

Agnieszka Gabryś

Instytut Pedagogiki UMCS w Lublinie

Siła relacji interpersonalnej a sytuacyjne radzenie sobie u kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego

Celem niniejszego artykułu była analiza związku pomiędzy siłą relacji interpersonalnej a strategiami radzenia sobie u kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Badaniu zostało poddanych 88 kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Kwestionariusz COPE (The Coping Orientations to Problems Experienced) autorstwa C.S. Carvera, M.F., Scheiera i J.K. Weintrauba w polskiej adaptacji S. Piątek i K. Wrześniewskiego oraz Kwestionariusza Siły Relacji Interpersonalnej (KSRI) A. Zbieg i A. Słowińskiej. Ustalono istnienie istotnej statystycznie zależności pomiędzy podobieństwem osób w relacji a strategią radzenia sobie w postaci używania alkoholu lub innych środków odurzających u kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Słowa kluczowe: siła relacji interpersonalnej, strategie radzenia sobie, kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, niepełnosprawność ruchu

Strength of interpersonal relationship and situational coping among women with spinal cord injury

The aim of this study was analysis of the relationship between strength of interpersonal relationship and coping strategies in women with spinal cord injury. The study covered 88 women with spinal cord injury. The following research instruments were applied: Coping Orientations to Problems Experienced (COPE) by C.S. Carver, M.F., Scheier and J.K. Weintraub, Polish adaptation by S. Piątek and K. Wrześniewski, and Strength of Interpersonal Relationships by A. Zbieg i A. Słowińska. Statistical relationship between similarity of people in a relationship and coping strategy consisting of drinking alcohol and drugs used by women with spinal cord injury were established.

Keywords: interpersonal relationship strength, coping strategies, women with spinal cord injury, physical disability

Wprowadzenie

Zagadnienie psychospołecznego funkcjonowania kobiet z niepełnosprawnością, zwłaszcza ruchową, bezsprzecznie w dalszym ciągu wymaga eksploracji empirycznych. Badacze (m.in.: Wałachowska 2017: 203; Mitra i in. 2016: 457; Bednarczyk

i in. 2015: 6; Janocha, Zielińska-Król 2015: 8; Robinson-Whelen i in. 2014: 23; Wołowicz-Ruszkowska 2013: 7) podkreślają brak opracowań, odnoszących się do kobiet z niepełnosprawnością w kontekście różnych aspektów ich życia, zwłaszcza związanych z pełnionymi przez nie rolami związanymi z płcią. Kobiety z niepełnosprawnością są narażone na kumulację czynników je dyskryminujących, tj. płęć, niepełnosprawność oraz stereotypy związane z płcią, które prowadzą do marginalizacji i nieczęsto do automarginalizacji tych kobiet (Nowak 2012: 10; Marszałek 2006: 10). Co więcej, ciągła konfrontacja z nimi może skutkować pewnym obciążeniem, a to wiąże się z nieskutecznością wykorzystywanych strategii radzenia sobie z sytuacjami trudnymi (por. Livneh, Martz 2014: 329). Zgodnie z założeniami M.A. Nosek i R.B. Hughes (2003: 224), podkreślającymi złożoność interakcji płci i niepełnosprawności, oraz analizami empirycznymi (m.in. Byra 2011: 132; Roob 2008: 423; Crisp 2001: 188; Rintala i in. 1996: 223) dowodzącymi różnic w zakresie doświadczeń kobiet i mężczyzn z niepełnosprawnością ruchu na wielu płaszczyznach ich życia, w niniejszych badaniach skupiono się na grupie kobiet z niepełnosprawnością ruchu, mając na uwadze specyfikę ich funkcjonowania.

Siła relacji interpersonalnej (strength of interpersonal relationship) jest stosunkowo nową kategorią poznawczą, która wymaga dookreślenia. Należy przede wszystkim wyjść od ogólnego zdefiniowania relacji interpersonalnej rozumianej jako związek pomiędzy dwojgiem osób, oparty na elementach współdzielonych i wspólnych w interakcjach, a także na tym co je spaja i łączy (Zbieg i in. 2015: 339). Najprostszy ich podział, zdaniem B. Wojciszke (2000: 27), to rozróżnienie stosunków negatywnych/niekorzystnych (którymi psychologia zainteresowała się znacznie wcześniej) i pozytywnych/korzystnych. Zasadniczą cechą relacji interpersonalnej jest jej siła, definiowana przez stopień więzi, jaki istnieje między partnerami, rozpięty między bardzo silną więzią (np. związek romantyczny) a jej brakiem, gdy osoby się nie znają (Zbieg i in. 2015: 335). Najbardziej popularna koncepcja siły relacji interpersonalnej wywodzi się z prac M.S. Granovettera (1983, za: Zbieg i in. 2015: 336), określającego ją jako kombinację: natężenia emocji w relacji, czasu spędzonego w relacji, wzajemnego zaufania oraz wzajemności działań.

Co więcej, podobnie zjawisko to pojmowane jest w zakresie badań prowadzonych w paradygmacie interdyscyplinarnych analiz strukturalnych (Zbieg i in. 2015: 336). Model siły relacji interpersonalnej, zaproponowany przez A. Zbieg, A. Słowińską i B. Żaka (2015), opiera się na definicji tego zjawiska jako stopnia powiązania dwojga ludzi, który odpowiada natężeniu tego co jest dla nich współdzielne i wspólne w interakcjach na gruncie uczuć, myśli i zachowań. Autorzy modelu wskazują na komponenty relacji, które decydują o jej sile, wymieniając: natężenie czasu spędzonego w relacji, podobieństwa osób w relacji oraz głębokość posiadanej relacji. Czas spędzony w relacji odnosi się do liczby wspólnych przeżyć i doświadczeń, ponadto jest on związany ze stopniem, w jakim

określona relacja jest obecna w życiu jej partnerów. Na komponent ten składają się: czas trwania relacji od momentu jej nawiązania, jej aktualność oraz częstota kontaktu. Z kolei podobieństwo osób w relacji dotyczy części wspólnej obszarów i treści życia partnerów oraz posiadanych przez nich cech. Obejmuje ono podobieństwo socjoekonomiczne, psychologiczno-społeczne, a także osadzenie relacji wśród wspólnych znajomych oraz jest wyrażone jako odległość komunikacyjna i geograficzna. Ostatnim komponentem jest głębokość inaczej intymność relacji, rozumiana jako siła więzi, która łączy partnerów. Odpowiada ona dogłębnosci, ważności i różnorodności danej relacji wraz z występującymi przekonaniem i emocjami na jej temat. Składają na nią: intensywność uczuć i emocji, różnorodność interakcji oraz zaspokajanie potrzeb i wsparcie (Zbieg i in. 2015: 339).

Należy podkreślić, że zdaniem D.S. Dunn i C. Brody'ego (2008: 413) jednym z kluczowych warunków dobrego życia osób z deficytem narządu ruchu, obok dbania o kondycje zdrowotną oraz rozwijania pozytywnych cech i zdolności, jest posiadanie pozytywnych relacji interpersonalnych. Bezsprzecznie mają one również znaczenie dla postrzegania własnej jakości życia i zdrowia przez te osoby (Tough i in. 2017: 15). Jednym z rodzajów relacji interpersonalnych są te o charakterze romantycznym, które w odniesieniu do kobiet z niepełnosprawnością ruchu są od niedawna przedmiotem zainteresowania badaczy zwłaszcza w kontekście występujących ograniczeń i trudności w tym zakresie (np. Zawisłak 2018: 185–186; Nosek i in. 2001: 7).

W literaturze przedmiotu odnaleźć można czynniki (wewnętrzne i zewnętrzne) uniemożliwiające kobietom z niepełnosprawnością budowanie, nawiązywanie i podtrzymywanie posiadanych partnerskich i intymnych relacji. Podkreślane są m.in.: kwestie negatywnych postaw społecznych i stereotypów, nastawienia rodziny, barier architektonicznych oraz barier tkwiących w kobiecie z niepełnosprawnością, odnoszących się do samooceny i postaw wobec samej siebie (Zawisłak 2018: 196). Co interesujące, ponad połowa badanych kobiet (N=504) w eksploracjach M.A. Nosek i współpracowników (2001: 7) uznała, że fakt posiadania niepełnosprawności ruchu nie jest głównym powodem zakończenia relacji czy związków tych kobiet. Z kolei M. Kreuter (2000: 2) podkreśla, że owszem, dla jakości relacji partnerskich ma znaczenie posiadanie uszkodzenia rdzenia kręgowego przez partnera relacji, niemniej w mniejszym stopniu niż powszechnie się przyjmuje.

Znaczenie uszkodzenia rdzenia kręgowego dla posiadanych relacji (rodzinnych, partnerskich) zostało opisane także w innych badaniach (m.in. Gilad, Lavee 2010; Chun, Lee 2008; Hwang i in. 2007; Chan 2000), w których zwrócono uwagę na możliwość wspólnego radzenia sobie z trudnościami. Co więcej, jak wynika z eksploracji S. DeSanto-Madeya (2006: 265), wcielanie się w rolę opiekuna osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i przejęcie jej obowiązków przez pełnosprawnego partnera, powoduje niekiedy pogorszenie się tej relacji. Zdaniem D. Gilad

i Y. Lavee (2010: 106–109) środkiem przeciwdziałającym takiemu stanowi rzeczy jest otrzymywane wsparcie instrumentalne z zewnątrz. Niemniej należy podkreślić, że silne relacje, które łączyły partnerów przed nabyciem niepełnosprawności, pozostawały niezienne po nabyciu trwałych ograniczeń w ruchu przez jednego z jej partnerów (Chan 2000: 764).

Jednakże L.I. Pearlin i A. Bierman (2013: 325) są zdania, że stosunki społeczne mogą zostać znacznie osłabione przez fakt posiadania niepełnosprawności przez członka relacji, co w konsekwencji może skutkować ograniczeniem zdolności do skutecznego radzenia sobie z trudnościami, np. przy użyciu społecznych zasobów. Co jest niezwykle ważne, odnosząc się do wyników badań S. Byry (2011: 127–130), wskazujących, iż kobiety z niepełnosprawnością ruchu istotnie częściej niż mężczyźni cechuje poszukiwanie wsparcia społecznego w obliczu zmagania się z trudnościami. Należy podkreślić, iż proces radzenia sobie jest mocno zindywidualizowany oraz zależny od różnorodnych czynników funkcjonowania człowieka (Byra 2012: 86). Co więcej, kategoria płci ma istotne znaczenie dla przyjmowania przez osobę wybranych sposobów zaradczych, częstotliwości ich wykorzystywania oraz różnicowania ich zakresu (Byra 2011: 127–130; R. Crisp 2002: 188).

Radzenie sobie najczęściej ujmowane jest przez badaczy w odniesieniu do koncepcji stresu i radzenia sobie autorstwa R.S. Lazarusa i S. Folkmana (1984: 141), którzy definiują je jako „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki (*efforts*), mające na celu opanowanie (*to manage*) określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” (Heszen 2015: 31). Autorzy ci ujmują radzenie sobie jako proces, który charakteryzuje złożona struktura, podlegająca zmianom w wymiarze czasowym. Ponadto w omawianym procesie wyakcentować można jednostki czynnościowe zwane strategiami radzenia sobie, rozumiane jako wysiłki podejmowane przez człowieka w konkretnej sytuacji stresowej w celu złagodzenia bądź zmiany następstw braku równowagi między wymaganiami a obciążeniami (I. Heszen 2015: 67). Jak wynika z eksploracji H. Livneha i L.M. Wilson (2003: 201) kobiety z niepełnosprawnością w konfrontacji z sytuacją trudną najczęściej preferują emocjonalne strategie radzenia sobie. Podobnie wskazuje S. Byra (2011: 130–131), przedstawiając rezultaty badań świadczące o wykorzystywaniu przez kobiety z niepełnosprawnością strategii emocjonalno-zaradczych w radzeniu sobie. Zdaniem autorki, kobiety z niepełnosprawnością ruchu, zmagając się z trudnościami o zróżnicowanym charakterze, wykorzystują szeroki repertuar strategii. Inne badania S. Byry (2017: 29) dowodzą, iż w największym zakresie wykorzystują one strategie radzenia sobie polegające na dążeniu do zaakceptowania i rozwiązania trudności, a także na poszukiwaniu wsparcia społecznego (Byra 2017: 29).

Dotychczasowe analizy dotyczące siły relacji interpersonalnej oraz strategii radzenia sobie koncentrują się na niezależnych eksploracjach obydwu zmien-

nych. Przy czym z uwagi na to, że siła relacji jest stosunkowo nową kategorią poznawczą w naukach społecznych, w większym stopniu akcentuje się lepsze wyjaśnienie omawianej zmiennej. Tym samym stwierdza się brak analiz pozwalających ustalić charakter relacji pomiędzy tymi dwoma zmiennymi zwłaszcza w odniesieniu do kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Formułowane w stosunku do strategii radzenia sobie i siły relacji interpersonalnej założenia, odnośnie do prawdopodobnego i wzajemnego powiązania przyjmują jedynie charakter postulatów, które wymagają potwierdzenia empirycznego.

Cel pracy

Celem niniejszego opracowania jest określenie charakteru związku między siłą relacji interpersonalnej a strategiami radzenia sobie w sytuacjach trudnych u kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Siła relacji interpersonalnej jest rozumiana jako stopień powiązania dwojga ludzi, odpowiadający natężeniu wspólnych obszarów interakcji na płaszczyźnie myśli, zachowań i uczuć (Zbieg i in. 2015: 339). Z kolei strategie radzenia sobie ujmowane są jako behawioralne oraz poznawcze wysiłki podejmowane przez osobę w konkretnej sytuacji stresowej (Łosiak 2007: 50), aby zmienić sytuację bądź złagodzić jej przykre skutki dla człowieka (Heszen 2015: 67).

Problematyka niniejszych badań konkretyzuje się w dążeniach do udzielenia odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jaka jest siła relacji interpersonalnej u badanych kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
2. Jakie strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych preferują badane kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego?
3. Czy istnieje zależność pomiędzy siłą relacji interpersonalnej a strategiami radzenia sobie u badanych kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, a jeśli tak to jaki ma ona charakter?

Na podstawie założeń teoretycznych i dotychczasowych weryfikacji empirycznych sformułowano hipotezę do pytania o charakterze zależnościowym:

Ad. 3. Przypuszcza się, że istnieje zależność pomiędzy siłą relacji interpersonalnej a strategiami radzenia sobie u kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Dotychczasowa (lecz uboga) literatura (m.in. Gilad, Lavee 2010; Chun, Lee 2008; Hwang i in. 2007; Chan 2000) wskazuje, że posiadane relacje przez osoby z niepełnosprawnością i cechująca je wzajemność są uznane za niezbędne dla wspólnego radzenia sobie z trudnościami oraz wspierania. Jak również nabycie niepełnosprawności może osłabić istniejące relacje interpersonalne, co w konsekwencji

prowadzi do ograniczenia zdolności zaradczych z wykorzystaniem społecznych zasobów (Pearlin, Bierman 2013: 325). Najczęściej wymienianym w literaturze przedmiotu czynnikiem wspierającym dla osób, które nabyły uszkodzenia rdzenia kręgowego, była natura posiadanych relacji oparta na wzajemności (Amsters i in. 2016: 1). Z kolei R. Lazarus (2006: 16) podkreśla znaczenie umiejętności radzenia sobie w relacjach międzyludzkich. Autor zwraca uwagę na użyteczność radzenia sobie z relacjami interpersonalnymi, zwłaszcza, gdy są one skomplikowane. Ponadto do związku relacji interpersonalnych i radzenia sobie nawiązuje w swej publikacji H. Taniguchi (2018: 159), który uwzględnia relacje międzyludzkie jako źródło powstawania zdarzeń stresu interpersonalnego, wymagających specyficznego radzenia sobie.

Materiał i metoda badań

Podjęte analizy dokonano na podstawie materiału empirycznego, który został zebrany za pomocą następujących narzędzi badawczych: Kwestionariusz COPE (*The Coping Orientations to Problems Experienced*) autorstwa C.S. Carvera, M.F. Scheiera i J.K. Weintrauba w polskiej adaptacji S. Piątek i K. Wrześniewskiego oraz Kwestionariusza Siły Relacji Interpersonalnej (KSRI) A. Zbieg i A. Słowińskiej. Kwestionariusz COPE pozwala na określenie preferencji badanych osób w zakresie ośmiu strategii i 8 stylów radzenia sobie: zaprzeczenia (ZAP), koncentracji na problemie (PRO), koncentracji na emocjach i ich wyładowaniu (EM), akceptacji (AKC), poszukiwaniu emocjonalnego wsparcia (WSP), zwracaniu się ku religii (REL), poczuciu humoru (HUM), używaniu alkoholu lub innych środków odurzających (ALK) (Wrześniewski 1996: 35–45). Kwestionariusz KSRI składa się z 27 twierdzeń pogrupowanych w trzy skale odpowiadające trzem wymiarom siły relacji, tzn. czasem, intymnością i podobieństwem. Osoby badane mają za zadanie określić za pomocą 7-stopniowej skali, stopień, w jakim pojedyncze twierdzenie charakteryzuje daną relację, gdzie 1 – zupełnie nie opisuje, a 7 – w pełni opisuje relację (Zbieg i in. 2015: 350).

W badaniu wzięło udział 88 kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w wieku od 18 do 61 lat (średnia wieku 33,47 lat). Większość badanych kobiet (N=56, 63,60%) mieszka w mieście. Przeważają badane kobiety stanu wolnego (N=53, 60,20%). Ponad połowa badanych (N=47, 53,40%) legitymuje się wykształceniem średnim i pozostaje bez stałego zatrudnienia (N=52, 59,09%), oceniając swoją sytuację finansową jako przeciętną (53,41%).

Wyniki

Badane kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego jako partnera relacji interpersonalnej wskazywały najczęściej na kolegę/koleżankę (N=37), następnie na męża/partnera (N=32) oraz rodzica (N=19). Statystyki opisowe siły relacji emocjonalnej u badanych kobiet zawiera tabela 1.

Tabela 1. Statystyki opisowe siły relacji interpersonalnej badanych kobiet

Siła relacji interpersonalnej	M	SD	Zakres wyników (min-max)	Zakres podskali
Czas	54,58	6,35	29–63	0–63
Podobieństwo	47,55	47,55	22–59	0–59
Intymność	55,08	55,08	37–63	0–63

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonej analizy można stwierdzić, że najwyższe wyniki (55,08) badane kobiety uzyskały w zakresie intymności (głębokości relacji), która łączy obydwójga partnerów. Zbliżone rezultaty (54,58) otrzymano w odniesieniu do czasu, w jakim badane kobiety pozostają w danej relacji, czyli wspólnych doświadczeń i przeżyć. Najniższe wyniki (47,55) uzyskano w zakresie podobieństwa partnerów, które odpowiada ich odległości w relacji.

Tabela 2. Statystyki opisowe strategii radzenia sobie badanych kobiet

Strategie radzenia sobie	M	SD	Zakres wyników (min-max)	Zakres podskali	Wyniki w podskalach podzielone przez liczbę itemów	
					M	SD
Koncentracja na problemie (PRO)	34,36	3,89	14–44	0–44	2,64	0,29
Zaprzeczenie (ZAP)	9,25	2,30	4–13	0–13	2,31	0,57
Koncentracja na emocjach (EM)	11,21	2,12	5–16	0–16	2,80	0,53
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (WSP)	12,96	2,53	4–16	0–16	3,24	0,63
Akceptacja (AKC)	14,14	2,02	8–20	0–20	2,82	0,40
Zwracanie się ku religii (REL)	12,59	3,05	4–16	0–16	3,14	0,76
Poczucie humoru (HUM)	8,28	1,99	4–14	0–14	2,07	0,49
Używanie alkoholu i innych środków odurzających (ALK)	7,26	2,98	4–16	0–16	1,81	0,74

Źródło: opracowanie własne.

W ramach sytuacyjnego radzenia sobie badanych kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego wykazano, że najwyższe rezultaty uzyskały one w zakresie poszukiwania wsparcia emocjonalnego (WS) oraz zwracania się ku religii (REL). Stosunkowo znaczące okazało się być także radzenie sobie zorientowane na akceptacji (AKC) i koncentracji na emocjach (EM) (tab. 2).

Wykorzystując metodę rangowania, ustalono preferencje w zakresie poszczególnych strategii radzenia sobie u badanych kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Na podstawie otrzymanych wyników zawartych w tabeli 3 można stwierdzić, iż najwyższą rangę uzyskała strategia polegająca na poszukiwaniu emocjonalnego wsparcia, z kolei rangę najniższą strategia zaradcza w postaci używania alkoholu i innych środków odurzających.

Tabela 3. Radzenie sobie badanych kobiet- zestawienie rang

Strategie radzenia sobie	Ranga
Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego (WSP)	8
Zwracanie się ku religii (REL)	7
Akceptacja (AKC)	6
Koncentracja na emocjach (EM)	5
Koncentracja na problemie (PRO)	4
Zaprzeczenie (ZAP)	3
Poczucie humoru (HUM)	2
Używanie alkoholu oraz innych środków odurzających (ALK)	1

Źródło: opracowanie własne.

Chcąc określić powiązanie siły relacji interpersonalnej z radzeniem sobie badanych kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, przeprowadzono analizę korelacyjną z użyciem współczynnika r Pearsona (tab. 4).

Tabela 4. Siła relacji interpersonalnej a strategię radzenia sobie u badanych kobiet – współczynnik korelacji r Pearsona

Siła relacji interpersonalnej	Strategie radzenia sobie							
	PRO	ZAP	EM	WS	AKC	REL	HUM	ALK
Czas	0,14	-0,03	0,10	-0,03	0,10	0,08	0,00	-0,00
Podobieństwo	0,06	0,14	-0,00	0,04	-0,12	0,16	-0,10	0,29*
Intymność	-0,05	-0,08	-0,04	-0,12	0,02	-0,00	-0,03	0,05

* $p < 0,01$; PRO – Koncentracja na problemie; ZAP – Zaprzeczenie; EM – koncentracja na emocjach; WS – poszukiwanie emocjonalnego wsparcia; AKC – Akceptacja; REL – Zwracanie się ku religii; HUM – Poczucie humoru; ALK – Używanie alkoholu oraz innych środków odurzających.

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane rezultaty wskazują na istnienie istotnej statystycznie zależności między podobieństwem w relacji a strategią radzenia sobie polegającą na używaniu alkoholu oraz innych środków odurzających. Należy wskazać, że siła powiązania jest słaba i ma charakter pozytywny. Oznacza to, że badane kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego posługują się w większym stopniu strategią polegającą na używaniu alkoholu i innych środków odurzających, gdy większe podobieństwo łączy je z partnerem w relacji. Można otrzymaną tu zależność zinterpretować następująco. Większy stopień podobieństwa partnerów, który odzwierciedla część wspólną obszarów ich życia m.in. podobna sytuacja socjoekonomiczna, cechy charakteru, postawy, wartości, styl życia oraz bliska odległość geograficzna wraz z osadzeniem relacji wśród wspólnych znajomych, sprzyja większej skłonności do unikowego radzenia sobie w postaci używania alkoholu lub innych środków odurzających. Ta forma radzenia sobie dotyczy aktywności mającej na celu odsunięcie trudności, w konsekwencji czego nie następuje ich rozwiązanie.

Dyskusja i wnioski

Niniejsze badania zorientowane były na ustaleniu zależności pomiędzy siłą relacji interpersonalnej a strategiami radzenia sobie u kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Ponadto starano się również określić, jaka jest siła relacji interpersonalnej oraz jakie są preferencje badanych kobiet w zakresie wykorzystywania strategii radzenia sobie w zmaganiu się z sytuacjami trudnymi.

Partnerem relacji wskazywanym przez badane kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego był najczęściej kolega/koleżanka, kolejno mąż/partner bądź jeden z rodziców. Należy wskazać, że największe znaczenie dla posiadanej relacji przez badane kobiety ma jej intymność (głębokość), rozumiana jako siła więzi łącząca partnerów danej relacji. Pozwala to stwierdzić, że dla badanych kobiet nie bez znaczenia są towarzyszące relacji uczucia bezpieczeństwa, zaufania oraz wsparcia. Podkreśla to także subiektywną, wysoką wartość posiadanej relacji przez badane kobiety. Równie istotną rolę pełni czas rozumiany jako liczba wspólnych doświadczeń i przeżyć partnerów relacji (Zbieg i in. 2015: 339).

Kolejna analiza, mająca na celu określenie najczęściej przyjmowanych strategii radzenia sobie przez kobiety z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, wykazała, że badane kobiety w największym stopniu cechuje radzenie sobie zorientowane na poszukiwanie emocjonalnego wsparcia, zwracanie się ku religii oraz akceptacji. Oznacza to, iż badane kobiety w sytuacji trudnej skupiają się przede wszystkim na obniżeniu napięcia emocjonalnego oraz uznaniu faktu, że wydarzenie stresowe pojawiło się i jest realne, więc należy się do niego dostosować.

Częściowo zbieżne wyniki badań przeprowadzonych w grupie kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchu (N=164, w tym 121 kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego) przedstawia S. Byra (2017: 29). Autorka wskazuje, że badane kobiety w zmaganiu się z sytuacjami trudnymi, wykorzystują najczęściej strategie polegające na ich akceptowaniu, zwracaniu się ku religii oraz dążeniu do rozwiązywania problemów. Z kolei w innych badaniach S. Byra (2011: 130) donosi o najczęstszym wykorzystywaniu przez kobiety z nabytym uszkodzeniem narządu ruchu emocjonalno-zadaniowych strategii radzenia sobie z trudnościami. Ponadto wyniki niniejszych badań częściowo korespondują z doniesieniami H. Livneha i L.M. Wilson (2003: 201), którzy dowiedli, iż kobiety z niepełnosprawnością ruchu preferują emocjonalne strategie radzenia sobie z trudnościami.

Uzyskane rezultaty pozwoliły na rozstrzygnięcie postawionej hipotezy. Zgodnie z oczekiwaniami formułowanymi na podstawie dostępnej (lecz ubogiej) literatury uzyskano istotne statystycznie korelacje, niemniej jedynie pomiędzy wymiarem podobieństwo w relacji a strategią radzenia sobie polegającą na wykorzystywaniu alkoholu i innych środków odurzających u badanych kobiet. Zatem należy stwierdzić w tym zakresie jedynie częściowe potwierdzenie przyjętej hipotezy, gdyż spodziewane powiązanie otrzymano jedynie w obrębie jednego wymiaru siły relacji interpersonalnej i jednej strategii radzenia sobie u badanych kobiet. Należy zwrócić uwagę, iż ze względu na nowość prezentowanego zagadnienia niemożliwa jest dyskusja uzyskanych wyników badań z doniesieniami innych badaczy, jak również zestawienie ich z rezultatami otrzymanymi w innej grupie badanych osób z niepełnosprawnością.

Na podstawie otrzymanych rezultatów badań można wnioskować, iż stwierdzono jedynie częściowe powiązanie pomiędzy siłą relacji interpersonalnej a strategiami radzenia sobie w grupie kobiet z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Dowiedziono istotnej i pozytywnej zależności pomiędzy podobieństwem partnerów relacji a strategią radzenia sobie w postaci używania alkoholu lub innych środków odurzających. Wysunięte założenie hipotetyczne zostało częściowo potwierdzone. Ponadto najczęściej wykorzystywane strategie radzenia sobie z trudnościami przez badane kobiety pozwalają stwierdzić, że cechuje je przede wszystkim emocjonalne i zadaniowe podejście do doświadczanych trudności. Jak również, najważniejszym elementem posiadanej relacji interpersonalnej jest siła więzi jaka łączy badane kobiety z partnerem posiadanej relacji oraz czas spędzony w owej relacji.

Podsumowując, zaprezentowane wyniki badań należy wskazać, że nie są one wolne od ograniczeń. Przede wszystkim nie uwzględniono grupy porównawczej obejmującej mężczyzn z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, co pozwoliłoby na sformułowanie wniosków odnoszących się do znaczenia kategorii płci w ustaleniu związku między zmiennymi. Ponadto badania obejmowały kobiety ze sta-

bilną naturą niepełnosprawności, natomiast nie uwzględniono grupy porównawczej w postaci kobiet z niestabilnym charakterem posiadanych ograniczeń, co pozwoliłoby określić znaczenie natury posiadanej niepełnosprawności dla siły relacji interpersonalnej.

Bibliografia

- Amsters D., Schuurs S., Perhouse K., Power B., Harestad Y., Kendall M., Kuipers P. (2016), *Factors which facilitate or impede interpersonal interactions and relationships after spinal cord injury: a scoping review with suggestions for rehabilitation*, *Rehabilitation Research and Practice*, 1, 1–13.
- Bednarczyk A., Kowalska B., Król A., Matlak M., Migalska A., Slany K., Warat M. (2015), *Genderowy wymiar niepełnosprawności. Raport z badań jakościowych*, Wydawnictwo Akademii Górniczo-Hutniczej, Kraków.
- Byra S. (2011), *Poczucie własnej skuteczności w kontekście radzenia sobie w sytuacjach trudnych kobiet i mężczyzn z nabytą niepełnosprawnością ruchową*, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 17(3), 127–134.
- Byra S. (2012), *Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Byra S. (2017), *Pozytywne zmiany potraumatyczne w percepcji kobiet z nabytą niepełnosprawnością ruchową*, *Roczniki Pedagogiczne*, t. 9, 45(3), 19–41.
- Chan R.C.K. (2000), *How does spinal cord injury affect marital relationship? A story from both sides of the couple*, *Disability and Rehabilitation*, 22(17), 764–775.
- Chun S., Lee Y. (2008), *The experience of posttraumatic growth for people with spinal cord injury*, *Qualitative Health Research*, 18(7), 877–890.
- Crisp R. (2002), *Gender differences in the perceptions of psychosocial experiences reported by persons with disabilities*, *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(2), 188–199.
- DeSanto-Madeya S. (2006), *The meaning of living with spinal cord injury 5 to 10 years after the injury*, *Western Journal of Nursing Research*, 28(3), 265–293.
- Dunn D.S., Brody C. (2008), *Defining a good life following acquired physical disability*, *Rehabilitation Psychology*, 53(4), 413–425.
- Gilad D., Lavee Y. (2010), *Couple support schemata in couples with and without spinal cord injury*, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 53(2), 106–116.
- Granovetter M.S. (1983), *The strength of weak ties: A network theory revisited*, *Sociological Theory*, 1, 201–233.
- Heszen I. (2015), *Psychologia stresu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Howland C.A., Rintala D.H. (2001), *Dating behaviors of women with physical disabilities*, *Sexuality and Disability*, 1, 41–70.
- Hwang K., Johnston M., Smith J.K. (2007), *Romantic attachment in individuals with physical disabilities*, *Rehabilitation Psychology*, 52(2), 184–195.
- Janocha W., Zielińska-Król K. (2015), *Kobiecość a niepełnosprawność*, Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin.
- Kreuter M. (2000), *Spinal cord injury and partner relationships*, *Spinal Cord*, 38, 2–6.

- Lazarus R.S. (2006), *Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotion and coping*, *Journal of Personality*, 74(1), 9–46.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984), *Stress, appraisal and coping*, Springer Publishing Company, New York.
- Livneh H., Martz E. (2014), *Coping strategies and resources as predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury*, *Rehabilitation Psychology*, 59(3), 329–339.
- Livneh H., Wilson L.M. (2003), *Coping strategies and resources as predictors and mediators of disability-related variables and psychosocial adaptation*, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(4), 194–208.
- Łosiak W. (2006), *Natura stresu. Spojrzenie z perspektywy ewolucyjnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Marszałek L. (2006), *Niepełnosprawność, kobiecość, rodzina*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa.
- Mitra M., Long-Bellil L.M., Iezzoni L.I., Smeltzer S.C., Smith L.D. (2016), *Pregnancy among women with physical disabilities: Unmet needs and recommendation on navigating pregnancy*, *Disability and Health Journal*, 9(3), 457–463.
- Nosek M.A., Hughes R.B. (2003), *Psychosocial issues of women with physical disabilities: the continuing gender debate*, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(4), 224–233.
- Nowak A. (2012), *Zagrożenie wykluczeniem społecznym kobiet niepełnosprawnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Pearlin L.I., Bierman A. (2013), *Current issues and future directions in research into the stress process* [w:] C.S. Aneshensel, J.C. Phelan, A. Bierman (red.), *Handbooks of sociology and social research*, Dordrecht, Springer Publishing Company, 325–340.
- Rintala D.H., Hart K.A., Fuhrer M.J. (1996), *Perceived stress in individuals with spinal cord injury* [w:] D.M. Krotoski, M.A. Nosek, M.A. Turk (red.), *Women with disability: Achieving maintain health and well-being*, Baltimore, Brookes, 223–242.
- Robinson-Whelen S., Taylor H.B., Hughes R., Nosek M.A. (2014), *Depression and depression treatment in women with spinal cord injury*, *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 20(1), 23–31.
- Roob C., Small B., Haley W.E. (2008), *Gender differences in coping with functional disability in older married couples: The role of personality and social resources*, *Aging & Mental Health*, 12(4), 423–433.
- Taniguchi H. (2018), *Individual differences in the effects of interpersonal stress coping*, *Japanese Journal of Personality*, 27(2), 159–163.
- Tough H., Siegrist J., Fekete Ch. (2017), *Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review*, *BMC Public Health*, 17(1), 414.
- Wałachowska M. (2017), *Wizerunek społeczny macierzyństwa kobiet z niepełnosprawnością*, *Forum Pedagogiczne*, 1, 197–210.
- Wojciszke B. (2000), *Człowiek w relacji z innymi* [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia Podręcznik Akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, t. 3, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 27–45.
- Wołowicz-Ruszkowska A. (2013), *Zanikanie? Trajektorie tożsamości kobiet z niepełnosprawnością*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej, Warszawa.

- Wrześniewski K. (1996), *Pomiar radzenia sobie ze stresem- wybrane zagadnienia*, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 8/9, 34–46.
- Wrześniewski K. (2004), *Interakcyjny model radzenia sobie ze stresem po zawale serca* [w:] K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwienne serca*, Gdańsk, 69–81.
- Zawiślak A. (2018), *Bariery w randkowaniu kobiet z niepełnosprawnością*, *Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej*, 20, 181–198.
- Zbieg A., Słowińska A., Żak B. (2015), *Siła relacji interpersonalnej- wstępna weryfikacja koncepcji i metody pomiarowej*, *Psychologia Społeczna*, 3(34), 335–351.