczasowe życie jednostki, jednocześnie stwarzających warunki do zbudowania nowej reprezentacji świata i doświadczenia pozytywnych zmian rozwojowych [13].

Potraumatyczny wzrost wpisuje się w długotrwały proces przystosowywania się do życia z nabytą niepełnosprawnością. Może wiązać się z pozytywnymi efektami adaptacyjnymi, ale nie jest z nimi utożsamiany. Wykorzystywanie przez jednostkę efektywnych strategii zaradczych negatywnie koreluje z natężeniem stresu i pozytywnie z dobrostanem psychicznym. Zatem u osoby pomyślnie przystosowującej się do zmian wywołanych nabyciem urazu następuje obniżanie się dystresu i zwiększanie poczucia zadowolenia z życia, ale nie musi u niej wystąpić wzrost potraumatyczny. Korzystne zmiany wzrostowe traktowane są raczej jako odrębny rodzaj doświadczeń pozytywnych, nie mające charakteru uniwersalnego i ujawniające się jedynie u części osób [14]. V. S. Helgeson, K. A. Reynolds i P. L. Tomich [15] na podstawie meta-analitycznego przeglądu badań wysunęli trzy hipotezy na temat związku potraumatycznego wzrostu i przystosowania. Po pierwsze, zmiany u jednostki generujące potrau-

matyczny wzrost są pozytywne, rozwojowe i mogą jednocześnie przyczynić się do poprawy dobrostanu psychicznego. Wzrost po traumie odzwierciedlając skuteczność pewnych mechanizmów i strategii zaradczych ułatwia pozytywne przystosowanie. Po drugie, nadawanie znaczenia doświadczanym zmianom życiowym może być dla jednostki obciążające, wywołując zakłócenia w ich asymilowaniu do posiadanego obrazu siebie i swojego życia. W sytuacji utrzymywania się zmian powodowanych urazem rdzenia, wzrost będący rezultatem m.in. ich reinterpretacji może zatem koegzystować z nasilonym poziomem stresu i negatywną emocjonalnością. Trzecia sugerowana możliwość powiązania obu zjawisk opiera się na rozumieniu wzrostu potraumatycznego jako swoistego mechanizmu zmagania się z dystresem wywołanym przez wstrząsowe zdarzenie. Rola wzrostu w kształtowaniu pożądanych efektów adaptacyjnych ujawnia się w obniżaniu poziomu stresu. Niewielki jeszcze zakres badań podłużnych uniemożliwia jednoznaczne rozstrzygnięcie słuszności którejkolwiek z sugerowanych hipotez odnośnie do sposobu powiązania wzrostu po traumie ze zjawiskiem przystosowania. Istnieje natomiast solidne uzasadnienie empiryczne dowodzące zasadności nieutożsamiania obu zjawisk i uznania ich swoistej natury, przypuszczalnie kształtowanej przez wyspecyfikowany zestaw czynników indywidualnych i społecznych [12, 14, 15].

Dotychczasowe wyniki dowodzą występowania pozytywnych zmian u osób po urazie rdzenia. Na przykład J. C. McMillen i C. L. Cook [1] ustalili, iż 79% badanej przez nich grupy osób doświadczało pozytywnych ubocznych korzyści z nabycia urazu rdzenia. Najczęściej zgłaszane korzystne zmiany odnosiły się do zwiększonej bliskości w rodzinie oraz dostrzeganego u siebie większego współczucia dla osób znajdujących się w trudnych okolicznościach życiowych. Ustalenia innych badaczy w zakresie wzrostu potraumatycznego w tej grupie osób z niepełnosprawnością wskazują przede wszystkim na: poczucie zwiększonej osobistej mocy, większe docenienie codziennego życia [9] wyższą jakość relacji z innymi, zaangażowanie w znaczące i wartościowe działania [2], odwagę w ustalaniu ważnych, ambitnych celów, większe docenienie zdrowia, dostrzeżenie zdolności nieuświadomianych wcześniej, orientowanie się na duchowość i nadawanie jej wysokiej rangi w postrzeganiu życia [3]. Badani posiadane uszkodzenie rdzenia nie traktowali w kategorii przeszkody do osiągnięcia wartościowych celów życiowych, ale raczej ujmowali je w kategorii bodźca uruchamiającego pozytywne i autentyczne przeobrażenia w postrzeganiu siebie, innych i życia. Wypowiedzi z analiz jakościowych wskazują, iż pozytywny obraz niepełnosprawności u badanych doświadczających wzrostu potraumatycznego stano-

wił rezultat swoistych transformacji w przekonaniach na temat sensu doznania trwałego uszkodzenia [2].

Przeobrażenia w przekonaniach to jeden z wielu czynników uwzględnianych przez badaczy w analizie uwarunkowań wzrostu potraumatycznego u osób z urazem rdzenia. Obejmują one zarówno zasoby osobiste, jak i społeczne, które biorą udział w dynamicznym procesie wcielania traumy w indywidualne doświadczenie człowieka, jego obraz świata i siebie. W związku z uznaniem potraumatycznego wzrostu za rezultat pomyślnego poradzenia sobie z następstwami traumy, interesujące jest, jakie strategie zaradcze sprzyjają jego wystąpieniu, a które z nich mogą niekorzystnie oddziaływać na proces generowania pozytywnych zmian rozwojowych. Wyniki badań M. L. Elfström i wsp. [16] pokazały, że trzy strategie radzenia: akceptacja, duch walki i społeczne wsparcie wyjaśniają 50% wariacji osobistego wzrostu u osób z urazem rdzenia, pozytywnie z nim korelując. Ujawniono też dodatnie powiązanie radzenia polegającego na poszukiwaniu wsparcia i zwracaniu się ku religii z pobocznymi pozytywnymi skutkami nabycia urazu. [1]. Z kolei C. Pollard i P. Kennedy [9] w ramach badań podłużnych ustalili, że poznawcze niezaangażowanie, depresja i aktywne radzenie w 12 tygodniu po nabyciu urazu wyjaśniało 48% wariacji wzrostu raportowanego po 10 latach. Dowiedziono ponadto istotnego znaczenia sposobu kształtowania się nowego repertuaru strategii zaradczych w czasie wolnym, który sprzyjał m. in. regulowaniu emocji i nadawaniu znaczenia nowym warunkom życiowym po doznaniu urazu rdzenia [17].

Dotychczasowe eksplorowanie roli radzenia sobie w procesie psychospołecznej adaptacji u osób z urazem rdzenia dostarcza względnie zbieżnych ustaleń w tym zakresie. Funkcje predykcyjne w wyznaczaniu nasilenia adaptacji pozytywnej pełni tzw. radzenie aktywne zorientowane na rozwiązanie problemu, pokonanie trudności, a także poszukiwanie wsparcia społecznego. Z kolei radzenie o charakterze emocjonalnym i unikowym ujmowane jest w kategorii predyktora niepomysłnej adaptacji [18, 19]. W dotychczasowych badaniach nie podjęto próby przeanalizowania znaczenia strategii radzenia sobie w odniesieniu do szerszego kontekstu funkcjonowania osób z urazem rdzenia, uwzględniającego zarówno potraumatyczny wzrost, jak i adaptację pozytywną oraz negatywną. Literatura wskazuje, że zjawiska te mogą współegzystować i wystąpienie wzrostu nie musi koniecznie wiązać się z brakiem (lub obniżonym nasileniem) wskaźników adaptacji negatywnej [14]. Dowiedzione znaczenie zasobów osobistych w postaci samoskuteczności, optymizmu, poczucia koherencji czy nadziei dla psychospołecznej adaptacji oraz wzrostu potraumatycznego [zob. 5, 20, 21] pozwala wnosić o udziale pozytywnej

orientacji w ustalaniu zmienności tych zjawisk u osób z urazem rdzenia kręgowego. Rozumiana jest ona jako podstawowa cecha osobowości, która wyraża się w tendencji do dostrzegania i przypisywania istotnego znaczenia pozytywnym aspektom życia i samego siebie. Przypisywany jest jej znaczący udział w adaptacyjnym funkcjonowaniu człowieka [22, 23].

Cel badań i hipotezy badawcze

Celem badań było ustalenie związku między strategiami radzenia sobie i orientacją pozytywną a potraumatycznym wzrostem i psychospołeczną adaptacją u osób z urazem rdzenia kręgowego. Realizacja celu będzie zmierzać w kierunku udzielenia odpowiedzi na następujące pytanie badawcze: Jaki jest udział poszczególnych strategii radzenia sobie i orientacji pozytywnej w ustalaniu zmienności potraumatycznego wzrostu oraz adaptacji pozytywnej i negatywnej? Ogólna hipoteza wyraża istnienie związku między zmiennymi traktowanymi jako niezależne (strategie radzenia, orientacja pozytywna) i zmiennymi zależnymi (potraumatyczny wzrost, adaptacja pozytywna, adaptacja negatywna). Na podstawie dotychczasowych ustaleń [2, 9, 24] postawiono także hipotezy szczegółowe:

- H1. Aktywne strategie radzenia (zorientowane na rozwiązanie problemu lub nadanie mu znaczenia) wykazują dodatnie powiązanie z potraumatycznym wzrostem i adaptacją pozytywną oraz ujemne z adaptacją negatywną.
- H2. Strategie unikowe wiążą się negatywnie z potraumatycznym wzrostem i adaptacją pozytywną oraz dodatnio z adaptacją negatywną.
- H3. Orientacja pozytywna wykazuje dodatni związek z potraumatycznym wzrostem i adaptacją pozytywną oraz ujemny z adaptacją negatywną.

Materiał i metody

Grupa badanych składa się z 225 osób z paraplegią^{1/}. Kryteria doboru osób do próby były następujące: 1. Wiek powyżej 18 lat. 2. Traumatyczne nabycie uszkodzenia. 3. Czas od nabycia uszkodzenia powyżej 3 lat (arbitralnie przyjęta granica czasu, w celu oddzielenia tzw. wczesnego okresu po nabyciu urazu, zdominowanego przez eksperymentalną aktywność zaradczą i przystosowawczą jednostki) (25). Wyłączone z badania zostały osoby ze stwierdzonymi uszkodzeniami poznawczymi lub zaburzeniami w komunikacji (na podstawie dokumentacji medycznej i wiedzy rehabilitantów oraz psychologów). Socjodemograficzna charakterystyka badanych przedstawia się następująco: wiek ($M=43,77$; $SD=12,44$); wiek

nabycia uszkodzenia ($M=27,05$; $SD=12,47$); płeć (mężczyzn: 55,5%; $n=125$; kobiet: 44,4%; $n=100$); miejsce zamieszkania (miasto: 81,3%; $n=183$; wieś: 18,7%; $n=42$); stan cywilny (zameżni: 40,0%; $n=90$; samotni: 32,0%; $n=72$; rozwiedzeni: 16,4%; $n=37$; w separacji: 7,5%; $n=17$; wdowcy: 3,1%; $n=7$); wykształcenie (podstawowe: 9,8%; $n=22$; zawodowe: 24,9%; $n=56$; średnie: 43,1%; $n=97$; niepełne wyższe: 2,2%; $n=5$; wyższe: 20,0%; $n=45$).

Materiał badawczy został zebrany za pomocą następujących narzędzi: *The Post-traumatic Growth Inventory* (PTGI) w polskiej adaptacji N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego; *The Reactions to Impairment and Disability Inventory* (RIDI) w polskiej adaptacji S. Byry i J. Kirenko; Kwestionariusza COPE (*The Coping Orientations to Problems Experienced*) C.S. Carvera, M.F. Scheiera i J.K. Weintrauba zaadoptowanego do warunków polskich przez S. Piątek i K. Wrześniewskiego; Skali Orientacji Pozytywnej G. V. Caprari i wsp. w polskiej adaptacji M. Łaguny, P. Olesia i D. Filipiuk.

The Post-traumatic Growth Inventory (PTGI) umożliwia ustalenie stopnia pozytywnych zmian dostrzeganych przez osobę w rezultacie doświadczanego zdarzenia: zmiany w percepcji siebie, relacjach z innymi, docenianiu życia i w sferze duchowej. Narzędzie posiada zadowalające wskaźniki psychometryczne, alfa Cronbacha dla całej skali wynosi 0,93; dla poszczególnych wymiarów mieści się w przedziale od 0,63 do 0,87.

The Reactions to Impairment and Disability Inventory (RIDI) służy do określenia natężenia reakcji przystosowawczych: adaptacyjnych (pogodzenie się/uznanie, przystosowanie) i nieadaptacyjnych (szok, niepokój, zaprzeczanie, depresja, uwewnętrzniony gniew, uzewnętrzniona wrogość). Wykorzystywany jest do ustalenia adaptacji pozytywnej i negatywnej [24]. Polska wersja narzędzia ma satysfakcjonujące wskaźniki psychometryczne: alfa Cronbacha dla całej skali wynosi 0,86; a dla poszczególnych podskal sytuuje się w przedziale od 0,78 do 0,88.

Kwestionariusz COPE pozwala na określenie preferencji badanych w zakresie 8 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 rzetelności narzędzia są zadowalające: alfa Cronbacha dla całej skali wynosi 0,80; dla wyodrębnionych podskal utrzymuje się w granicach 0,62-0,93.

Skala Orientacji Pozytywnej umożliwia określenie ogólnego poziomu orientacji pozytywnej. Narzędzie ma satysfakcjonującą rzetelność, alfa Cronbacha wynosi 0,78.

^{1/} Prezentowane wyniki badań przeprowadzonych w tej grupie respondentów stanowią fragment rozbudowanego projektu badawczego realizowanego przez Autora

Wyniki

Zastosowana analiza korelacyjna ujawniła istotne statystycznie związki między strategiami radzenia a wzrostem potraumatycznym, a także adaptacją pozytywną i negatywną (tab. I). Tzw. zadaniowe radzenie pozytywnie koreluje ze wszystkimi zmianami składającymi się na wzrost potraumatyczny oraz jego ogólnym wynikiem. Ponadto negatywnie i słabo wiąże się z adaptacją negatywną. Radzenie wyrażające się w akceptacji sytuacji, których nie można zmienić wykazuje pozytywne powiązanie ze wszystkimi wymiarami wzrostu, poza zmianami duchowymi, dodatkowo korelując z adaptacją pozytywną i odwrotnie proporcjonalnie z adaptacją negatywną. Związki pozytywne ujawniono również między strategią polegającą na zwracaniu się ku religii a wzrostem potraumatycznym i adaptacją pozytywną. Aktywne radzenie w postaci poszukiwania wsparcia emocjonalnego pozytywnie koreluje jedynie z ogólnie rozumianym wzrostem potraumatycznym oraz dwoma jego wymiarami: zmianami w percepcji siebie i w relacji z innymi. Z kolei humorystyczne ujęcie problemu pozytywnie koreluje ze wzrostem potraumatycznym (oprócz zmian duchowych). Interesujące jest, iż ta strategia radzenia wykazuje negatywny związek z adaptacją pozytywną. Strategie unikowe w postaci zaprzeczania obecności problemów, pozytywnie (choć słabo) koreluje ze zmianami duchowymi oraz adaptacją negatywną, a także adaptacją pozytywną. Natomiast używanie alkoholu i innych środków odurzających wiąże się negatywnie z korzystnymi zmianami w relacjach i adaptacją pozytywną, dodatkowo korelując z adaptacją negatywną. Regulowanie emocji wykazuje pozytywne powiązanie z większym docenianiem życia i adaptacją negatywną, odwrotnie proporcjonalnie korelując ze zmianami w relacjach z innymi. Orientacja pozytywna dodatkowo wiąże się ze wzrostem potraumatycznym i adaptacją pozytywną.

W celu ustalenia udziału uwzględnionych strategii zaradczych i orientacji pozytywnej w określaniu zmienności wzrostu potraumatycznego oraz adaptacji pozytywnej i negatywnej badanych z urazem rdzenia kręgowego zastosowano krokową analizę regresji (tab. II). Uzyskane w jej ramach rezultaty wskazują, że kombinacja 5 strategii zaradczych wyjaśnia 51% wariacji ogólnego wyniku wzrostu potraumatycznego. Większa częstotliwość stosowania strategii polegających na zwracaniu się ku religii, dążeniu do rozwiązania problemu lub humorystycznym względem niego ustosunkowaniu się, regulowaniu emocji, przy jednocześnie rzadszym wykorzystywaniu radzenia unikowego, sprzyja wyższemu nasileniu wzrostu potraumatycznego u badanych. Ustalono predyktory poszczególnych wymiarów wzrostu potraumatycznego wskazują na większy udział strategii radzenia niż orientacji pozytywnej w ustalaniu ich zmienności.

W przypadku pozytywnych zmian w percepcji siebie 38% ich wariacji wyjaśniany jest przez układ 4 strategii zaradczych i orientacji pozytywnej, przy czym zaznacza się największy wkład radzenia zadaniowego. Natężenie tego typu pozytywnych zmian zależy w znacznym stopniu od nasilonej preferencji radzenia skoncentrowanego na problemie, współwystępującej z częstym stosowaniem strategii w postaci zwracania się ku religii i poczucia humoru, a także z rzadkim wykorzystywaniem radzenia unikowego. Wariację korzystnych zmian w percepcji siebie kształtuje także nasiloną orientacją pozytywną badanych.

Model regresyjny pozytywnych zmian w relacjach z innymi został utworzony przez trzy strategie radzenia: zwracanie się ku religii, poczucie humoru, stosowanie alkoholu lub innych środków odurzających oraz orientację pozytywną. Ustalony układ zmiennych wyjaśnia 45% zmienności tego wymiaru wzrostu potraumatycznego badanych. Jego nasilenie w znaczącej mierze uzależnione jest od zwiększonej częstotliwości

Tabela I. Radzenie sobie i orientacja pozytywna a wzrost potraumatyczny i adaptacja (pozytywna i negatywna) u badanych – współczynniki korelacji r Pearsona
Table I. Coping and positive orientation vs. posttraumatic growth and adaptation (positive and negative) in subjects – r Pearson correlation coefficients

| | Wzrost potraumatyczny | | | | Wynik ogólny | Adaptacja pozytywna | Adaptacja negatywna |
|-------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------|--------------|---------------------|---------------------|
| | Zmiany w percepcji siebie | Zmiany w relacjach z innymi | Większe docenianie życia | Zmiany duchowe | | | |
| Koncentracja na problemie | 0,49*** | 0,32*** | 0,42*** | 0,30*** | 0,50*** | 0,30*** | -0,18** |
| Zaprzeczanie | 0,04 | -0,02 | 0,02 | 0,17* | 0,04 | 0,21** | 0,31*** |
| Koncentracja na emocjach | 0,06 | -0,21** | 0,17* | 0,06 | -0,01 | -0,13 | 0,22** |
| Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego | 0,18** | 0,22*** | 0,13 | 0,07 | 0,21** | 0,03 | 0,06 |
| Akceptacja | 0,25*** | 0,26*** | 0,31*** | 0,09 | 0,30*** | 0,25*** | -0,22*** |
| Zwracanie się ku religii | 0,42*** | 0,53*** | 0,33*** | 0,45*** | 0,55*** | 0,29*** | 0,03 |
| Poczucie humoru | 0,21** | 0,32** | 0,22*** | 0,03 | 0,20** | -0,22** | 0,01 |
| Używanie alkoholu | -0,06 | -0,18** | -0,06 | -0,06 | -0,12 | -0,17* | 0,22** |
| Orientacja pozytywna (OP) | 0,22** | 0,21** | 0,16* | 0,11 | 0,20** | 0,25*** | 0,07 |

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

Tabela II. Strategie radzenia sobie i orientacja pozytywna a wzrost potraumatyczny – wyniki krokowej analizy regresji
Table II. Strategies of coping and positive orientation vs. posttraumatic growth – results of stepwise regression analysis

| Zmienne niezależne | Podsumowanie zmiennej zależnej | | |
|--|--------------------------------|--------|--------|
| | β | t(217) | p |
| Zmiany w percepcji siebie R=0,619; R ² =0,384; F(6,217)=22,52; p<0,001 | | | |
| Koncentracja na problemie | 0,53 | 5,63 | <0,001 |
| Zwracanie się ku religii | 0,27 | 4,40 | <0,001 |
| Poczucie humoru | 0,38 | 5,46 | <0,001 |
| Używanie alkoholu | -0,32 | -2,46 | <0,001 |
| Orientacja pozytywna | 0,15 | 2,46 | 0,015 |
| Zmiany w relacjach z innymi R=0,671; R ² =0,452; F(6,217)=29,74; p<0,001 | | | |
| Zwracanie się ku religii | 0,51 | 7,72 | <0,001 |
| Używanie alkoholu | -0,38 | -5,93 | <0,001 |
| Poczucie humoru | 0,37 | 5,79 | <0,001 |
| Orientacja pozytywna | 0,17 | 2,89 | 0,004 |
| Większe docenienie życia R=0,574; R ² =0,332; F(8,215)=29,74; p<0,001 | | | |
| Koncentracja na problemie | 0,22 | 2,94 | 0,004 |
| Poczucie humoru | 0,36 | 4,65 | <0,001 |
| Używanie alkoholu | -0,26 | -3,65 | <0,001 |
| Zwracanie się ku religii | 0,30 | 4,11 | <0,001 |
| Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego | 0,17 | 2,25 | 0,011 |
| Koncentracja na emocjach | 0,20 | 3,00 | 0,003 |
| Zmiany duchowe R=0,502; R ² =0,254; F(7,216)=21,23; p<0,001 | | | |
| Zwracanie się ku religii | 0,45 | 6,46 | <0,001 |
| Używanie alkoholu | -0,17 | -2,31 | 0,021 |
| Koncentracja na problemie | 0,16 | 2,08 | 0,038 |
| Wynik ogólny potraumatycznego wzrostu R=0,712; R ² =0,513; F(7,216)=32,25; p<0,001 | | | |
| Zwracanie się ku religii | 0,47 | 8,07 | <0,001 |
| Koncentracja na problemie | 0,26 | 4,66 | <0,001 |
| Używanie alkoholu | -0,38 | -6,17 | <0,001 |
| Poczucie humoru | 0,43 | 6,73 | <0,001 |
| Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego | 0,12 | 2,28 | 0,024 |

wykorzystywania radzenia sobie poprzez poszukiwanie wsparcia w religii i humorystyczne ujmowanie problemu, a także niskiej skłonności do unikowego radzenia. Ponadto większy zakres pozytywnych zmian w relacjach z innymi zależy od wyższego poziomu orientacji pozytywnej osób badanych.

Wymiar potraumatycznego wzrostu w postaci większego docenienia życia wyjaśniany jest u badanych jedynie przez układ strategii zaradczych. Odpowiada on za 33% zmienności korzystnych zmian w tym zakresie. Zatem większe docenienie życia u badanych zależy w pewnym stopniu od znacznej częstotliwości stosowania zadaniowych strategii zaradczych, zorientowanych na poszukiwanie wsparcia (w religii lub u najbliższych), wyrażających się w humorystycznym

podejściu do problemu oraz nastawionych na regulację emocji. Większe docenienie życia u badanych można także przewidywać przy rzadkim stosowaniu radzenia unikowego.

Model regresyjny utworzony dla zmian duchowych tworzą trzy strategie radzenia wyjaśniające 25% zmienności tego wymiaru potraumatycznego wzrostu u badanych. Wyższy stopień zmian duchowych wiąże się przede wszystkim z częstszym stosowaniem strategii zaradczej w postaci zwracania się ku religii, a także radzenia zadaniowego, przy jednocześnie rzadkim wykorzystywaniu strategii unikowej.

Wyniki analizy regresji zastosowanej dla ustalenia predyktorów zmienności adaptacji pozytywnej i negatywnej wskazują na nieco niższy udział strategii zaradczej i orientacji pozytywnej w przewidywaniu obu wymiarów psychospołecznej adaptacji niż w przypadku wzrostu potraumatycznego badanych (tab. III).

Na podstawie układu strategii radzenia i orientacji pozytywnej ustalonego dla adaptacji pozytywnej można przewidywać 27% jej zmienności. Wyższy poziom tego wymiaru adaptacji wiąże się z większą częstotliwością stosowania radzenia zadaniowego, strategii zorientowanej na akceptację problemu oraz, co zaskakujące, wykorzystywania zaprzeczania obecności sytuacji trudnych. Uzależniony jest ponadto od rzadkiego używania strategii zaradczych wyrażających się w regulowaniu emocji, stosowaniu poczucia humoru czy też środków odurzających w obliczu napotykanym trudności. W przypadku adaptacji negatywnej ustalony zestaw strategii radzenia sobie wyjaśnia 24% jej zmienności. Wysokie nasilenie tego wymiaru psychospołecznej adaptacji można w pewnym stop-

Tabela III. Strategie radzenia sobie i orientacja pozytywna a adaptacja pozytywna i negatywna – wyniki krokowej analizy regresji
Table III. Strategies of coping and positive orientation vs. positive and negative adaptation – results of stepwise regression analysis

| Zmienne niezależne | Podsumowanie zmiennej zależnej | | |
|--|--------------------------------|--------|--------|
| | β | t(217) | P |
| Adaptacja pozytywna R=0,533; R ² =0,274; F(7,210)=11,14; p<0,001 | | | |
| Koncentracja na problemie | 0,22 | 3,15 | 0,002 |
| Poczucie humoru | -0,25 | -3,29 | 0,001 |
| Orientacja pozytywna | 0,22 | 3,69 | <0,001 |
| Akceptacja | 0,20 | 2,85 | 0,005 |
| Zaprzeczanie | 0,24 | 3,47 | <0,001 |
| Używanie alkoholu | -0,17 | -2,34 | <0,001 |
| Koncentracja na emocjach | -0,14 | -2,17 | 0,030 |
| Adaptacja negatywna R=0,494; R ² =0,245; F(7,210)=9,48; p<0,001 | | | |
| Zaprzeczanie | 0,17 | 2,21 | 0,028 |
| Koncentracja na problemie | -0,29 | -3,94 | <0,001 |
| Koncentracja na emocjach | 0,25 | 3,53 | <0,001 |
| Używanie alkoholu | 0,31 | 4,02 | <0,001 |
| Poczucie humoru | -0,32 | -3,92 | 0,037 |

niu przewidywać na podstawie częstego stosowania unikowych strategii radzenia wyrażających się w zaprzeczaniu, używaniu alkoholu lub innych środków odurzających, czy też zorientowanych na obniżenie napięcia emocjonalnego, przy jednocześnie rzadkim wykorzystywaniu radzenia zadaniowego i polegającego na humorystycznym podejściu do problemu.

Dyskusja i wnioski

Celem badań była ustalenie związku między strategiami radzenia sobie i orientacją pozytywną a potraumatycznym wzrostem i psychospołeczną adaptacją (pozytywną i negatywną) u osób z urazem rdzenia kręgowego. Uzyskane rezultaty pozwoliły zweryfikować wysunięte hipotezy. Na ich podstawie stwierdza się, że nasilenie wzrostu potraumatycznego i adaptacji pozytywnej w znacznym stopniu uzależnione jest od stosowanych przez badanych strategii zaradczych i poziomu orientacji pozytywnej. Przy czym okazało się, że ogólnie rozumiany wzrost potraumatyczny można przewidywać głównie w oparciu o podejmowaną aktywność zaradczą zorientowaną na zrozumienie sensu napotykanych problemów (zwracanie się ku religii), ich rozwiązanie lub ujęcie w innym kontekście poprzez zastosowanie poczucia humoru. Wyniki te korespondują z dotychczasowymi ustaleniami wskazującymi na istotne znaczenie pomyślnego zmagania się z trudnościami będącymi bezpośrednimi i pośrednimi konsekwencjami nabycia urazu rdzenia [9, 26]. Pozostają również w zbieżności z tymi doniesieniami empirycznymi, które dowodzą istotnej roli przepracowywania problemu, negatywnych skutków zdarzenia traumatycznego w kształtowaniu dogodnych warunków dla pojawienia się wzrostu potraumatycznego [2, 27, 28].

Ustalona rola radzenia zadaniowego w określaniu nasilenia wzrostu potraumatycznego jest zgodna z oczekiwaniami i nie zaznaczyła się jedynie w odniesieniu do korzystnych zmian w relacjach z innymi. Natomiast ujawniony został nieco mniejszy udział drugiej z uwzględnionych aktywnych strategii zaradczych – poszukiwania wsparcia emocjonalnego. Dotychczasowa literatura dostarcza licznych dowodów na znaczenie wsparcia od osób najbliższych w procesie kształtowania się wzrostu potraumatycznego [m.in. 1, 2, 29]. Jednakże radzenie w postaci poszukiwania wsparcia emocjonalnego nie jest równoznaczne z jego skutecznym pozyskiwaniem w postaci otrzymania bodźców wspierających, adekwatnych do potrzeb. Mogłoby to tłumaczyć istotny, ale nie tak znaczący jak przewidywano, udział tego sposobu radzenia w ustalaniu zmienności wzrostu potraumatycznego. Pozytywna korelacja radzenia poprzez wsparcie jedynie z wybranymi pobocznymi korzyściami relacjonowanymi przez osoby z urazem rdzenia zaznaczyła się

również w badaniach J. C. McMillena i C. L. Cook [1]. Możliwe jest, iż relacja między radzeniem w postaci poszukiwania wsparcia a potraumatycznym wzrostem jest moderowana przez inne, nieuchwycone tutaj zmienne [por. 29].

Otrzymane wyniki wskazują na znaczącą rolę strategii radzenia w postaci zwracania się ku religii, która pełni predykcijną rolę w odniesieniu do każdego wymiaru wzrostu potraumatycznego. Zbliżone rezultaty otrzymali J. C. McMillen i C. L. Cook [1]. Uchwycona między tymi zmiennymi relacja wpisuje się w szerszy kontekst ustaleń empirycznych dotyczących nadawania znaczenia niekorzystnej sytuacji życiowej wynikającej z nabycia trwałej niepełnosprawności. Odnalezienie znaczenia tak radykalnych przeobrażeń życiowych na płaszczyźnie religijnej, zrozumienie sensu doświadczanego cierpienia, słabości i udaremnienia pewnych, wcześniej zakładanych, celów, może tworzyć dogodne warunki do pomyślnego integrowania doświadczanych zmian z utrwalonymi już przekonaniami na temat świata i własnej osoby [28, 30]. Stwierdzone znaczenie poczucia humoru w ustalaniu korzystnych zmian nakreśla dodatkowy kontekst rozumienia postawy osób z nabytymi i trwałymi uszkodzeniami względem doświadczanych warunków, w niektórych przypadkach niemożliwych do wyeliminowania i wymagających zaakceptowania. Stosowany humor pełni wówczas rolę czynnika osłabiającego ich negatywny wydzźwięk [por. 31]. Na podstawie uzyskanych wyników można wnosić, iż wysunięta hipoteza dotycząca pozytywnego związku między strategiami aktywnymi a potraumatycznym wzrostem u badanych z urazem rdzenia potwierdziła się. Ustalone kombinacje tego typu strategii zaradczych pozwalają w znaczącym stopniu przewidywać nasilenie zarówno ogólnie rozumianego wzrostu potraumatycznego, jak i poszczególnych jego wymiarów.

Interesujące jest, że w przypadku ogólnego wyniku wzrostu potraumatycznego oraz jego wymiaru w postaci większego docenienia życia ujawniony został udział strategii zaradczej ukierunkowanej na obniżenie napięcia emocjonalnego. Sugeruje to pomocną funkcję regulowania emocji dla procesu poznawczego ustosunkowywania się do permanentnie doświadczanych skutków nabycia trwałej niepełnosprawności [32]. Pozytywna zmiana w postaci większego docenienia życia wyraża się przede wszystkim w nadawaniu wysokiej rangi codziennym czynnościom, radości z ich wspólnego z bliskimi wykonywania, w przenoszeniu koncentracji na bardziej wartościowe aspekty życia i pomijaniu elementów małościowych. Pozytywna emocjonalność wpisana w tego typu zmianę może zatem wiązać się z radzeniem mającym na celu regulowanie stanów emocjonalnych generowanych przez doświadczane trwałe uszkodzenia.

Zgodnie z przewidywaniami strategię o charakterze unikowym nie sprzyjają pozytywnym zmianom wyrażającym wzrost potraumatyczny [9]. Otrzymane wyniki umacniają zasadność podstawowych założeń badaczy odnośnie do uwarunkowań wzrostu potraumatycznego. Zakłada się bowiem, iż wystąpienie wzrostu po traumie wymaga określonego zaangażowania jednostki w dokonywanie pewnych przeobrażeń w swoich przekonaniach na temat świata, swojego w nim miejsca, przyszłości. Związane jest ponadto z koniecznością zweryfikowania dotychczas stosowanego repertuaru środków zaradczych i podjęcia aktywności zmierzającej do skutecznego radzenia sobie z problemami [12, 32].

Stwierdzona predykcjonalna rola strategii zadaniowych i zorientowanych na zaakceptowanie warunków niemożliwych do zmiany, w ustalaniu wysokiej adaptacji pozytywnej, pozwala wnosić o prawdziwości przyjętej hipotezy. Otrzymane wyniki korespondują z doniesieniami empirycznymi innych badaczy [24, 33, 34]. Konfrontowanie się z problemami, dążenie do ich skutecznego rozwiązania rozwija i umacnia poczucie efektywnego zmagania się z trudnościami wynikającymi z trwałej niepełnosprawności. A tym samym sprzyja większej akceptacji posiadanych ograniczeń i lepszemu przystosowywaniu się do pełnienia różnorodnych ról społecznych [24]. Strategia radzenia wyrażająca się w akceptowaniu obecności „warunków niemożliwych do zaakceptowania” [35] ułatwia wcielenie posiadanej niepełnosprawności i jej konsekwencji w całościowy obraz siebie oraz swojego życia, co jest wymiernym wskaźnikiem adaptacji pozytywnej.

Uzyskane rezultaty nie potwierdziły hipotezy o pozytywnym związku między strategiami zaradczymi ukierunkowanymi na nadanie znaczenia doznawanym trudnościom a adaptacją pozytywną. O ile poczucie humoru okazało się strategią zaradczą sprzyjającą wzrostowi potraumatycznemu, w przypadku adaptacji pozytywnej ujawniona została tendencja odwrotna. Jest to jednak zgodne z dotychczasowymi ustaleniami wskazującymi, iż wraz z upływem czasu od nabycia trwałej niepełnosprawności ruchowej maleje znaczenie humorystycznego podejścia do problemów na rzecz podjęcia konkretnej aktywności sprzyjającej adaptacji do zmienionych warunków życiowych [9].

Zróznicowane predykcjonalne znaczenie tej samej strategii zaradczej w odniesieniu do wzrostu potraumatycznego i adaptacji pozytywnej stwierdzono również w ramach radzenia skoncentrowanego na emocjach. Jak wskazano wcześniej ten typ radzenia sobie z trudnościami uczestniczący w ustalaniu zmienności wzrostu potraumatycznego, nie bierze jednocześnie udziału w kształtowaniu poziomu adaptacji pozytywnej przejawiającej się w akceptacji poznawczo-emocjonalnej i behawioralnej. Interesujące jest

także, iż radzenie w postaci poszukiwania wsparcia emocjonalnego, choć w niewielkim zakresie, ale jednak uczestniczące w ustalaniu zmienności wzrostu potraumatycznego, nie ma znaczenia dla natężenia adaptacji pozytywnej. Rezultaty te nie są zbieżne z ustaleniami innych badaczy, które dowodzą istotnego wkładu takiego sposobu radzenia w osiąganie zadowalających efektów adaptacyjnych [24]. Ważne jest przy tym by wskazać, że ten nieco zróżnicowany repertuar radzenia uczestniczący w przewidywaniu potraumatycznego wzrostu i adaptacji pozytywnej może stanowić przesłankę potwierdzającą odrębność obu zjawisk, swoiście warunkowanych.

Przypuszczenia odnośnie negatywnego związku między strategiami unikowymi a adaptacją pozytywną potwierdziły się jedynie częściowo, gdyż radzenie w postaci zaprzeczania okazało się korzystne dla tego wymiaru adaptacji. W tym kontekście należałoby się odwołać do przypisywanej przez badaczy adaptacyjnej roli zaprzeczania powagi napotykanym problemom, widocznej głównie w pierwszym okresie po doznaniu trwałej niepełnosprawności [36]. Zważywszy na fakt, iż w badaniu uczestniczyły osoby doświadczające urazu rdzenia od ponad 3 lat, stwierdzona rola zaprzeczania staje się szczególnie interesująca. Sugeruje bowiem współwystępowanie pewnych (z natury sprzecznych) aktywności i mechanizmów, co może przesłaniać rzeczywiste podłoże akceptacji posiadanej niepełnosprawności. Kwestia ta wymaga rozstrzygnięcia w kolejnych badaniach.

Stwierdzone w badaniach znaczenie radzenia emocjonalno-unikowego dla wysokiego natężenia adaptacji negatywnej potwierdza przyjętą hipotezę. Uzyskane w tym zakresie rezultaty są zbieżne z dotychczasowymi ustaleniami badaczy [np. 18, 25]. Przy koncentracji na osłabianiu napięcia emocjonalnego, unikaniu konfrontacji z problemem i jednocześnie stosunkowo rzadkim posługiwaniu się zadaniowymi strategiami zaradczymi można się spodziewać niepomyślnych rezultatów adaptacyjnych: nasilonych reakcji lękowo-depresyjnych, uwewnętrznzonego gniewu, złości kierowanej na innych, itp.

W oparciu o dokonane analizy można wskazać na istotną rolę orientacji pozytywnej w przewidywaniu natężenia wzrostu potraumatycznego u osób z urazem rdzenia kręgowego, ale jedynie w dwóch jego wymiarach: zmianach w percepcji siebie i w relacjach z innymi. Wnosi ponadto istotny (choć nie tak znaczący, jak można by oczekiwać) wkład w ustalanie zmienności adaptacji pozytywnej, nie uczestniczy natomiast w wyjaśnianiu zmienności adaptacji negatywnej. Zatem wysunięta hipoteza dotycząca związku między przywołanymi zmiennymi potwierdziła się tylko częściowo. W kontekście uzyskanych rezultatów pojawia się potrzeba szerszego zweryfikowania

znaczenia tej podstawowej tendencji do dostrzegania pozytywnych aspektów życiowych i korzystnego oceniania siebie oraz swojego życia wśród osób z nabytą i trwałą niepełnosprawnością.

Podsumowując uzyskane rezultaty można sformułować następujące wnioski:

1. Potraumatyczny wzrost u osób z urazem rdzenia można wyjaśnić poprzez znaczący udział strategii radzenia sobie oraz przy wskazaniu na istotne, ale mniejsze znaczenie orientacji pozytywnej.
2. Stosowany repertuar strategii zaradczych ma znaczenie dla poziomu adaptacji pozytywnej, nieco

różniąc się od tego, który pozwala na przewidywanie zmienności wzrostu potraumatycznego. Jego swoistość zaznacza się głównie w większej niejednoznaczności powiązań z adaptacją pozytywną.

3. Niespójność predykcyjna niektórych strategii zaradczych, w tym radzenia skoncentrowanego na emocjach, odzwierciedla niezwykle złożoną naturę przystosowywania i doświadczania różnorodnych pozytywnych zmian po nabyciu trwałej niepełnosprawności ruchowej. Można wnosić, iż lepsze wyjaśnienie tych zjawisk i ich uwarunkowań jest możliwe w ramach badań podłużnych.

Piśmiennictwo / References

1. McMillen JC, Cook CL. The positive by-products of spinal cord injury and their correlates. *Rehabil Psychol* 2003, 48(2): 77-85.
2. Chun S, Lee Y. The experience of posttraumatic growth for people with spinal cord injury. *Qual Health Res* 2008, 18(7): 877-890.
3. 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.
4. Kortte KB, Gilbert M, Gorman P, Wegener ST. Positive psychological variables in the predictions of life satisfaction after spinal cord injury. *Rehabil Psychol* 2010, 55(1): 40-47.
5. Peter C, Müller R, Cieza A, et al. Modeling life satisfaction in spinal cord injury: the role of psychological resources. *Qual Life Res* 2014, 23: 2693-2705.
6. Byra S. Zasoby osobiste a temporalna satysfakcja z życia u mężczyzn z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. *Postęp Rehabil* 2013, 27(1): 8-17.
7. Weitzner E, Surca S, Wiese A, et al. Getting on with life: positive experiences of living with a spinal cord injury. *Qual Health Res* 2011, 21(11): 1455-1468.
8. Psarra E, Kleftharas G. Adaptation to physical disabilities: the role of meaning in life and depression. *Eur J Couns Psychol* 2013, 2(1): 79-99.
9. 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.
10. Livneh H. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabil Couns Bull* 2001, 44(1): 151-160.
11. Elliott TR, Kurylo M, Rivera P. Positive growth following acquired physical disability. [in:] *Handbook of positive psychology*. Snyder CR, Lopez SJ (eds). Oxford University Press New York 2002: 687-699.
12. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inquiry* 2004, 15: 1-8.
13. Zięba M, Czarnecka-van Luijken J, Wawrzyniak M. Nadzieja podstawowa i wzrost potraumatyczny. *Stud Psychol* 2010, 49: 109-121.
14. Kalpakjian CZ, McCullumsmith CB, Fann JR, et al. Post-traumatic growth following spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2014, 37: 218-225.
15. Helgeson VS, Reynolds KA, Tomich PL. A meta-analysis review of benefit finding and growth. *J Consult Clin Psych* 2006, 74: 797-816.
16. Elfström ML, Ryden A, Kreuter M, et al. Linkages between coping and psychological outcome in the spinal cord lesioned: development of SCL-related measures. *Spinal Cord* 2002, 40: 23-29.
17. 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.
18. Chevalier Z, Kennedy P, Sherlock O. Spinal cord injury, coping and psychological adjustment: a literature review. *Spinal Cord* 2009, 47: 778-782.
19. Kennedy P, Evans M, Sandhu N. Psychological adjustment to spinal cord injury: The contributions of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychol Health Med* 2009, 14(1): 17-33.
20. Kennedy P, Lude P, Elfström ML, Smithson E. Sense of coherence and psychological outcomes in people with spinal cord injury: appraisals and behavioural responses. *Br J Health Psychol* 2010, 15(3): 611-621.
21. Ogińska-Bulik N. Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły. Difin, Warszawa 2013.
22. Caprara GV. Positive orientation: Turning potentials into optimal functioning. *Bull Eur Health Psychol* 2009, 11(3): 46-48.
23. Alessandri G, Caprara GV, Tisak J. The unique contribution of positive orientation to optimal functioning: Further explorations. *Eur Psychol* 2012, 17: 44-54.
24. Livneh H, Martz E. Coping strategies and resources as predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury. *Rehabil Psychol* 2014, 59(3): 329-339.
25. Galvin LR, Godfrey HP. The impact of coping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and coping formulation. *Spinal Cord* 2001, 39(12): 615-627.
26. 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.
27. DeRoon-Cassini TA, de St. Aubin E, Valvano AK, et al. Meaning-making appraisals relevant to adjustment for veterans with spinal cord injury. *Psychol Serv* 2012, 9(4): 361-82.

28. Davis CG, Novoa DC. Meaning-making following spinal cord injury: individual differences and within-person change. *Rehabil Psychol* 2013, 58(2): 166-177.
29. Prati G, Pietrantonio L. Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: a meta-analysis. *J Loss Trauma* 2009, 14: 364-388.
30. McColl MA, Bickenbach J, Johnston J, et al. Spiritual issues associated with traumatic-onset disability. *Disabil Rehabil* 2000, 22(12): 555-564.
31. Kuiper NA. Humor and resilience: towards a process model of coping and growth. *Eur J Psychol* 2012, 8(3): 475-491.
32. 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.
33. Kennedy P, Lude P, Elfström ML, Smithson E. Cognitive appraisals, coping and quality of life outcomes: a multi-centre study of spinal cord injury rehabilitation. *Spinal Cord* 2010, 48(8): 762-769.
34. Martz E, Livneh H. Coping with spinal cord injuries: Wholeness is a state of mind. [in:] *Coping with chronic illness and disability. Theoretical, empirical and clinical aspects*. Martz E, Livneh H (eds). Springer New York 2007: 363-387.
35. Kendall E, Buys N. An integrated model of psychosocial adjustment following acquired disability. *J Rehabil* 1998, 64(3): 16-20.
36. Livneh H. Denial to chronic illness and disability: Part I. Theoretical, Functional, and dynamic perspectives. *Rehabil Couns Bull* 2009, 52(4): 225-236.