

Nadzieja podstawowa i percepcja własnej niepełnosprawności a radzenie sobie osób z urazem rdzenia kręgowego

Basic hope and perception of one's own disability versus coping in patients with spinal cord injury

STANISŁAWA BYRA

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

Wprowadzenie. Radzenie sytuacyjne odnoszące się do konkretnych problemów napotykanych przez osoby z urazem rdzenia kręgowego wykazuje powiązanie z różnorodnymi procesami oceniania. Przyjmują one charakter zgeneralizowany odnoszący się do świata, zdarzeń, przyszłości (nadzieja podstawowa) lub też specyficzny dotyczący uszczegółowionego aspektu funkcjonowania, np. konsekwencji doznawanego uszkodzenia ciała (ocena posiadanej niepełnosprawności).

Cel badań. Ustalenie związku między strategiami radzenia sobie a poziomem nadziei podstawowej u osób z urazem rdzenia kręgowego w kontekście moderującej roli percepcji doświadczanej niepełnosprawności.

Materiał i metody. Przebadano 129 osób z urazem rdzenia kręgowego, w tym 111 mężczyzn i 18 kobiet. Materiał badawczy zebrano za pomocą następujących narzędzi: Kwestionariusza Nadziei Podstawowej J. Trzebińskiego i M. Zięby, Kwestionariusza COPE, C.S. Carvera, M.F. Scheiera i J.K. Weintrauba, polska adaptacja: S. Piątek i K. Wrześniewski, Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności R. Schwarzer i M. Jerusalem w adaptacji Z. Jurczyńskiego oraz Kwestionariusza Oceny Trwałej Niepełnosprawności/Choroby Przewlekłej i Ograniczeń Towarzyszących S. Byry.

Wyniki i wnioski. Nadzieja podstawowa pozytywnie koreluje z tzw. zadaniowymi strategiami zaradczymi: koncentracją na problemie i akceptacją (odnajdywanie pożądanych aspektów sytuacji). Negatywny związek natomiast wykazuje ona z radzeniem emocjonalno-unikowym. Ustalono ponadto dodatnie jej powiązanie z przekonaniem o własnej skuteczności w podejmowanej aktywności zaradczej. Związek nadziei podstawowej i strategii radzenia moderowany jest przez ocenę niepełnosprawności. Moderująca rola postrzegania posiadanych ograniczeń nie zaznaczyła się w odniesieniu do związku nadziei z przekonaniem o zdolności skutecznego zmagania się z problemami.

Słowa kluczowe: sytuacyjne radzenie, nadzieja podstawowa, percepcja niepełnosprawności, uszkodzenie rdzenia kręgowego

Introduction. Situational coping related to specific problems encountered by patients with spinal cord injury shows a relationship with various evaluation processes. They become generalized when referring to the world, events, future (basic hope) or specific when referring to more detailed aspects of functioning, e.g. consequences of the suffered personal injury (assessment of one's disability).

Aim. To determine the relationship between coping strategies and the level of basic hope in patients with spinal cord injuries, in the context of the moderating role of experienced disability perception.

Materials & Methods. The study participants included 129 patients with a spinal cord injury, including 111 male and 18 female subjects. The investigation material was collected using the following tools: Basic Hope Questionnaire by J. Trzebiński and M. Zięba, The Coping Orientations to Problems Experienced (COPE) developed by C.S. Carver, M.F. Scheier and J.K. Weintraub adapted by S. Piątek and K. Wrześniewski, General Self-Efficacy Scale (GSES) by R. Schwarzer and M. Jerusalem adapted by Z. Jurczyński, and Assessment of Permanent Disability/Chronic Disease and Related Limitations by S. Byra.

Results & Conclusions. Basic hope is positively correlated with the so called task-oriented coping strategies: problem-focused coping and acceptance (finding desirable aspects of a situation). On the other hand, the relationship with emotion-focused and avoidance-oriented coping is negative. Moreover, a positive correlation between basic hope and belief in self-efficacy in undertaking coping activities was found. The relationship between basic hope and coping strategies is moderated by the disability assessment. The moderating role of perceiving personal limitations was not observed with reference to the relationship between hope and belief in effective problem-coping ability.

Key words: situational coping, basic hope, perception of disability, spinal cord

© Hygeia Public Health 2014, 49(4): 825-832

www.h-ph.pl

Nadesłano: 27.10.2014

Zakwalifikowano do druku: 22.11.2014

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, stanislawa.byra@poczta.umcs.lublin.pl

Wprowadzenie

Doznanie urazu rdzenia kręgowego traktowane jest w kategorii „nadzwyczajnego wyzwania”, „tragicznego zdarzenia” przyczyniającego się do drastycznego chaosu w osobie i jej otoczeniu, ujmowane jest także w formie „zdarzenia przełomowego” radykalnie zmieniającego życie jednostki, które wymusza rekonstrukcję znaczenia sytuacji życiowej i mobilizację różnorodnych zasobów psychospołecznych [1]. Dewastacyjny charakter zmian wywołanych urazem narusza stabilność wielu struktur i mechanizmów, oddziałując niepomyślnie na stopień, zakres i jakość realizacji poszczególnych zadań rozwojowych. Wyzwania, z jakimi konfrontuje się jednostka z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, wymagają zastosowania określonych sposobów zaradczych. Przyjmowane są one w stosunku do ograniczeń wynikających bezpośrednio z urazu, naglej i niekorzystnej zmiany życiowej, ale również wobec komplikacji wtórnych w postaci, np. bólu, spastyczności, odleżyn, itp. Te „dodatkowe zniewagi ze strony urazu” [2] poszerzają znacząco zakres uruchamianych mechanizmów zaradczych. Stwarzają jednocześnie potrzebę zrewidowania dotychczasowego repertuaru środków zaradczych w taki sposób, by sprzyjały elastycznemu dostosowywaniu się do nowych i zmiennych wymagań, wynikających z pośrednich (ale uciążliwych) skutków urazu. Jest to istotne o tyle, że zmaganie się z wtórnymi skutkami urazu, nakłada się na radzenie sobie z codziennymi sytuacjami trudnymi. Bogata literatura dostarcza licznych wyników badań wskazujących na szeroki zakres sposobów zaradczych stosowanych przez osoby z urazem rdzenia [np. 2-4], zarówno o charakterze przystosowawczym, jak i nieprzystosowawczym. Należy przy tym podkreślić, iż jednoznaczne określenie adaptacyjności i dezadaptacyjności radzenia sobie jest niezwykle trudne ze względu na zróżnicowane jego funkcje w zależności od natury wymagań przystosowawczych, czasu trwania niepełnosprawności itp. Przystosowawczy charakter dowiedziono w badaniach ilościowych (poprzecznych) w odniesieniu do następujących strategii radzenia: radzenie zorientowane na rozwiązanie problemu, poszukiwanie wsparcia społecznego, kierowanie się nadzieją w obliczu nieszczęść, determinacja w dążeniu do celu, poznawcza ocena lub ponowne konstruowanie znaczenia sytuacji trudnej [2]. Jednakże badania jakościowe pokazały również adaptacyjną rolę strategii emocjonalnych [5]. Z kolei badania podłużne P. Kennedy’ego i współpracowników [6, por. 7] ujawniły wysoką częstotliwość stosowania przez osoby z urazem strategii w postaci akceptacji, pozytywnej reinterpretacji, konfrontacji z problemem, planowania i poszukiwania emocjonalnego wsparcia społecznego. W pokonywaniu trudności badani rzadziej wykorzystywali nieprzystosowawcze

sposoby zaradcze w postaci behawioralnego wycofywania się, zaprzeczania czy stosowania alkoholu, narkotyków, używek, leków.

Radzenie osób z trwałymi ograniczeniami wynikającymi z urazu rdzenia kręgowego trwale wpisuje się w proces przystosowania, będąc jego elementem składowym mediującym lub moderującym efekty adaptacyjne. Procesualny charakter radzenia obejmuje celową (nie automatyczną) aktywność jednostki, która podejmuje wysiłek opanowania sytuacji stresowej. Aktywność ta może mieć podłoże dyspozycyjne i sytuacyjne. Dyspozycyjny wymiar radzenia (styl) utożsamiany jest z cechą osobowości, względnie trwałą i odzwierciedlającą się w tendencji do zachowywania się w określony sposób w sytuacji stresowej. To indywidualne, nawykowe, zgeneralizowane zachowanie się wobec doświadczanych stresorów [8]. W odniesieniu do specyficznych, konkretnych stresorów indywidualnie zdeterminowany styl radzenia traktowany jest jako jedna z wielu zmiennych kształtujących zachowanie zaradcze jednostki [9]. Istotniejszą rolę odgrywa tutaj sytuacyjny wymiar radzenia (strategia) cechujący się ścisłym dopasowaniem do specyfiki konkretnego stresora. W procesie zmagania się z napotykanymi stresorami jednostka może stosować strategie zaradcze, subiektywnie oceniane, jako dopasowane do wymogów sytuacji stresowej, a jednocześnie niekoniecznie zbieżne z osobowościowymi dyspozycjami do radzenia sobie [10, 11].

Za ważny czynnik osobowościowy biorący udział w procesie radzenia sobie osób z nabytymi trwałymi ograniczeniami narządu ruchu należy uznać nadzieję podstawową rozumianą według teorii Eriksona. Nadzieja podstawowa to zgeneralizowane i zespolone przekonania jednostki na temat uporządkowania, sensowności świata oraz jego przychylności wobec ludzi. Są to przekonania zazwyczaj niewerbalizowane, składające się na „prywatną teorię świata”. Nadzieja ta o charakterze poznawczo-emocjonalnym daje podstawy do interpretowania przyszłych zdarzeń, przewidywania przez jednostkę własnego w nich miejsca. Uznawana jest za względnie stabilną strukturę osobowościową tworzącą podłoże dla konstruktywnej odpowiedzi jednostki na sytuacje nowe i okoliczności rozpadu dotychczasowego ładu. Nadzieja podstawowa jest tym większa, im pewniejsze są subiektywne przekonania jednostki o sensownym i pozytywnym charakterze rzeczywistego świata. Jest to swoiste przekonanie o regularności i celowości pewnych zjawisk zachodzących w świecie, a w konsekwencji celowości świata jako całości [12].

Dowiedziono predykcyjnej funkcji przekonań o porządku, sensowności i przychylności świata w kształtowaniu adaptacji do nieodwracalnej straty, mobilizujących jednostkę do tworzenia i poszukiwania

nowych wyzwań życiowych. Osoby o silnej nadziei podstawowej szybciej przechodzą proces przyjmowania straty, wykazując wyższą gotowość do konstruowania alternatywnego ładu własnej egzystencji [13]. Stąd nadzieja ta traktowana jest jako kompetencja istotnie kształtująca zachowanie jednostki w konfrontacji z radykalnymi zmianami żywymi [12]. Adaptacyjna rola nadziei podstawowej wyraża się w oddziaływaniu na procesy oceny sytuacji trudnych i radzenia sobie z nimi. U osób z silną nadzieją stwierdzono wysokie nasilenie rozwojowych konsekwencji sytuacji trudnych [14]. Ścisłe związki korelacyjne uzyskano także między nasileniem nadziei podstawowej a poziomem wzrostu potraumatycznego u badanych, którzy przeżyli bezpośrednie zagrożenie życia [15].

Nadzieja podstawowa, zgodnie z założeniem Eriksona, kształtuje się we wczesnych etapach rozwojowych i jest względnie stabilną strukturą osobowościową. Niemniej może podlegać zmianie w trakcie życia pod wpływem radykalnych, przełomowych wydarzeń. Ranga zdarzenia musi być na tyle istotna dla życia jednostki, że doprowadza do rozpadu dotychczasowego status quo i bezpośrednio zagraża jej fundamentalnym przekonaniom na temat świata i jego stosunku względem siebie. Sytuacja nowa wymaga zbudowania nowego ładu. Wpływ nadziei w sytuacjach przełomowych zaznacza się w sposób szczególny, zwłaszcza w sytuacji gdy nastąpi trwała niemożność realizacji ważnych celów życiowych, utrata ważnych atrybutów pozycji społecznej [12].

Nabycie trwałej niepełnosprawności ruchowej wywołanej urazem rdzenia kręgowego należy zaliczyć do tego typu zdarzeń. Nieodwracalne uszkodzenia generujące trwałe, wielopłaszczyznowe zmiany życiowe mogą oddziaływać na treść i nasilenie nadziei podstawowej. Jednakże określenie siły tego wpływu wymaga potwierdzenia w badaniach podłużnych. Nadzieja podstawowa może być ponadto rozpatrywana jako czynnik mający znaczenie dla zachowania się jednostki w obliczu trwałych, nieodwracalnych przeobrażeń. Dotychczasowe analizy [12, 13, 15] pokazały, że silna nadzieja sprzyja otwartości poznawczej i konstruktywnemu działaniu w nowych sytuacjach życiowych, ułatwia pogodzenie się ze stratą wcześniej wprowadzonego ładu. Ugruntowuje przekonanie, że jest możliwe budowanie nowego równie wartościowego porządku. U osób z silną nadzieją identyfikowane są prorozwojowe konsekwencje straty i zburzenia harmonii w postrzeganiu świata, siebie i własnej przyszłości. Można zatem przypuszczać, iż nasilenie nadziei podstawowej może mieć istotne znaczenie dla strategii zaradczych u osób doświadczających trwałej niepełnosprawności w wyniku doznania urazu rdzenia kręgowego [16, 17].

Jednakże przypisywana jej rola może być lepiej rozumiana i wyjaśniana przy uwzględnieniu percepcji niepełnosprawności, jaką dysponują osoby z tego typu uszkodzeniami. To, w jaki sposób jednostka postrzega doświadczaną niepełnosprawność i będące jej konsekwencją ograniczenia, ma istotne znaczenie dla szeroko pojętego procesu radzenia i przystosowania [np. 17, 18]. Okazuje się bowiem, że osoby z nabytymi uszkodzeniami różnią się pod względem ich wartościowania, które może przyjąć postać nie tylko straty, ale także zagrożenia czy wyzwania [18]. Ocena przypisana stresującemu zdarzeniu, którym niewątpliwie jest doznanie trwałej niepełnosprawności, bierze udział w kształtowaniu nasilenia stresu, uruchamianiu i wykorzystywaniu zdolności do przywracania utraconej równowagi w relacji: jednostka – otoczenie, przeszłość – przyszłość [10]. Ocena niepełnosprawności tworząc złożone konfiguracje z innymi zmiennymi, odnoszącymi się zwłaszcza do sfery przekonań na temat świata, zachodzących w nim zdarzeń, przyszłości, własnej osoby, współwyznacza charakter procesów przystosowawczych i zaradczych [16, 17, 19].

Cel badań i hipotezy badawcze

Celem badań jest analiza związków między nasileniem nadziei podstawowej a radzeniem osób z urazem rdzenia kręgowego rozpatrywanym z perspektywy strategii oraz przekonania o własnej skuteczności w zmaganiu się z sytuacjami trudnymi. Tak sformułowane zamierzenie badawcze będzie realizowane przy założeniu, iż związek między przyjętymi zmiennymi jest moderowany przez zmienną w postaci percepcji własnej niepełnosprawności (w kategorii straty, zagrożenia i wyzwania).

Sformułowano dwie hipotezy: H1 – Nasilenie nadziei podstawowej wykazuje pozytywny związek ze strategiami tzw. zadaniowymi oraz siłą przekonań o własnej skuteczności. H2 – Związek nadziei podstawowej z radzeniem sobie moderowany jest przez percepcję własnej niepełnosprawności.

Badania nad radzeniem i przystosowaniem u osób po urazie rdzenia kręgowego usytuowane w transakcyjnym modelu stresu dowodzą znaczenia mechanizmów oceniania w tych procesach [zob. 20]. Przekonania na temat sensowności, uporządkowania i pozytywności świata (nadzieja podstawowa) mają charakter bardziej globalny wyznaczając określony kontekst interpretowania napotykaných zdarzeń, usytuowania w nich siebie, przewidywania własnego miejsca w przyszłości. Można przypuszczać, iż siła tych przekonań będzie wiązać się z sytuacyjnym radzeniem sobie, wyrażającym się w zmaganiu się z konkretnymi zdarzeniami, sytuacjami [14]. Przy uznaniu jednakże złożonej natury powiązań między zgeneralizowanymi przekonaniem na temat otacza-

jącego świata a skonkretyzowanym podejściem do danej sytuacji trudnej, zwrócono uwagę na znaczenie moderatora tej relacji w postaci oceny doświadczanej niepełnosprawności. Przyjmuje się zatem, iż ocena formułowana przez osobę wchodząc w interakcję z nadzieją podstawową może osłabiać lub wzmacniać związek między nadzieją a preferowanymi strategiami radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Umocnienie to będzie zaznaczało się przede wszystkim w powiązaniu między nadzieją podstawową a tzw. zadaniami strategiami zaradczymi poprzez interakcję nadziei z oceną niepełnosprawności w postaci wyzwania. Tego typu ocena niepełnosprawności obejmuje bowiem nie tylko postrzeganie strat, ale także zachowanych możliwości mobilizujących do osiągania wartościowych celów życiowych [por. 17].

Materiał i metody

Przebadano 129 osób z urazem rdzenia kręgowego, w tym 111 (86,05%) mężczyzn i 18 kobiet (13,95%). Średnia wieku badanych wynosi 39,13 (SD=6,17). Wiek nabycia urazu rdzenia badanych wynosi średnio 22,19. Przeważająca liczba badanych to mieszkańcy miasta (82,11%, pozostali to mieszkańcy wsi – 17,89%). Większość badanych była stanu wolnego – 67,14%, 11,45% osób pozostawało w związku małżeńskim, a 21,41% badanych to osoby rozwiedzione lub w separacji. Dla około 1/3 (26,67%) badanych podstawowym źródłem utrzymania jest praca na pełnym lub niepełnym etacie, dochód pozostałych osób pochodzi głównie z renty (58,19%), świadczeń socjalnych i wsparcia rodziny (15,14%). Wartościując posiadaną niepełnosprawność badani posłużyli się wszystkimi trzema kategoriami jej oceny: 56,19% osób wskazało, iż stanowi ona stratę, 21,11% osób określiło ją jako zagrożenie, natomiast 22,7% badanych dostrzega w niej możliwości rozwojowe i traktuje w postaci wyzwania.

Materiał badawczy zebrano za pomocą następujących narzędzi: „Kwestionariusza Nadziei Podstawowej (BHI-12)” J. Trzebińskiego i M. Zięby, Kwestionariusza COPE (*The Coping Orientations to Problems Experienced*), C.S. Carvera, M.F. Scheiera i J.K. Weintrauba zaadaptowany do warunków polskich przez S. Piątek i K. Wrześniewskiego, „Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES)” R. Schwarzera i M. Jerusalema w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz „Kwestionariusza Oceny Trwałej Niepełnosprawności/Choroby Przewlekłej i Ograniczeń Towarzyszących” S. Byry.

„Kwestionariusz BHI-12” pozwala ustalić ogólny poziom nadziei podstawowej (NP) wyrażającej się w przekonaniach jednostki o właściwościach świata zawierających się w uporządkowaniu, sensowności i pozytywności [14]. „Kwestionariusz COPE” umożliwia określenie preferencji badanych w zakresie 8 strategii

(sytuacyjne radzenie), które zgrupowane są w następujących skalach: 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) [21]. „Skala GSES” umożliwia ustalenie natężenia ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami (PWS) [22]. „Kwestionariusz Oceny Trwałej Niepełnosprawności/Choroby Przewlekłej i Ograniczeń Towarzyszących” S. Byry pozwala na ustalenie tego, jak badany wartościuje posiadaną niepełnosprawność mając do wyboru trzy kategorie: strata, zagrożenie, wyzwanie [16].

Wyniki

Radzenie sobie

Radzenie w przyjętej koncepcji badań zostało określone przez strategię zaradcze będące odpowiednikiem sytuacyjnego wymiaru zmagania się ze stresorami oraz uogólnione przekonanie o własnej skuteczności w podejmowanej aktywności zaradczej. W repertuarze preferowanych strategii zaradczych dominującą rolę pełni zwracanie się ku religii, w stosunkowo zbliżonym zakresie badani posługują się również radzeniem polegającym na humorystycznym ujęciu sytuacji problemowej, bezpośrednim konfrontowaniu się z nią i dążeniu do pokonania, a także przyjęciu jej obecności, jeśli niemożliwe jest zmiana doświadczanych warunków (tab. I).

Wykorzystywane strategie radzenia sobie przez badanych nie wykazują związku z ich wiekiem. Zmienną różnicującą okazał się natomiast wiek nabycia niepełnosprawności. Osoby, które doznały urazu w okresie dorastania lub wczesnej młodości, znacząco częściej stosują strategię zaradcze wyrażające się w akceptacji – $F(3,12)=7,16$; $p<0,003$), natomiast zdecydowanie rzadziej posługują się radzeniem w postaci zaprzeczania – $F(3,12)=4,67$; $p<0,012$), w porównaniu z badanymi, którzy nabyli trwałych uszkodzeń w późniejszych etapach rozwojowych.

Tabela I. Strategie radzenia sobie badanych – średnia, odchylenie standardowe, ranga

Table I. Coping strategies of respondents – mean, standard deviation, range

Strategie radzenia sobie	M	SD	Ranga
Koncentracja na problemie (PRO)	3,13	0,95	3
Zaprzeczanie (ZAP)	2,40	1,20	8
Koncentracja na emocjach (EM)	3,02	1,04	5
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (WS)	2,99	1,14	6
Akceptacja (AKC)	3,06	1,34	4
Zwracanie się ku religii (REL)	3,46	0,45	1
Poczucie humoru (HUM)	3,17	0,75	2
Używanie alkoholu (ALK)	2,53	0,65	7

Natężenie przekonań o posiadaniu zdolności do skutecznego zmagania się z napotykanymi problemami jest stosunkowo niskie ($M=22,84$; $SD=9,93$), zestawiając je z rezultatami innych grup klinicznych uwzględnionych przez Z. Juczyńskiego [22]. Zmienia ta wykazuje pozytywny związek z czasem nabycia niepełnosprawności ($0,59$).

Radzenia sobie a nadzieja podstawowa

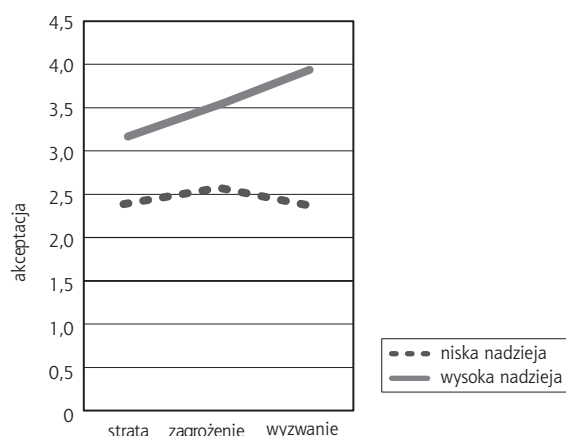
Do testowania hipotezy o związku nadziei podstawowej z radzeniem sobie (strategiami radzenia sobie i przekonaniem o własnej skuteczności w zmaganiu się z trudnościami) wykorzystano analizę korelacyjną (r Pearsona). Uzyskane rezultaty prezentuje tabela II.

Przeanalizowano również różnice w używaniu strategii radzenia sobie i przekonaniu o własnej skuteczności u badanych cechujących się silną i słabą nadzieją podstawową (podział według mediany). Uzyskano wyniki wskazujące na to, iż badani o wysokiej nadziei w porównaniu z tymi, którzy wykazują jej niskie natężenie, istotnie częściej ($F(1,14)=1,07$; $p<0,004$) stosują w radzeniu sobie ze stresorami wynikającymi z posiadanych ograniczeń, strategie wyrażające się w koncentracji na problemie ($M=3,30$; $SD=0,88$ vs $M=2,97$; $SD=0,99$), a także akceptacji napotykanym problemom ($M=3,69$; $SD=1,31$ vs $M=2,47$; $SD=1,31$). Natomiast osoby o słabej nadziei w podejmowanej aktywności zaradczej ze zdecydowanie większą częstotliwością ($F(1,14)=1,07$; $p<0,004$) wykorzystują strategie zorientowane na zaprzeczanie ($M=2,86$; $SD=1,11$ vs $M=1,91$; $SD=1,10$), rozładowanie emocji ($M=3,40$; $SD=0,85$ vs $M=2,60$; $SD=1,07$), poszukiwanie wsparcia emocjonalnego ($M=3,19$; $SD=1,08$ vs $M=2,77$; $SD=1,17$), a także na humorystyczne ujęcie trudności ($M=3,35$; $SD=0,66$ vs $M=2,99$; $SD=0,80$).

Istotne zróżnicowanie zaznaczyło się także w poziomie poczucia własnej skuteczności w radzeniu sobie badanych – $F(1,21)=1,07$; $p<0,009$. Badani z wysoką nadzieją są zdecydowanie bardziej przekonani co do własnych zdolności w skutecznym pokonywaniu problemów ($M=18,65$; $SD=8,60$ vs $M=27,22$; $SD=9,36$).

Interesujące poznawczo, poza przeanalizowaniem znaczenia siły nadziei podstawowej dla radzenia sobie, jest również sprawdzenie interakcji między nadzieją podstawową a percepcją własnej niepełnosprawności

i roli tej interakcji dla częstotliwości wykorzystywania poszczególnych strategii zaradczych i nasilenia przekonań w zakresie skuteczności ich stosowania. Zastosowano dwuczynnikową analizę wariancji, która ujawniła efekt interakcji nadziei podstawowej i postrzegania własnej niepełnosprawności w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi $F(5,15)=4,01$; $p<0,042$. Badani z silną nadzieją podstawową istotnie częściej stosowali strategię polegającą na akceptowaniu napotykanym problemom, którzy jednocześnie wartościowali swoją niepełnosprawność w kategorii wyzwania mobilizującego ich do konstruktywnego działania, $F(5,15)=5,69$; $p<0,001$ (ryc. 1). Natomiast badani ze słabą nadzieją, w znacząco większym zakresie posługiwali się strategią w postaci koncentrowania się na emocjach i ich rozładowaniu, gdy oceniali posiadaną niepełnosprawność jako zagrożenie dla realizacji wartościowych celów życiowych, $F(5,15)=6,46$; $p<0,00001$ (ryc. 2). Co istotne, częstsze stosowanie strategii zaradczej wyrażającej się w poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego występowało u tych badanych ze słabą nadzieją, którzy postrzegali swoją niepełnosprawność jako stratę, $F(5,15)=8,06$; $p<0,039$ (ryc. 2). Badani ze słabą nadzieją nie różnili się istotnie statystycznie w zakresie częstotliwości stosowania strategii polegających na zaprzeczaniu czy stosowaniu humoru w konfrontacji z sytuacjami trudnymi, niezależnie od tego, czy posiadaną niepełnosprawność postrzegali przez pryzmat wyzwania, zagrożenia czy straty.



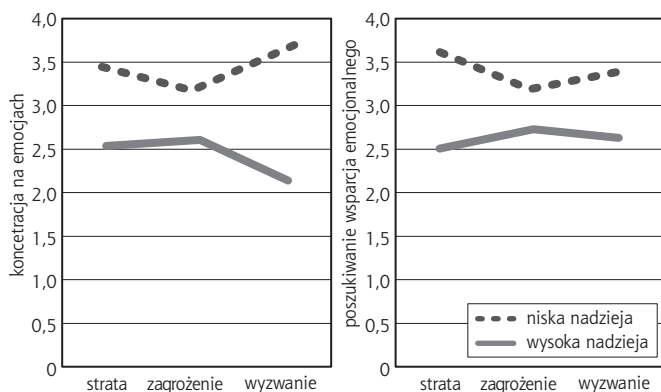
Ryc. 1. Częstotliwość stosowania strategii w postaci akceptacji w zależności od poziomu nadziei podstawowej i percepcji doświadczanej niepełnosprawności

Fig. 1. Frequency of acceptance strategy depending on level of basic hope and perception of experienced disability

Tabela II. Związki korelacyjne między nadzieją a radzeniem sobie
Table II. Correlations between hope and coping

	PRO	ZAP	EM	WS	AKC	REL	HUM	ALK	PWS
NP	0,41**	-0,51***	-0,46**	-0,15	0,54***	0,01	-0,23**	0,05	0,62***

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



Ryc. 2. Częstotliwość stosowania strategii: koncentracja na emocjach i poszukiwanie wsparcia emocjonalnego w zależności od poziomu nadziei podstawowej i percepcji doświadczanej niepełnosprawności

Fig. 2. Frequency of strategy: focus on emotions and seeking emotional support according to level of basic hope and perception of experienced disability

W przypadku przekonania o własnej skuteczności, efekt interakcji nadziei podstawowej i percepcji własnej niepełnosprawności okazał się nieistotny. Analiza wariancji ujawniła jednakże istotny efekt główny w postaci postrzegania posiadanych ograniczeń, $F(2,14)=5,01$; $p<0,051$. Badani wartościujący swoją niepełnosprawność jako wyzwanie cechują się znacząco silniejszymi przekonaniem odnośnie dysponowanych zdolności do skutecznego zmagania się z problemami, w porównaniu do osób postrzegających ją w postaci zagrożenia ($M=23,14$, $SD=8,97$ vs $M=19,85$, $SD=9,53$).

Dyskusja i wnioski

Uzyskane wyniki badań stanowią podstawę do potwierdzenia przyjętej hipotezy odnoszącej się do pozytywnego związku nadziei podstawowej i strategii radzenia sobie zorientowanych na rozwiązanie problemu oraz przekonania o własnej skuteczności w zmaganiu się z sytuacjami trudnymi (H1). Ustalono, iż poziom nadziei dodatnio koreluje nie tylko ze strategią radzenia sobie o sensu stricte zadaniowym charakterze jak: koncentracja na problemie, ale również wyrażającą się w akceptacji przeszkody zakłócającej osiągnięcie ważnych celów życiowych (nieco silniejszy związek) [por. 16]. Przy czym akceptacja nie jest tutaj traktowana w kategorii rezygnacji, ale wiąże się raczej z uznaniem doświadczanych problemów i podejmowaniem wysiłku, by dostrzec w nich źródło motywacji do dalszego działania [23]. Można wnosić, iż przekonanie o sensowności, uporządkowaniu i przychylności otaczającego świata towarzyszy otwartości na odnajdywanie i zrozumienie znaczenia napotykanym sytuacji trudnych, a także ich opanowania. Otrzymane rezultaty badań wydają się więc potwierdzać fundamentalną funkcję przypisaną nadziei podstawowej jaką jest sprzyjanie odbudowywaniu

naruszonego ładu życiowego z powodu przełomowego, dekonstruktywnego zdarzenia (w tym przypadku nabycia i doświadczania trwałego uszkodzenia ciała) [12]. Pozytywna korelacja poziomu nadziei podstawowej z przekonaniem o dysponowaniu zdolnościami do efektywnego pokonywania trudności wskazuje na ścisłą współzależność osobistych poglądów na temat świata, siebie, własnych w nim możliwości.

Zweryfikowanie, w kontekście uzyskanych wyników badań, drugiej przyjętej hipotezy, pozwala odnieść się do przynajmniej dwóch kwestii. Po pierwsze, związek nadziei podstawowej z radzeniem sobie u osób po urazie rdzenia kręgowego nie jest jednoznaczny, na co wskazuje ujawniona moderująca rola percepcji posiadanej niepełnosprawności (H2 została potwierdzona w odniesieniu do strategii zaradczych). Okazało się bowiem, iż dążenie do pogodzenia się z zaistniałą sytuacją, dostrzeżenie w niej szans do dalszego rozwoju występuje u osób z silną nadzieją podstawową, ale jednocześnie oceniających doświadczane uszkodzenie w kategorii wyzwania. Wyniki te są zbieżne z ustaleniami innych badaczy analizujących uwarunkowania adaptacyjnej formy radzenia sobie po nabyciu uszkodzenia rdzenia kręgowego w postaci akceptacji [17, 19]. W badaniach P. Kennedy'go, Evansa i Sandhu [17] zarówno nadzieja, jak i percepcja niepełnosprawności uczestniczyły również w wyjaśnianiu aktywnej, zadaniowej strategii zaradczej, czego nie ujawniono w niniejszych analizach. Zaznaczające się w tym aspekcie rozbieżności mogą być podyktowane nieco odmiennymi sposobami rozumienia nadziei, czy też przyjętymi modelami analiz. Warto jednakże podkreślić, iż pomimo zasygnalizowanych różnic konceptualizacyjnych i analitycznych, utrzymuje się zbieżność w ustaleniach wskazujących na większe znaczenie nadziei dla częstotliwości wykorzystywania strategii zorientowanej na pokonanie problemu niż oceny doświadczanej niepełnosprawności. Dowody empiryczne w tym zakresie pochodzą również z analiz o charakterze jakościowym, np. P. Dorsetta [24], ukazujących nadzieję jako dominujący czynnik skutecznego zmagania się z ograniczeniami po nabyciu urazu rdzenia. Interakcja nadziei i sposobu postrzegania doświadczanych ograniczeń dostarcza również interesującego wyjaśnienia odnośnie zweryfikowanego w niniejszych badaniach powiązania między nadzieją a strategiami radzenia o charakterze emocjonalno – uniwokowym. Ocena niepełnosprawności w postaci zagrożenia czy straty ma istotne znaczenie w ustalaniu kształtu tej korelacji. Wychodząc z założenia, iż poziom nadziei podstawowej wyraża siłę przekonań na temat pozytywnego ustosunkowania się świata względem jednostki, zasadne wydaje się uznanie, że osoby z nasilonym przeświadczeniem w tym zakresie, doświadczając sytuacji trudnych, będą wykazywały

większą otwartość na poszukiwanie wsparcia u innych [por. 17]. Uzyskane w niniejszych badaniach wyniki nie umacniają teoretycznie uzasadnionej tezy. Ustalono bowiem stosowanie strategii radzenia sobie w postaci wsparcia emocjonalnego u badanych cechujących się słabymi przekonaniami odnośnie sensu, ładu i przychylności otaczającego świata, którzy jednocześnie traktowali posiadaną niepełnosprawność jako stratę. Zatem w przypadku aktywności zaradczej o charakterze emocjonalnym (w przeciwieństwie do tzw. zadaniowych strategii radzenia) ocena niepełnosprawności wnosi dodatkowe, istotne wyjaśnienie jej powiązania z nadzieją podstawową. Możliwe jest, iż kierując się przekonaniem o nieprzychylnym nastawieniu świata do jednostki (zwłaszcza z trwałymi ograniczeniami) i przeświadczeniem o niemożności zrealizowania jakichkolwiek wartościowych celów życiowych wraz z nabyciem niepełnosprawności, osoba będzie poszukiwać kontaktu z najbliższymi osobami jedynie w celu doraźnego osłabienia napięcia emocjonalnego. Zwiększone u niej prawdopodobieństwo uruchomienia się spirali strat (obiektywnych i domniemanych) może nasilić poczucie bezradności i utraty kontroli nad własnym życiem, wyzwalając jednocześnie potrzebę troski ze strony innych, niezależnie od rodzaju motywacji stanowiącej podstawę jej udzielania [por. 18].

Po drugie, uwzględniona w analizach interakcja nie odgrywa istotnej roli w ustalaniu związku nadziei podstawowej z przekonaniami odnośnie własnej skuteczności w podejmowanej aktywności zaradczej (H2 w odniesieniu do tego aspektu radzenia sobie nie została potwierdzona). Sugeruje to, iż przekonania na temat sensu, uporządkowania i pozytywności świata są niezależnym (prawdopodobnie nadrzędnym względem mechanizmów oceny posiadanej niepełnosprawności) czynnikiem bezpośrednio wiążącym się z przeświadczeniem o osobistej sprawczości w pokonywaniu napotykanых sytuacji trudnych. Ponadto odwołując się do badań T. R. Elliotta i wsp. [25] należy podkreślić zróżnicowane znaczenie poszczególnych komponentów nadziei dla postrzegania własnych zdolności do radzenia sobie z różnorodnymi przeszkodami po nabyciu niepełnosprawności, włącznie z barierami

społecznymi. Analiza struktury przekonań tworzących nadzieję mogłaby zatem dostarczyć lepszego rozumienia rozpatrywanej tutaj relacji, co wymaga dalszych eksploracji empirycznych.

Wnioski

1. Odmienna struktura powiązań między uwzględnionymi zmiennymi potwierdza zróżnicowane mechanizmy formowania się relacji w obrębie szerokiego spektrum przekonań (na temat świata, siebie, doświadczanych ograniczeń, dyspozycji do ich pokonywania, itp.), a w konsekwencji także w odniesieniu do określonej aktywności zaradczej [20]. Ich dokładne poznanie wymaga badań podłużnych zważywszy na dynamiczną naturę wskazanych kategorii przekonań. Zgodnie z dotychczasowymi ustaleniami badaczy ocena niepełnosprawności, nadawanie jej znaczenia, podstawowe założenia na temat funkcjonowania świata i własnego w nim miejsca, a także poszczególne aspekty nadziei mogą ulegać zmianie wraz z upływem czasu od nabycia trwałych uszkodzeń [np. 20, 26, 27].
2. Specyficzna rola oceny niepełnosprawności w postaci moderowania związku między nadzieją podstawową a radzeniem u osób po urazie rdzenia kręgowego, została uchwycona w określonym – typowo poznawczym kontekście teoretycznym, który kładzie nacisk na istotę przekonań, wartościowania sytuacji, zdarzeń, przyszłości, posiadanych zdolności, itd. Sygnalizowana niejasność powiązań w przypadku strategii wyrażającej się w poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego, a ponadto brak związków uwzględnionych przekonań ze sposobami radzenia najbardziej preferowanymi przez badanych, daje podstawę do przypuszczenia o istotnym znaczeniu emocjonalnych aspektów ujmowania nabytej niepełnosprawności, odzwierciedlających się np. w stopniu jej akceptacji. Wysoce prawdopodobne jest, iż analiza obu tych wymiarów wartościowania niepełnosprawności dostarczyłaby pełniejszego rozumienia związku nadziei podstawowej i sytuacyjnego radzenia u osób doświadczających trwałych ograniczeń.

Piśmiennictwo / References

1. Lustig D. The adjustment process for individuals with spinal cord injury: The impact of perceived pre-morbid sense of coherence. *Rehabil Couns Bull* 2005, 48(1): 146-156.
2. 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 (ed). Springer, NY 2007: 363-387.
3. Molton IR, Stoelb BL, Jensen MP, et al. Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in spinal cord injury: Replication and cross-validation. *J Rehabil Res Dev* 2009, 46(1): 31-42.
4. Turner JA, Jensen MP, Warme CA, Cardenas DD. Catastrophizing is associated with pain intensity, psychological distress and pain-related disability among individuals with chronic pain after spinal cord injury. *Pain* 2002, 98(1-2): 127-134.
5. DeGraff AH, Schaffer J. Emotion-focused coping: A primary defense against stress for people living with spinal cord injury. *J Rehabil* 2008, 74(1): 19-24.
6. Kennedy P, Marsh N, Lowe R, et al. A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. *Brit J Health Psych* 2000, 5(2): 157-172.
7. Pollard C, Kennedy P. A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: A 10-year review. *Br J Health Psych* 2007, 12(3): 347-362.
8. Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 2007.
9. Wrześniewski K. Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. [w:] *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne.* Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (red). UŚ, Katowice 1996: 44-64.
10. Łosiak W. *Psychologia stresu*. WAiP, Warszawa 2008.
11. Jakubowska-Winecka A. Style a strategie radzenia sobie ze stresem po zawale serca. [w:] *Choroba niedokrwienna serca.* Wrześniewski K, Włodarczyk D (red). GWP, Gdańsk 2004: 83-106.
12. Trzebiński J, Zięba M. Nadzieja, strata i rozwój. *Psychol Jakości Życia* 2003, 2(1): 5-33.
13. Trzebiński J, Zięba M. Basic hope as a world-view: A outline of a concept. *Pol Psychol Bull* 2004, 35(1): 173-182.
14. Trzebiński J, Zięba M. *Kwestionariusz Nadziei Podstawowej – BHI-12*. Podręcznik. PTP, Warszawa 2003.
15. Zięba M, Czarnecka-vanLuijken J, Wawrzyniak M. Nadzieja podstawowa i wzrost potraumatyczny. *Studia Psychol* 2010, 1: 109-121.
16. Byra S. *Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania.* UMCS, Lublin 2012.
17. Kennedy P, Evans M, Sandhu N. Psychological adjustment to spinal cord injury: The contribution of coping, hope and cognitive appraisals. *Psychol Health Med* 2009, 14(1): 17-33.
18. Chevalier Z, Kennedy P, Sherlock O. Spinal cord injury, coping and psychological adjustment: a literature review. *Spinal Cord* 2009, 47(8): 778-782.
19. Kennedy P, Lude P, Elfstrom ML, Smithson E. Appraisals, coping and adjustment pre and post SCI rehabilitation: a 2-year follow-up study. *Spinal Cord* 2012, 50(1): 112-118.
20. 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.
21. Wrześniewski K. Pomiar radzenia sobie ze stresem – wybrane zagadnienia. *Promocja Zdrowia. Nauk Społ Med* 1996, 8-9: 34-46.
22. Juczyński Z. *Narzędzia pomiarowe w psychologii i promocji zdrowia*. PTP, Warszawa 2001.
23. Elfstrom ML, Kreuter M. Relationships between locus of control, coping strategies and emotional well-being in persons with spinal cord lesion. *J Clin Psychol Med Settings* 2006, 13(1): 93-104.
24. Dorsett P. The importance of hope in coping with severe acquired disability. *Aust Soc Work* 2010, 63(1): 83-102.
25. Elliott TR, Witty TE, Herrick SM, et al. Negotiating reality after physical loss: hope, depression and disability. *J Pers Soc Psychol* 1991, 61(4): 608-613.
26. Kaiser S, Kennedy P. An exploration of cognitive appraisals following spinal cord injury. *Psychol Health Med* 2011, 16(6): 708-718.
27. Kennedy P, Duff J, Evans M, et al. Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injuries. *Br J Clin Psychol* 2003, 42(1): 41-52.