

STANISŁAWA BYRA*

**WIELOWYMIAROWA SKALA AKCEPTACJI UTRATY
SPRAWNOŚCI (WSAUS) – POLSKA ADAPTACJA
*MULTIDIMENSIONAL ACCEPTANCE OF LOSS
SCALE* JAMESA M. FERRINA, FONGA CHANA,
JULIE CHRONISTER I CHUNG-YI CHIU**

Wprowadzenie

„Akceptacja niepełnosprawności” jest terminem używanym już od dawna w literaturze z zakresu rehabilitacji, głównie w obrębie problematyki związanej z procesem przystosowania do życia z nabytą niepełnosprawnością. W ostatnich dziesięcioleciach istotnie rozbudowano wiedzę o psychologicznych skutkach doznawania trwałej niepełnosprawności i reakcjach przystosowawczych przyjmowanych przez człowieka. Niemniej kategoria poznawcza określana mianem akceptacji niepełnosprawności w stosunkowo niewielkim stopniu została opisana i wyjaśniona w literaturze naukowej. Nadawane jej dotychczas rozumienie jest zróżnicowane, w zależności od przyjmowanej perspektywy teoretycznej oraz wskazywanych powiązań z innymi pojęciami odnoszącymi się do skutków posiadania trwałej niepełnosprawności. Najczęściej analizowane przez badaczy rozumienie terminu „akceptacja niepełnosprawności” odnosi się do zjawiska adaptacji lub przystosowania. Niemniej w literaturze dotyczącej rehabilitacji zakresy znaczeniowe terminów „adaptacja” i „przystosowanie” nie są jednoznacznie określone. Traktowane są jako synonimy, jak również kategoryzowane na zasadzie nadrzędności-podrzędności. W prowadzonym tutaj wywodzie będą używane znaczenia tych terminów nadane przez autorów.

W obrębie dokonywanych analiz przyjmowane są trzy stanowiska określające relację między odpowiadającymi tym terminom zjawiskami: a) traktowanie

* Stanisława Byra; Instytut Pedagogiki UMCS w Lublinie, ul. Narutowicza 12, 20-004 Lublin; tel.: +48 81 5376301; e-mail: stanislawa.byra@poczta.umcs.lublin.pl

akceptacji niepełnosprawności i pomyślnej adaptacji do życia z niepełnosprawnością jako synonimów (Li, Moore, 1998); b) uznawanie akceptacji niepełnosprawności jako wskaźnika pomyślnej adaptacji do życia z niepełnosprawnością (Elliott i in., 2000; Smedema, Ebener, 2010); c) przyjmowanie akceptacji niepełnosprawności jako predyktora adaptacji do życia z niepełnosprawnością (Larkowa, 1987; Livneh, Antonak, 1997; Ferrin i in., 2011). Pierwsze stanowisko opiera się w głównej mierze na procesualnym rozumieniu zjawiska akceptacji/adaptacji i przyjmowaniu założeń o stopniowym osiągnięciu równowagi w relacji jednostka–środowisko, w kontekście posiadania niepełnosprawności. Akceptowanie niepełnosprawności i wywoływanych przez nią konsekwencji jest równoznaczne z adaptowaniem się do wielopłaszczyznowych zmian, będących skutkiem niekorzystnych przeobrażeń sprawności. Złożona natura tego procesu obejmuje swoistą reorganizację w postrzeganiu dysponowanych przez jednostkę możliwości, wymogów środowiska oraz zachodzącej między nimi interakcji (Li, Moore, 1998). Drugie stanowisko określające wskaźnikowy charakter akceptacji niepełnosprawności również odnosi się do procesualnego ujęcia adaptacji do życia z niepełnosprawnością. Przytaczane tutaj rozumienie akceptacji niepełnosprawności nie jest jednak jednolite i bezpośrednio wynika z przyjmowanej teorii czy koncepcji adaptacji/przystosowania. W ramach wczesnych koncepcji stadialno-fazowych akceptacja niepełnosprawności traktowana jest jako pożądany i finalny etap sekwencyjnie zachodzącego procesu przystosowania się do życia z nabytymi ograniczeniami, poprzedzony stadiami adaptacyjnymi głównie o psychopatologicznej naturze. Progresywny charakter procesu przystosowania wiązał się z uznaniem, że akceptacja niepełnosprawności może być osiągnięta jedynie w rezultacie przejścia człowieka przez wcześniejsze stadia, wymuszające przepracowanie żalu po stracie, pogrążenie się w smutku itp. Przyjęcie założenia o konieczności doznania reakcji typowo negatywnych dla doświadczenia akceptacji posiadanej niepełnosprawności zostało poddane krytyce (Byra, 2006, 2012). Podważono m.in. zasadność tezy o liniowym charakterze procesu przystosowania oraz poglądu przyjmującego akceptację niepełnosprawności w kategorii stanu, osiąganego w wyniku przejścia przez wcześniejsze etapy zmagania się z reakcjami psychopatologicznymi (Elliott, 1999; Kendall, Buys, 1998). Należy podkreślić, że w teoriach stadialno-fazowych ostatni etap adaptacyjny określany był jako przystosowanie lub akceptacja niepełnosprawności, przy czym definiowanie przystosowania najczęściej obejmowało akceptację niepełnosprawności. Co istotne, rozumienie akceptacji niepełnosprawności przyjmowane w ramach tych modeli przystosowania paradoksalnie wiązało się z dość pesymistycznym wizerunkiem osoby. Z jednej bowiem strony przyjmuje się, że człowiek uznał niepełnosprawność za jedną ze swoich cech, jako element składowy obrazu siebie, pomyślnie radzi sobie z negatywnymi jej konsekwencjami, wypracował sposoby zaspokajania własnych potrzeb. Jednakże z drugiej strony, nakreślona interpretacja finalnego etapu przystosowania wskazuje na pozorną

pomyślność wynikającą z zaakceptowania niepełnosprawności, gdyż uniemożliwia ona optymalne funkcjonowanie osoby i zadowolenie z życia (Kowalik, 2007; Byra, 2006, 2012; Smart, 2001).

W obrębie wahadłowych teorii przystosowania, zakładających możliwość naprzemiennego występowania różnorodnych przeżyć i doświadczeń, powracania do wcześniejszych faz, akceptacja niepełnosprawności ujmowana jest w kontekście rozważań nad przemianami *selfu* po doznaniu niepełnosprawności (Yoshida, 1993). Rozumiana jest w kategorii procesu zachodzącego w ramach dynamicznej rekonstrukcji *selfu*, jego wahadłowego przechodzenia od *selfu* sprzed nabycia niepełnosprawności (*self pre-disability*) do *selfu* obecnego, włączającego niepełnosprawność (*self post-disability*), przy okresowym zatrzymywaniu się i osiąganiu *selfu* tymczasowego (*middle self*). Akceptacja niepełnosprawności określa stopień przystosowania, cechuje się dynamiczną naturą i kształtuje w ramach permanentnych przeobrażeń struktury *selfu* (tamże). Oznacza pogodzenie się ze złożonością szeregu zachodzących zmian, zmierzających do uznawania niepełnosprawności jako stałego elementu *selfu*. Doświadczenie akceptacji niepełnosprawności, nierzadko tymczasowe, uzależnione jest zatem od zmian w obrazie siebie i wyraża się w stopniowej integracji doznawanych przeobrażeń ciała i jego poznawczej reprezentacji (Kendall, Buys, 1998). Dokonujące się sukcesywnie pozytywne zmiany w tożsamości przeplatają się z oplakiwaniem strat, psychicznym cierpieniem oraz przewyciężaniem poczucia niepełnowartościowości i niższości (por. Larkowa, 1987). Zasadnie podkreślany w modelach wahadłowych subiektywny charakter reakcji i doświadczeń w rezultacie nabycia niepełnosprawności, napotkał przeszkody natury badawczej, ze względu na mało precyzyjne wskaźniki akceptacji niepełnosprawności, a tym samym – stopnia przystosowania. Trudności w empirycznej weryfikacji wysuniętych w tych modelach założeń znajdują odzwierciedlenie w stosunkowo niewielkim zakresie opracowań naukowych, opartych głównie na danych jakościowych (por. Salick, Auerbach, 2006).

Z kolei interakcyjne teorie przystosowania, obecnie najszerzej eksplorowane, akceptację niepełnosprawności definiują w kategorii jednego z etapów tego procesu, przy czym nie jest on ani stały, ani ostateczny. Zaakceptowanie niepełnosprawności nie oznacza absolutnej aprobaty dla wszelkich ograniczeń i trwałej, bezsprzecznie pozytywnej oceny doznanych wraz z jej nabyciem zmian życiowych. Przyjmuje postać swoistego pogodzenia się z doświadczaną stratą, uznania posiadanych ograniczeń, przy jednoczesnym dostrzeżeniu i docenieniu zachowanych możliwości, składających się na zachowany potencjał rozwojowy. Przykładowa teoria przystosowania z nurtu interakcyjnego autorstwa Hanocha Livneha i Richarda F. Antonaka (1997; Livneh, 2001; por. Byra, 2012) wskazuje na dwa wymiary akceptacji niepełnosprawności: a) poznawczo-emocjonalny (włączenie posiadanej niepełnosprawności w przyjmowany obraz siebie, traktowanie jej jako jednego z elementów postrzegania siebie, stanowi zarów-

no afektywną internalizację funkcjonalnych ograniczeń wewnątrz obrazu siebie, jak też poznawcze reorganizowanie aktualnych i przyszłych konsekwencji wynikających z niepełnosprawności); b) behawioralny (uznanie zachowanych możliwości, wykorzystywanych w wykonywaniu zadań wpisujących się w przystosowanie społeczne, to także reintegracja społeczna z nowymi aspektami funkcjonowania, wytworzonymi przez niepełnosprawność) (Livneh, Antonak, 1997; Livneh, Lott, Antonak, 2004). Akceptacja niepełnosprawności traktowana jest jako rezultat oddziaływania wielu czynników interakcyjnie powiązanych, pochodzących zarówno od osoby, jak i środowiska (Livneh, Antonak, 1997; Livneh, 2001; Livneh, Martz, Bodner, 2006).

Zawarte w przytoczonych orientacjach teoretycznych sposoby rozumienia akceptacji niepełnosprawności mają w głównej mierze charakter postulatyczny, w przeważającej mierze zaproponowanym desygnatom nie przyporządkowano odpowiedników empirycznych. Zatem zjawisko to, mimo osadzonej w teoriach konceptualizacji, nie zostało dotąd wystarczająco zweryfikowane empirycznie. Systematycznemu pomiarowi poddawana jest jedynie interakcyjnie pojmowana akceptacja niepełnosprawności (najczęściej z wykorzystaniem narzędzi diagnozujących szeroko ujmowane reakcje przystosowawcze) bądź akceptacja niepełnosprawności określana na pograniczu dwóch perspektyw: wahadłowej oraz interakcyjnej, z przewagą drugiej z wymienionych (identyfikacja na podstawie narzędzi wywodzących się z teorii akceptacji straty Beatrice Wright).

Dokonywane są także ustalenia w zakresie powiązań akceptacji niepełnosprawności z innymi zmiennymi (psychospołecznymi, związanymi z niepełnosprawnością i socjodemograficznymi). Dowiedziono m.in. pozytywnej korelacji między akceptacją niepełnosprawności a samooceną i emocjonalnym wsparciem (Li, Moore, 1998), adaptacyjnymi zdolnościami rozwiązywania problemów, dyspozycją radzenia zorientowaną na problem (Elliott, 1999; Groomes, Leahy, 2002), pozytywną orientacją na rozwiązanie problemu i poczuciem orientacji na cel (Elliott i in., 2000), poczuciem samoskuteczności (Elliott, 1999; Elliott, Uswate, Lewis, Palmatier, 2000; Attawong, Kovindha, 2005), deklarowanymi przekonaniem religijnymi i społeczną integracją (Snead, Davis, 2002), dłuższym czasem trwania niepełnosprawności (Heinemann, Bulka, Smetak, 1988; Livneh, Martz, 2003), zachowaniami asertywnymi (Joiner, Lovett, Goodwin, 1989), jakością życia (Chen, Crewe, 2009), oceną niepełnosprawności jako sytuacji stresowej w postaci wyzwania (Groomes, Leahy, 2002), zaangażowaniem w czas wolny (Kim i in., 2015), poczuciem lokalizacji kontroli (Livneh, Martz, Turpin, 2000).

Negatywne powiązania ustalono między akceptacją niepełnosprawności a takimi zmiennymi, jak: posiadanie wielorakiej niepełnosprawności, chroniczny ból, wrogość (Li, Moore, 1998), symptomy lęku i depresji (Attawong, Kovindha, 2005; Jiao, Heyne, Lam, 2012; Nicholls i in., 2012). Dowiedziono również znaczenia płci, wieku i wykształcenia w akceptowaniu niepełnosprawności. Kobie-

ty bardziej akceptowały swoją niepełnosprawność (Woodrich, Patterson, 1983; Nicholls i in., 2012; Chen, Brown, Kotbungkair, 2015; por. Konieczna, 2015), z kolei wyższe wykształcenie pozostawało w związku z większym nasileniem akceptacji niepełnosprawności (Woodrich, Patterson, 1983). Osoby młodsze cechowały się wyższym natężeniem akceptacji niepełnosprawności, niezależnie od czasu trwania tej ostatniej (tamże; Heinemann, Bulka, Smetak, 1988).

Teoretyczne podstawy skali

Odmienne w stosunku do przedstawionych wcześniej rozumienie akceptacji niepełnosprawności dostarcza teoria akceptacji straty Beatrice Wright. Można ją umieścić na pograniczu dwóch modeli adaptacji/przystosowania do życia z niepełnosprawnością: wahadłowych i interakcyjnych. Jak podkreślają Kelly C. Keany i Robert L. Glueckauf (1993), pomimo tego, że powstało dotychczas wiele opracowań na temat konsekwencji nabycia niepełnosprawności, teoria straty Wright wciąż zajmuje centralne miejsce na gruncie psychologii rehabilitacji i studiów nad niepełnosprawnością. Zgodnie z założeniami tej teorii akceptacja straty odzwierciedla proces zmian w wartościach, wymagający od człowieka uznania wartości innych niż dotąd przyjmowane i pozostające w konflikcie z nabytą niepełnosprawnością (Wright, 1983; por. Li, Moore, 1998). Wyjściowa teza zakłada, że akceptacja niepełnosprawności opiera się na pomyślnym procesie radzenia sobie i przekonaniu o zachowaniu warunków niedewaluujących. Nieuleganie konsekwencjom niepełnosprawności, a raczej konstruktywne radzenie sobie w postaci m.in. dążenia do sprawowania kontroli nad aktualnym i przyszłym życiem, dostrzegania osobistych osiągnięć, identyfikowania zasobów, interpretowania wszelkich niepowodzeń w odpowiedniej perspektywie czy nadawania pozytywnego znaczenia napotykanym barierom społecznym i fizycznym, toruje niejako drogę do akceptowania niepełnosprawności. Najogólniej rzecz ujmując, akceptacja niepełnosprawności utożsamiana jest tutaj z postrzeganiem własnej niepełnosprawności w sposób niedewaluujący (Wright, 1983, za: Dunn, 2015). Według Wright (1983, za: Dunn, 2015) powinna być interpretowana nie na zasadzie „wszystko albo nic” (pełnej akceptacji lub braku akceptacji), lecz w odniesieniu do pewnego kontinuum, na którym wyższe stopnie akceptacji niepełnosprawności wiążą się z bardziej konstruktywnymi strategiami zaradczymi.

W teorii tej niepełnosprawność percypowana jest w kategorii „straty wartości”, istotnego warunku sprzyjającego pomniejszaniu znaczenia posiadanych zdolności, a nawet dewaluacji siebie jako osoby. Konieczne jest zatem dokonywanie zmian w dotychczas preferowanym systemie wartości, mających na celu uniemożliwienie lub ograniczenie tej dewaluacji oraz tworzenie warunków do optymalnego funkcjonowania człowieka w poszczególnych obszarach życiowych. Akceptacja niepełnosprawności odnosi się więc do takiego przystosowania systemu wyznawanych wartości, by faktyczne lub postrzegane straty wyni-

kające z niepełnosprawności nie wpływały negatywnie na wartość zachowanych zdolności (za: Keany, Glueckauf, 1993, s. 200). Odzwierciedla niejako korektę przyjmowanego systemu wartości w kierunku dostrzegania i uznania posiadanych możliwości oraz potencjalnych warunków rozwojowych. W ujęciu Wright (1965, s. 126) transformacja na płaszczyźnie wartości wyraża się w następującym przekonaniu: „niepełnosprawność nadal może być uważana za niewygodę i ograniczenie, ale jednostka dąży do poprawienia tego, co da się poprawić, a to w rezultacie ma ułatwić pewne aspekty jej życia i spowodować, że nie będzie się czuła poniżona, nie będzie cierpiała wstydu, ukrywania i maskowania stanu, w jakim się znajduje”.

W kontekście przywołanych założeń akceptacja niepełnosprawności traktowana jest procesualnie i obejmuje cztery współzależne od siebie zmiany wartości:

- a) poszerzenie zakresu wartości (*enlargement of scope of values*);
- b) uznanie właściwości fizycznych za wartość drugorzędą (*subordination of physique*);
- c) ograniczanie skutków niepełnosprawności (*containment of disability effects*);
- d) przekształcanie wartości względnych na wartości stałe, wykorzystywanie innych niż dotychczas kryteriów wartościowania, niesprowadzającego się do porównywania z innymi (*transformation from comparative to asset values*) (Wright, 1983; por. Larkowa, 1987).

Poszerzenie zakresu wartości odnosi się do zdolności osoby do postrzegania wartości w zdolnościach i celach, które nie zostały utracone w wyniku nabycia uszkodzenia. Tego typu zmiana stanowi swoiste antidotum na nasilone zaabsorbowanie stratą po doznaniu niepełnosprawności i związanych z nią ograniczeń. Wright (1983) sugeruje, że zwiększanie zakresu wartości rozpoczyna się od rozpoznawania przez osobę istotności innych wartości niż te uznawane za utracone. Rozpoznanie takie stymulowane jest różnorodnymi doświadczeniami, m.in. potrzebą zarządzania działaniami, czynnościami dnia codziennego, czy poszukiwaniem ulgi od bycia przepełnionym żalem, przeciążonym tęsknotą za przeszłym życiem. Odnajdywanie sensu w pewnych zdolnościach, zdarzeniach, sytuacjach, celach prowadzi do stopniowego poszerzania zakresu wyznawanych wartości, które dostrzeżone, a niedotknięte niepełnosprawnością zyskują wystarczającą rangę, by zmienić pozycję w preferowanym systemie aksjologicznym. W rezultacie osoba kładzie nacisk na realizację możliwych do osiągnięcia wartości, mimo posiadanych ograniczeń wynikających z niepełnosprawności (Wright, 1965, 1983; por. Keany, Glueckauf, 1993; Dunn, 2015).

Uznanie właściwości fizycznych za wartość drugorzędą wiąże się z reformułowaniem własnej oceny dokonywanej przez osobę z niepełnosprawnością. Kształtowanie jej dokonuje się na podstawie nie tyle cech czy właściwości fizycznych, ile нефizycznych atrybutów i zdolności zawierających się w osobowości, posiadanych talentów (np. wytrwałości, inteligencji). Zmiana ta wyra-

za się w sukcesywnym zmniejszaniu znaczenia cech fizycznych w zestawieniu z innymi właściwościami charakteryzującymi człowieka. Inaczej mówiąc, odzwierciedla się w przeniesieniu koncentracji z fizycznej atrakcyjności na cechy tworzące unikalny obraz osoby. Jej wprowadzenie i umacnianie jest utrudnione ze względu na przyjmowane w społeczeństwie standardy piękna, dyspozycyjności, sprawności, a także oczekiwania dotyczące wyglądu zewnętrznego. Odczuwalny nacisk społeczny wymaga od człowieka szczególnej koncentracji i wytrwałości w dostrzeganiu znaczenia posiadanych zdolności i umiejętności niezwiązanych z fizycznością dla dokonywanej oceny własnej osoby (Wright, 1965, 1983; por. Dunn, 2015).

Ograniczanie skutków niepełnosprawności jest płaszczyzną zmiany wartości, nawiązującą bezpośrednio do możliwego, aczkolwiek niepożądanego wpływu posiadanej niepełnosprawności na całościowo pojmowane funkcjonowanie. Wright (1983) zwraca uwagę na stosunkowo silną tendencję do postrzegania niepełnosprawności wykraczającego poza rzeczywiste jej konsekwencje. Opisuje tzw. efekt rozprzestrzeniania, mogący wystąpić w sytuacji traktowania przez człowieka posiadanej niepełnosprawności jako kluczowej cechy, która może bezpośrednio i dalekosiężnie wpłynąć na inne właściwości osoby i poszczególne aspekty jej funkcjonowania. Tego typu zmiana wartości wyraża się w postrzeganiu niepełnosprawności jako jednej z cech, występującej, ale nie decydującej, nie najważniejszej w definiowaniu własnej osoby (Wright, 1965, 1983; por. Keany, Glueckauf, 1993; Dunn, 2015).

Przekształcanie wartości względnych na wartości stałe to pewna transformacja wartości wyrażająca się, najogólniej ujmując, w rozpoznawaniu przez osobę swoich unikalnych cech i zdolności bez dokonywania porównań do zewnętrznego, często nieosiągalnego standardu czy przyjmowanego wzorca. Polega na zmianie standardów i kryteriów oceniania cech osobistych, nieodnoszonych do tych nakreślonych przez otoczenie zewnętrzne. Zdaniem Wright (1983), tego typu zmiana wartości ma umożliwić ponowne, pomyślne określenie ram niepełnosprawności i prowadzić do „uwolnienia ludzi, by mogli zachowywać się w sposób czerpiący korzyści z ich własnych cech, zamiast tych uważanych za powszechny standard” (tamże, s. 49). Akceptacja niepełnosprawności uwalnia zatem od ujemnej oceny siebie ze względu na posiadaną niepełnosprawność.

Podsumowując, Wright (1965, 1983) rozumie akceptację niepełnosprawności jako pewien wewnętrzny, dynamiczny i trwający w czasie proces dokonywania zmian w przekonaniach i wartościach osoby. Uznaje go za istotny (a nawet decydujący) w tworzeniu warunków do pomyślnego przystosowania się do życia z niepełnosprawnością.

Dotychczas zjawisko akceptacji niepełnosprawności w rozumieniu zaproponowanym przez Wright było weryfikowane empirycznie głównie za pomocą Skali Akceptacji Niepełnosprawności (*Acceptance of Disability Scale*) Donalda C. Linkowskiego (1971). Należy ona do najbardziej popularnych narzędzi

wykorzystywanych do diagnozowania tego zjawiska. Podstawowa wersja tej skali stosowana od lat 70. XX w. mierzy ogólną akceptację funkcjonalnych ograniczeń człowieka, ale nie pozwala ocenić poszczególnych płaszczyzn zmian wartości określonych przez Wright. Uzyskiwane za pomocą tej skali dane dają możliwość interpretacji akceptacji straty z perspektywy jednowymiarowej, dostarczając informacji jedynie na temat nasilenia akceptacji niepełnosprawności. To podstawowy zarzut kierowany względem tego narzędzia. Kelly C. Keany i Robert L. Glueckauf (1993) wyrażają nawet wątpliwość, czy skala ta rzeczywiście mierzy akceptację niepełnosprawności. Wysunięto dodatkowe zastrzeżenia odnoszące się do stosunkowo niewielkiej próby badanych, na której wynikach zostały ustalone właściwości psychometryczne, a także do sposobu przeprowadzonej analizy czynnikowej oraz uzyskanej w jej rezultacie mało zwartej struktury akceptacji niepełnosprawności (tamże; Ferrin i in., 2011). Wobec formułowanych zarzutów podjęto prace doskonalące. Sprawdzone m.in. zbieżność itemów z procesami specyficznych przesunięć wartości zdefiniowanych przez Wright w teorii akceptacji straty, adekwatność wyodrębnionych podskal w stosunku do zawartości treściowej tych przesunięć, a także przebadano większą liczbę osób niż w przypadku badań nad pierwotną wersją skali. W 2007 r. opublikowano nową wersję skali pod nazwą Zrewidowana Skala Adaptacji do Niepełnosprawności (*The Adaptation to Disability Scale Revised ADS-R*) o zadowalających właściwościach psychometrycznych. Jak wskazują Darlene A. Groomes i Donald C. Linkowski (2007), zmieniona nazwa w większym stopniu odzwierciedla współczesne myślenie o niepełnosprawności, sugerujące, że osoba nie musi mieć potrzeby osiągnięcia akceptacji posiadanej niepełnosprawności, lecz ma przystosować się do życia z niepełnosprawnością, dążąc do spójności w relacji: człowiek–środowisko. Badacze oparli się na założeniach teorii akceptacji straty Wright i modyfikując itemy skali, skoncentrowali się na wyodrębnionych przez nią zmianach wartości. Niemniej badanie akceptacji niepełnosprawności wyrażającej się w przeobrażeniach wartości za pomocą tego narzędzia jest ograniczone przez niekompletne testowanie głównych komponentów teorii akceptacji straty.

Uzasadnione jest zatem przybliżenie narzędzia stworzonego do empirycznego zweryfikowania kombinacji wszystkich czterech zmian wartości wyrażających akceptację niepełnosprawności, opisanych przez Wright. Możliwość uchwycenia zakresu zmian w preferowanych wartościach w kontekście posiadanej niepełnosprawności i wynikających z niej konsekwencji jest o tyle istotna, że wciąż nie zostały wystarczająco zidentyfikowane i opisane uwarunkowania dokonywanych przez osoby z niepełnosprawnością niezbędnych przeobrażeń na poszczególnych obszarach życiowych. Określenie natężenia kluczowych przewartościowań, a tym samym stopnia akceptacji posiadanej niepełnosprawności, ma znaczenie nie tylko poznawcze, lecz także terapeutyczno-rehabilitacyjne.

Oryginalna wersja skali

Oryginalna wersja kwestionariusza została opublikowana w 2011 r. jako Wielowymiarowa Skala Akceptacji Straty (*Multidimensional Acceptance of Loss Scale*). Autorzy, podkreślając znaczenie kategorii akceptacji niepełnosprawności na gruncie badań nad niepełnosprawnością oraz w praktyce rehabilitacyjnej, przyjęli jej rozumienie zgodnie z założeniami teorii akceptacji straty Wright. Zaakcentowali wciąż centralne miejsce tej teorii w wyjaśnianiu zjawiska przystosowania do życia z niepełnosprawnością, zwłaszcza w kontekście dokonujących się w jego ramach przeobrażeń, niezbędnych do osiągnięcia optymalnych efektów rozwojowych. Zbieżnie z poglądami Wright pojęcie akceptacji niepełnosprawności odnieśli do procesu stopniowej przebudowy systemu wartości, ukierunkowanego na kształtowanie nowej i pozytywnej koncepcji siebie oraz realizację celów zapewniających rozwój mimo posiadanych ograniczeń. Wobec konceptualnych i metodologicznych nieścisłości charakteryzujących dotychczasowe narzędzie do pomiaru akceptacji niepełnosprawności, stworzone przez Linkowskiego, opracowali nową skalę. Zgodnie z intencją badaczy zaproponowane narzędzie ma umożliwić lepszą niż dotychczas empiryczną weryfikację założeń teorii akceptacji straty Wright, a odnoszących się do przemian wartości wyznaczających akceptację niepełnosprawności. Co istotne, zaakcentowali w nim wielowymiarową naturę tego zjawiska.

Punktem wyjścia przy konstruowaniu nowego narzędzia była wnikliwa analiza założeń tej teorii, dokonano również przeglądu literatury dotyczącej psychospołecznego przystosowania do życia z niepełnosprawnością. Opracowano zestaw itemów, który został skonsultowany z Wright oraz siedmioma ekspertami, wybranymi spośród badaczy specjalizujących się w problematyce przystosowania/adaptacji do życia z niepełnosprawnością lub chorobą przewlekłą. Na podstawie uwag i rekomendacji ekspertów sześć itemów wyeliminowano, a kilka przeformułowano na bardziej czytelne. Rezultatem tej procedury było ustalenie listy 60 itemów z równą liczbą twierdzeń odnoszących się do każdej z czterech płaszczyzn zmian wartości, opisanych przez Wright. Do oceny poszczególnych itemów użyto czterostopniowej skali: 1. Zdecydowanie się nie zgadzam; 2. Nie zgadzam się; 3. Zgadzam się; 4. Zdecydowanie zgadzam się. Przygotowana w ten sposób ostateczna wersja skali została sprawdzona pod względem właściwości psychometrycznych. Badania zostały przeprowadzone wśród osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego.

Badani byli rekrutowani z Kanadyjskiego Stowarzyszenia Paraplegików, mającego 10 oddziałów w dziewięciu anglojęzycznych prowincjach Kanady, a także uwzględniono dodatkowe cztery oddziały. Po 150 zestawów kwestionariuszy zostało losowo rozdzielonych do każdego oddziału i dostarczonych przez pracowników (opiekunów, rehabilitantów) do osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Zastosowano następujące kryteria selekcji badanych: a) wiek 18 lat i powyżej;

b) życie/funkcjonowanie w społeczeństwie, c) zdolność do czytania i pisania w języku angielskim. W grupie badanych przeważali mężczyźni (77%), średnia wieku wyniosła 46,9 ($SD = 15,5$). Czas trwania niepełnosprawności badanych sytuował się w przedziale od 1 do 59 miesięcy ($M = 16,73$; $SD = 12,45$). Prawie połowa respondentów (49%) deklarowała bycie w związku małżeńskim/partnerskim. Wykształcenie badanych było zróżnicowane, z największą liczebnością osób, które przeszły średni poziom edukacji. Większość badanych była zatrudniona, niemniej tylko 20% osób w pełnym wymiarze czasu pracy (Ferrin i in., 2011).

Przeprowadzona analiza czynnikowa dostarczyła wsparcia dla wielowymiarowej struktury testowanej skali, dając podstawy do wyodrębnienia czterech czynników wyjaśniających łącznie 50% całkowitej wariancji wyników. Ustalone czynniki okazały się adekwatne do zawartości treściowej poszczególnych zmian wartości zaproponowanych przez Wright. Pierwszy czynnik, określony jako *Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości* (I) wyjaśniał 30% całkowitej wariancji wyników ($M = 3,23$, $SD = 0,44$, alfa Cronbacha = 0,88). Drugi wyodrębniony czynnik – *Poszerzenie zakresu wartości* (II) wyjaśniał 8% całkowitej wariancji wyników ($M = 2,80$, $SD = 0,60$, alfa Cronbacha = 0,87). Czynnik trzeci związany z *przeformulowaniem wartości względnych na wartości stałe* (III) wyjaśniał 6% całkowitej wariancji wyników ($M = 3,29$; $SD = 0,52$, alfa Cronbacha = 0,88). Natomiast ostatni wyodrębniony czynnik – *ograniczanie skutków niepełnosprawności* (IV) wyjaśniał 5% całkowitej wariancji wyników ($M = 3,15$, $SD = 0,43$, alfa Cronbacha = 0,80). Wyodrębnione czynniki tworzące poszczególne podskale o zróżnicowanej liczbie itemów (I = 12; II = 10; III = 11; IV = 9) uzyskały zadowalające wskaźniki rzetelności (tamże).

Przeprowadzona przez badaczy analiza skupień umożliwiła ustalenie trzech odrębnych profili akceptacji niepełnosprawności o wysoce homogenicznej strukturze tworzących je respondentów. Pierwsze skupienie nakreśliło profil wysokiej akceptacji niepełnosprawności, w jego skład weszli badani cechujący się wysokimi wynikami we wszystkich czterech podskalach. Drugie skupienie charakteryzujące profil umiarkowanej akceptacji niepełnosprawności obejmowało grupę badanych, którzy sytuowali się w górnym przedziale wyników w podskalach: *Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości*, *Ograniczanie skutków niepełnosprawności* oraz otrzymali przeciętne wyniki w dwóch pozostałych podskalach: *Poszerzenie zakresu wartości*, *Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe*. Z kolei trzecie skupienie określające profil niskiej akceptacji niepełnosprawności skoncentrowało badanych z niskimi wynikami we wszystkich czterech podskalach. Przy użyciu analizy wariancji badacze dowiedli, że natężenie samooceny oraz jakości życia badanych różni się istotnie statystycznie w zależności od poziomu akceptacji niepełnosprawności. Osoby z wysoką akceptacją niepełnosprawności cechowały się znacząco wyższą samooceną oraz jakością życia w porównaniu z osobami z umiarkowanym lub

niskim poziomem akceptacji posiadanych ograniczeń (tamże). Zdaniem badaczy, uzyskane rezultaty dostarczają argumentów do uznania, że zaproponowane narzędzie diagnostyczne adekwatnie odzwierciedla wielowymiarową strukturę akceptacji niepełnosprawności. Zadawalające właściwości psychometryczne uzasadniają jego wykorzystanie w celu weryfikowania czterech, wyodrębnionych w ramach akceptacji straty, przemian wartości. Obecnie jest to jedyne narzędzie, które pozwala na analizę wszystkich płaszczyzn przeformułowywania wartości opisanych w teorii akceptacji straty Wright (za: tamże).

Opracowanie polskiej wersji językowej

Prace walidacyjne rozpoczęto od przekładu skali – instrukcji oraz itemów, który obejmował translację i retranslację. Po uzyskaniu zgody autorów *Multidimensional Acceptance of Loss Scale* została ona przetłumaczona przez trzech niezależnych tłumaczy na język polski. Wszystkie przetłumaczone itemy przedyskutowano i przyjęto ich uzgodnioną wersję, najlepiej oddającą istotę zawartych w nich wyrażen. Następnie zostały one poddane tłumaczeniu zwrotnemu (retranslacji) przez kolejnych trzech tłumaczy, którzy oprócz znajomości języka angielskiego mieli również wykształcenie pedagogiczne (trzy osoby) i psychologiczne (dwie z nich), na podstawie przydzielonego im jednego z trzech tłumaczeń. Dyskusyjne kwestie językowe dotyczyły kilku itemów, których przekład podlegał wielokrotnemu uściśleniu. Skala utworzona w rezultacie tych uzgodnień treści itemów została przeanalizowana przez sędziów kompetentnych (czworo pedagogów specjalnych i dwóch psychologów rehabilitacji), którzy wprowadzili nieznaczne modyfikacje w czterech itemach. Ich treść nadal była zgodna z tłumaczeniem, niemniej bardziej czytelnie oddawała prezentowane w nich odniesienie do posiadanej niepełnosprawności.

Eksperymentalną wersję narzędzia, po konsultacji z autorami oryginalnej jego wersji, opatrzono nazwą *Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności* (WSAUS). Została ona wykorzystywana w badaniach walidacyjnych, w których ustalano jej właściwości psychometryczne.

Właściwości psychometryczne polskiej wersji WSAUS

Ustalenie psychometrycznych właściwości polskiej wersji *Multidimensional Acceptance of Loss Scale* obejmowało następujące etapy: a) analiza struktury wewnętrznej; b) oszacowanie rzetelności i stabilności narzędzia; c) ustalanie trafności kwestionariusza: teoretycznej, zbieżnej i kryterialnej.

Grupa badanych

Weryfikacja charakterystyki psychometrycznej narzędzia została przeprowadzona na grupie 283 osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową (177 – 62,54%

osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego i 106 – 37,46% osób po amputacji kończyny dolnej). Wśród badanych były 124 (43,81%) kobiety oraz 159 (56,19%) mężczyźni. Wartość średniej wieku badanych to 46,33 ($SD = 13,24$). Średni wiek nabycia uszkodzenia wyniósł 31,61 ($SD = 15,65$). Z kolei średni czas trwania niepełnosprawności to 11,02 lata ($SD = 9,52$), przedział czasowy posiadania niepełnosprawności obejmował od 11 miesięcy do 28 lat. W zdecydowanej większości badani pochodzili z miasta (229 – 80,92%). Stan cywilny badanych przedstawiał się następująco: 79 (27,91%) – osoby samotne; 116 (40,99%) – pozostający w związku małżeńskim; 54 (19,08%) – rozwiedzeni; 12 (4,24%) – w separacji; 19 (6,71%) – osoby owdowiałe. Struktura wykształcenia badanych: wyższe (38 – 13,43%), niepełne wyższe (66 – 23,32%), średnie (125 – 44,17%), zawodowe (42 – 14,84%), podstawowe (12 – 74,24%).

Struktura wewnętrzna kwestionariusza

Itemy skali poddano eksploracyjnej analizie czynnikowej metodą głównych składowych z ortogonalną rotacją *Varimax*. Zasadność wyboru modelu analizy czynnikowej została potwierdzona formalnie – wskaźnikiem KMO (0,91) oraz testem sferyczności Bartletta ($\chi^2 = 16,21$; $p < 0,001$). Przy uwzględnieniu kryterium Kaisera oraz wykresu osypiska, a także biorąc pod uwagę oryginalną wersję skali, wyodrębniono cztery czynniki, które łącznie wyjaśniają 56,6% całkowitej wariancji wyników (zob. tabela 1 i 2).

Tabela 1. Wartości własne i procent wyjaśnianej wariancji wyodrębnionych czynników

Czynnik	Wartość własna	% wariancji	% skumulowany
1	8,84	31,06	21,06
2	5,89	14,03	35,08
3	2,58	6,16	41,25
4	2,25	5,35	46,60

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Wyniki eksploracyjnej analizy czynnikowej przeprowadzonej dla WSAUS

Numer pozycji	Czynnik I	Czynnik II	Czynnik III	Czynnik IV
1	0,21	0,05	0,22	0,48
2	0,28	0,07	0,52	0,14
3	-0,19	-0,64	0,11	-0,11
4	-0,36	-0,49	0,35	-0,22
5	0,69	-0,03	0,10	-0,09
6	0,20	-0,13	0,54	0,30

Numer pozycji	Czynnik I	Czynnik II	Czynnik III	Czynnik IV
7	0,06	-0,08	0,70	-0,13
8	0,09	-0,48	0,27	-0,34
9	0,45	-0,02	0,25	-0,43
10	0,03	-0,49	0,19	0,09
11	0,27	-0,00	0,23	0,46
12	0,12	0,17	-0,14	0,47
13	0,74	0,06	0,03	-0,01
14	0,70	-0,15	0,07	-0,06
15	-0,02	0,35	-0,52	-0,22
16	0,05	-0,80	-0,07	0,18
17	0,26	-0,06	0,11	0,45
18	0,21	-0,46	-0,11	0,01
19	0,16	-0,06	0,02	0,46
20	0,68	-0,05	0,11	-0,02
21	-0,06	-0,49	0,02	0,18
22	0,79	-0,11	0,00	0,10
23	0,57	-0,10	0,30	0,37
24	0,19	0,04	0,03	0,42
25	-0,17	0,25	-0,54	-0,03
26	-0,23	0,33	-0,47	0,23
27	0,02	0,09	-0,53	-0,39
28	0,17	-0,03	-0,05	0,45
29	0,72	-0,13	0,03	0,07
30	0,64	-0,05	0,28	0,31
31	-0,06	0,39	-0,52	-0,13
32	-0,08	0,43	0,10	0,47
33	-0,14	-0,69	-0,16	0,03
34	0,56	-0,34	0,02	-0,00
35	0,13	-0,59	-0,16	0,15
36	0,27	-0,11	0,13	0,46
37	0,35	-0,04	0,39	0,53
38	-0,04	0,37	-0,45	-0,01
39	-0,17	0,33	-0,56	-0,17
40	-0,29	0,32	-0,50	-0,17
41	0,25	-0,10	0,20	0,51
42	-0,24	-0,62	0,10	0,15

Źródło: opracowanie własne.

Bazując na określeniach poszczególnych podskal w oryginalnej wersji skali, wyodrębnione czynniki nazwano następująco: czynnik I – *Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości*, czynnik II – *Poszerzenie zakresu wartości*, czynnik III – *Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe*, czynnik IV – *Ograniczanie skutków niepełnosprawności*. Przyjęta wartość ładunku czynnikowego, dającego podstawę włączenia danego itemu do podskali, wynosi 0,45. Nieco niższe w porównaniu z pozostałymi podskalami ładunki czynnikowe itemów w podskali *Ograniczanie skutków niepełnosprawności* wskazują na jej nieco słabszą spójność wewnętrzną. Niemniej uzyskane tutaj wyniki nie różnią się zbytnio od wartości ładunków czynnikowych otrzymanych w tej podskali w ramach oryginalnej wersji skali. Należy przy tym wskazać na uzyskaną nieco wyższą zbieżność wewnętrzną podskali *Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości*, w porównaniu z jej wersją oryginalną (zob. Ferrin i in., 2011, s. 169). Wystąpiły ponadto niewielkie różnice między oryginalną i polską wersją skali w zakresie przypisania itemów do poszczególnych podskal. Na przykład item 7: „Im mniej myślę o swojej niepełnosprawności, tym łatwiej jest mi zrobić krok naprzód” został włączony do czynnika III odnoszącego się do *Przekształcenia wartości względnych na wartości stałe*. W oryginalnej wersji skali item ten wchodzi do podskali *Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości*. Item 24: „Jestem zdeterminowany/a, by wykonywać moją część obowiązków domowych, zamiast koncentrować się na tym, czego nie mogę robić” pierwotnie włączony został do podskali *Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości*, w polskiej wersji natomiast służy do zidentyfikowania przemiany wartości w postaci *Ograniczania skutków niepełnosprawności*. Do tej podskali został również włączony w polskiej wersji skali item 32: „Gdy jestem wśród innych ludzi, staram się nie pokazywać, że wkładam wiele wysiłku w wykonywane czynności”, który w wersji oryginalnej wchodzi w skład czynnika: *Przekształcenie wartości względnych na wartości stałe*.

Statystyki opisowe podskal kwestionariusza

W tabeli 3 przedstawiono statystyki opisowe dla wyodrębnionych podskal obliczone dla całej grupy badanych. Ustalono je również odrębnie dla osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz po amputacji kończyny dolnej (zob. tabela 4).

Rzetelność i stabilność skali WSAUS

W celu ustalenia wskaźników rzetelności narzędzia wykorzystano metodę zgodności wewnętrznej α Cronbacha i podziału połówkowego Guttmana. Wskaźniki te zostały obliczone dla poszczególnych podskal (zob. tabela 5).

Otrzymane współczynniki rzetelności są wysokie i wskazują na zadowalającą spójność wyodrębnionych podskal. Podobnie jak w wersji oryginalnej skali,

Tabela 3. Statystyki opisowe dla podskal WSAUS (cała próba badanych: $N = 283$)

Numer podskali	Liczba itemów	Min.	Max.	M	SD	Mediana	Skośność	Kurtoza	Wariancja
I	10	1,20	4,00	3,01	0,53	2,90	-0,71	1,25	0,28
II	10	1,10	4,00	2,67	0,54	2,30	0,50	0,41	0,29
III	11	1,67	3,91	2,78	0,41	2,81	-0,03	-0,05	0,17
IV	11	1,00	4,00	3,11	0,39	2,83	-0,75	1,49	0,15

I – Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; II – Poszerzenie zakresu wartości; III – Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; IV – Ograniczanie skutków niepełnosprawności

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Statystyki opisowe dla podskal WSAUS (badani z uszkodzeniem rdzenia kręgowego: $N = 177$; badani po amputacji kończyny dolnej: $N = 106$)

Numer podskali	Min.	Max.	M	SD	Mediana	Wariancja	Skośność	Kurtoza
Badani z uszkodzeniem rdzenia kręgowego								
I	1,20	4,0	3,22	0,50	2,90	0,25	-0,64	0,96
II	1,20	4,0	2,50	0,51	2,40	0,26	0,44	0,52
III	1,91	3,98	2,80	0,39	2,82	0,15	0,39	0,45
IV	1,00	3,90	3,29	0,36	2,73	0,13	-0,60	1,65
Badani po amputacji kończyny dolnej								
I	1,30	3,90	2,83	0,58	2,85	0,33	-0,60	0,48
II	1,10	3,90	2,70	0,51	2,40	0,34	0,63	0,38
III	1,73	3,90	2,67	0,45	2,55	0,20	-0,16	0,66
IV	1,40	3,97	3,03	0,44	2,91	0,19	-0,67	0,72

I – Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; II – Poszerzenie zakresu wartości; III – Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; IV – Ograniczanie skutków niepełnosprawności

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Wartości współczynników α Cronbacha i Guttmanadla poszczególnych podskal WSAUS

Numer podskali	α Cronbacha	Guttman
I	0,89	0,88
II	0,88	0,86
III	0,86	0,83
IV	0,79	0,75

I – Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; II – Poszerzenie zakresu wartości; III – Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; IV – Ograniczanie skutków niepełnosprawności

Źródło: opracowanie własne.

podskala *Ograniczanie skutków niepełnosprawności* cechuje się najniższą w stosunku do pozostałych podskal spójnością wewnętrzną, co sygnalizowano już w wcześniejszej części opracowania. Obliczono również wskaźnik stabilności bezwzględnej (stałości) na podstawie przeprowadzonego dwukrotnie badania tych samych osób (test – retest) w odstępie dwóch tygodni ($N = 42$). Uzyskane współczynniki korelacji mieszczą się w przedziale 0,61–0,88. Najniższa korelacja dotyczy podskali: *Ograniczanie skutków niepełnosprawności* (zob. tabela 6). Otrzymane dane uprawniają do stwierdzenia o satysfakcjonującej stabilności narzędzia.

Tabela 6. Współczynniki korelacji: test – retest ($N = 42$)

Numer podskali	<i>r Pearsona</i>
I	0,88***
II	0,82**
III	0,87***
IV	0,61**

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

Źródło: opracowanie własne.

Trafność kwestionariusza

W ramach sprawdzania właściwości psychometrycznych narzędzia ustalano również jego trafność: teoretyczną, zbieżną i kryterialną. Trafność teoretyczna opiera się (i bezpośrednio z niego wynika) na założeniu o wielowymiarowym charakterze zjawiska, jakim jest akceptacja niepełnosprawności, niesprowadzalnym do jednego charakterystycznego parametru. Budowa skali została przeprowadzona z konkretnej teorii – teorii akceptacji straty Wright (1965, 1983) i przyjętego w niej rozumienia akceptacji niepełnosprawności, osiągananej w rezultacie przeobrażeń wartości na czterech płaszczyznach. Złożona struktura tego zjawiska została potwierdzona rezultatami analizy czynnikowej.

Trafność zbieżna wyraża stopień, w jakim korelują ze sobą różne narzędzia badawcze, mierzące tę samą zmienną (Drwal, 1995). Trafność zbieżna została ustalona na podstawie korelacji WSAUS z innymi narzędziami, wykorzystywanymi na gruncie polskim do pomiaru akceptacji w kontekście nabycia niepełnosprawności i ograniczeń z niej wynikających: Kwestionariuszem Reakcji Przyostosowawczych (KRP) Hanocha Livneha i Richarda F. Antonaka w adaptacji Stanisławy Byry i Janusza Kirenki (podskale związane z akceptacją niepełnosprawności), Kwestionariuszem Radzenia Sobie ze Stratą Sprawności (KRSS) Anny I. Brzezińskiej i Pawła Wolskiego (podskala *Akceptacji*) oraz Skalą Akceptacji Siebie i Innych Emanuela M. Bergera.

Trafność zbieżną skali stwierdzono na podstawie istotnej statystycznie korelacji tworzących ją podskal z uwzględnionymi kwestionariuszami (zob. tabela 7 i 8).

Tabela 7. Związki korelacyjne między WSAUS i podskalami KRP oraz KRSS

WSAUS	KRP		KRSS
	Akceptacja (A)	Przystosowanie (P)	Akceptacja
I – Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości	0,32***	0,42***	0,31***
II – Poszerzenie zakresu wartości	0,15	0,39***	0,19*
III – Przekształcanie wartości względnych na wartości stałe	0,11	0,47***	0,34***
IV – Ograniczanie skutków niepełnosprawności	0,28***	0,49***	0,37***

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

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8. Związki korelacyjne między WSAUS oraz Skalą Akceptacji Siebie i Innych

WSAUS	Samoakceptacja	Akceptacja innych
I – Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości	0,21**	0,32***
II – Poszerzenie zakresu wartości	0,19*	0,29***
III – Przekształcanie wartości względnych na wartości stałe	0,38***	0,45***
IV – Ograniczanie skutków niepełnosprawności	0,51***	0,57***

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

Źródło: opracowanie własne.

Ustalone związki korelacyjne między dwoma podskalami KRP związanymi z akceptacją niepełnosprawności (akceptacją poznawczo-emocjonalną – A i behawioralną – P) są zgodne z przewidywaniami. Wszystkie podskale WSAUS pozytywnie korelują z akceptacją wyrażającą się w przyjmowaniu i realizacji ról oraz zadań społecznych, uwzględniających dysponowane możliwości, a kształtowanych w kontekście posiadanej niepełnosprawności. Warte podkreślenia są powiązania uchwycone między akceptacją poznawczo-emocjonalną (ujawniającą się m.in. w zdolności włączenia niepełnosprawności w całościowy obraz siebie) z podskalami WSAUS odnoszącymi się do przesunięć w znaczeniu fizyczności dla postrzegania siebie oraz koncentracją na innych właściwościach o potencjale rozwojowym. Wydaje się, że te dwie płaszczyzny zmian mogą odgrywać szczególną rolę w rekonstruowaniu obrazu siebie u osoby nabywającej niepełnosprawności. Niemniej przyjęcie takiej tezy wymaga dodatkowych badań empirycznych. Wszystkie podskale WSAUS pozytywnie korelują z akceptacją mierzoną KRSS. Przy czym warto zaznaczyć najsłabsze powiązanie między

podskala *Poszerzanie zakresu wartości* a etapem akceptacji w radzeniu sobie z utratą sprawności.

Zgodnie z oczekiwaniami podskale WSAUS pozytywnie korelują z wynikami w zakresie samoakceptacji i akceptacji innych. Co warte podkreślenia, przemiany na poszczególnych płaszczyznach wartości wyrażone w ramach czterech podskal wykazują silniejsze związki z akceptacją innych niż samoakceptacją, pozostającą w najslabszym powiązaniu z poszerzaniem zakresu wartości. Ustalony kierunek i siła związku między zmiennymi identyfikowanymi za pomocą uwzględnionych narzędzi pozwala sądzić o ich zbieżności, a tym samym – trafności zbieżnej prezentowanej skali.

Trafność kryterialną narzędzia sprawdza się poprzez porównanie otrzymanych za jego pomocą wyników z jakimś kryterium zewnętrznym (Brzeziński, 1997). Trafność tego typu ustalono na podstawie analizy związków WSAUS z narzędziami mierzącymi zmienne, które teoretycznie powinny korelować z akceptacją niepełnosprawności i składającymi się na nią przemianami wartości. Na kryterium zewnętrzne złożyły się następujące narzędzia: Skala Satysfakcji z Życia (SWLS), Skala Temporalnej Satysfakcji z Życia (TSŻ), Test Orientacji Życiowej (LOT-R) oraz Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) (zob. tabela 9).

Tabela 9. Związki korelacyjne WSAUS i kryterium zewnętrznego

WSAUS	Satysfakcja z życia	Temporalna satysfakcja z życia			Optymizm dyspozycyjny	Poczucie własnej skuteczności
		Przeszłość	Teraźniejszość	Przyszłość		
I	0,22**	0,36***	0,31***	0,38***	0,33***	0,42***
II	0,19*	0,39***	0,24**	0,32***	0,29**	0,19*
III	0,33***	0,55***	0,32***	0,44***	0,41***	0,51***
IV	0,35***	0,49***	0,36***	0,59***	0,55***	0,57***

I – Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości; II – Poszerzenie zakresu wartości; III – Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe; IV – Ograniczanie skutków niepełnosprawności

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

Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z oczekiwaniami zmienne mierzone uwzględnionymi narzędziami pozytywnie korelują z wynikami otrzymanymi za pomocą WSAUS. Ważne, by zauważyć, że silniejsze i pozytywne korelacje w przypadku satysfakcji z życia uzyskano w ramach perspektywy temporalnej. Interesujące są wyższe wartości współczynników korelacji między wszystkimi podskalami mierzącymi akceptację niepełnosprawności a satysfakcją z życia przeszłego i przyszłego w porównaniu z siłą związków uzyskanych z deklarowanym zadowoleniem z obecnie przeżywanej codzienności. Pozytywne korelacje podskal WSAUS z rezultata-

mi w zakresie optymizmu dyspozycjonalnego i poczucia własnej skuteczności są zgodne z przewidywaniami. Warto podkreślenia są nieco silniejsze związki uwzględnionych zmiennych z dwoma podskalami WSAUS: III – *Przekształcanie wartości względnych na wartości stałe* oraz IV – *Ograniczanie skutków niepełnosprawności*. Uchwycone tutaj tendencje stanowią ważną inspirację do dalszych badań, ukierunkowanych na określenie roli poszczególnych elementów akceptacji niepełnosprawności w wyjaśnianiu wariacji zmiennych związanych z zadowoleniem z życia oraz dyspozycjami typowo adaptacyjnymi osoby z niepełnosprawnością.

Opis narzędzia i obliczanie wyników

Prezentowana Wielowymiarowa Skala Akceptacji Utraty Sprawności jest narzędziem służącym do diagnozowania złożonej struktury akceptacji niepełnosprawności, zdefiniowanej przez Wright. Skala składa się z czterech podskal: I – *Zmniejszenie znaczenia cech fizycznych w stosunku do innych wartości*; II – *Poszerzenie zakresu wartości*; III – *Przeformułowanie wartości względnych na wartości stałe*; IV – *Ograniczanie skutków niepełnosprawności*.

Liczba twierdzeń jest identyczna jak w wersji oryginalnej skali i wynosi 42. Każde twierdzenie oceniane jest na czterostopniowej skali. Uzyskane wyniki w twierdzeniach tworzących podskale – *Poszerzanie zakresu wartości* oraz w przypadku kilku twierdzeń wchodzących w skład podskali *Przekształcanie wartości względnych na wartości stałe* podlega odwrotnemu kodowaniu. Po tego typu przededefiniowaniu danych dokonuje się sumowania w obrębie poszczególnych podskal. Otrzymane wartości wskazują na natężenie określonych przemian wartości odzwierciedlających akceptację wartości.

Podsumowanie

Ustalone w ramach przeprowadzonych analiz właściwości psychometryczne polskiej wersji *Multidimensional Acceptance of Loss Scale* wskazują na jej satysfakcjonującą rzetelność, stabilność i trafność. Pomimo niewielkich różnic w rezultatach analizy czynnikowej, w tym w wartościach ładunków czynnikowych, a także w przynależności pojedynczych itemów do odmiennych podskal, struktura wewnętrzna polskiej wersji skali jest zbieżna z oryginalną, ustaloną przez Jamesa M. Ferrina i współpracowników. Zauważalna w obu wersjach narzędzia jest nieco słabsza spójność wewnętrzna podskali *Ograniczanie skutków niepełnosprawności*. Wskazuje to zatem na konieczność jej doskonalenia w kolejnych przedsięwzięciach badawczych. Może się to wiązać chociażby ze znaczącym poszerzeniem grupy badanych o inne rodzaje nabytej niepełnosprawności. Istotne byłoby nie tylko ponowne przeanalizowanie struktury wewnętrznej skali, lecz także określenie nasilenia przemian wartości w kontekście doznania

różnych rodzajów niepełnosprawności, zróżnicowanego zakresu posiadanych ograniczeń czy stopnia ich widoczności bądź niewidoczności.

Prezentowana skala umożliwi pomiar akceptacji niepełnosprawności rozumianej wielowymiarowo zgodnie z teorią Wright. Należy zwrócić uwagę, że zakłada ona współzależność wyodrębnionych czterech płaszczyzn przeobrażeń wartości, składających się na zjawisko akceptacji niepełnosprawności i ograniczeń jej towarzyszących. Kwestia ta nie została dotychczas przeanalizowana, ani w ramach prac nad oryginalną wersją narzędzia, ani też w trakcie jego adaptacji na grunt polski. Stanowi to ważny cel kolejnych badań. Jak sugerują autorzy skali, przyszłe analizy powinny się ponadto skoncentrować na dokładnym sprawdzeniu temporalnej i linearnej natury akceptacji niepełnosprawności, na podstawie badań podłużnych (Ferrin i in., 2011). Uzyskane w ten sposób dane mogą wnieść wartościowe ustalenia w zakresie wyjaśniania złożonego procesu psychospołecznej adaptacji do życia z nabytą niepełnosprawnością.

Narzędzie WSAUS przeznaczone jest głównie do realizacji celów badawczych, niemniej może być także wykorzystane jako uzupełniające w praktyce terapeutycznej i rehabilitacyjnej.

Bibliografia

- Attawong, T., Kovindha, A. (2005). The influencing factors of acceptance of disability in spinal cord injured patients. *Nepal Journal of Neuroscience*, 2, 67–70.
- Brzeziński, J. (1997). *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: WN PWN.
- Byra, S. (2006). Ewolucja poglądów dotyczących przystosowania do życia osób z nabytą niepełnosprawnością. *Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo*, 2(4), 49–64.
- Byra, S. (2012). *Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością ruchową i chorobą przewlekłą. Struktura i uwarunkowania*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Chen, R.K., Crewe, N.M. (2009). Life satisfaction among people with progressive disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 75(2), 50–58.
- Chen, R.K., Brown, A.D., Kotbungkair, W. (2015). A comparison of self-acceptance of disability between Thai Buddhists and American Christians. *Journal of Rehabilitation*, 81(1), 52–62.
- Drwał, R.Ł. (1995). *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: WN PWN.
- Dunn, D.S. (2015). *The Social Psychology of Disability*. New York: Oxford University Press.
- Elliott, T.R. (1999). Social problem – solving abilities and adjustment to recent-onset spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 44(4), 315–332.
- Elliott, T.R., Uswatte, G., Lewis, L., Palmatier, A. (2000). Goal instability and adjustment to physical disability. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 251–265.
- Ferrin, J.M., Chan, F., Chronister, J., Chiu, Ch-Y. (2011). Psychometric validation of the Multidimensional Acceptance of Loss Scale. *Clinical Rehabilitation*, 25, 166–174.
- Groomes, D.A.G., Leahy, M.J. (2002). The relationships among the stress appraisal process, coping disposition, and level of acceptance of disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46(1), 15–24.
- Groomes, D.A.G., Linkowski, D.C. (2007). Examining the structure of the Revised Acceptance Disability Scale. *Journal of Rehabilitation*, 73(3), 3–9.
- Heinemann, A.W., Bulka, M., Smetak, S. (1988). Attributions and disability acceptance following traumatic injury: A replication and extension. *Rehabilitation Psychology*, 33(4), 195–206.
- Jiao, J., Heyne, M.M., Lam, C.S. (2012). Acceptance of disability among Chinese individuals with spinal cord injuries: The effects of social support and depression. *Psychology*, 3, 775–781.

- Joiner, J.G., Lovett, P.S., Goodwin, L.K. (1989). Positive assertion and acceptance among persons with disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 55(3), 22–29.
- Keany, K.C., Glueckauf, R.L. (1993). Disability and value changes: An overview and analysis of acceptance of loss theory. *Rehabilitation Psychology*, 38(2), 199–210.
- Kendall, E., Buys, N. (1998). An integrated model of psychosocial adjustment following acquired disability. *Journal of Rehabilitation*, 64(3), 16–20.
- Kim, J., Kim, M., Malone Beach, E., Han, A. (2015). A study of health perception, disability acceptance, and life satisfaction based on types of leisure activity among Koreans with a physical disability. *Applied Research Quality Life*, 11(3), 791–804.
- Konieczna, E.J. (2015). Akceptacja własnej niepełnosprawności – definicja i diagnoza zjawiska u osób z dysfunkcją ruchu. W: J. Czepczarz, M. Kapica, F.A. Marek (red.), *Od niepełnosprawności do aktywności* (s. 61–76). Opole: WSZiA.
- Kowalik, S. (2007). *Psychologia rehabilitacji*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Larkowa, H. (1987). *Człowiek niepełnosprawny. Problemy psychologiczne*. Warszawa: PWN.
- Li, L., Moore, D. (1998). Acceptance of disability and its correlates. *The Journal of Social Psychology*, 138(1), 13–25.
- Linkowski, D.C. (1971). A scale to measure acceptance of disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 14, 236–244.
- Livneh, H. (2001). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 44(1), 151–160.
- Livneh, H., Antonak, R.F. (1997). *Psychosocial Adaptation to Chronic Illness and Disability*. Gaithersburg: Maryland.
- Livneh, H., Lott, S.M., Antonak, R.F. (2004). Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach. *Psychology Health and Medicine*, 9(4), 411–430.
- Livneh, H., Martz, E. (2003). Psychosocial adaptation to spinal cord injury as a function of time since injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26(3), 191–200.
- Livneh, H., Martz, E., Bodner, T. (2006). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A preliminary study of its factorial structure. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13(3), 251–261.
- Livneh, H., Martz, E., Turpin, J. (2000). Locus of control orientation and acceptance of disability. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 31(3), 14–21.
- Nicholls, E., Lehan, T., Plaza, S.L.O., Deng, X., Romero, J.L.P., Pizarro, J.A.A., Arango-Lasprilla, J.C. (2012). Factors influencing acceptance of disability in individuals with spinal cord injury in Neiva, Colombia, South America. *Disability and Rehabilitation*, 34(13), 1082–1088.
- Salick, E.C., Auerbach, C.F. (2006). From devastation to integration: Adjusting to and growing from medical trauma. *Qualitative Health Research*, 16(8), 1021–1037.
- Smart, J. (2001). *Disability, Society and the Individual*. Gaithersburg: Aspen Publishers.
- Smedema, S.M., Ebener, D. (2010). Substance abuse and psychosocial adaptation to physical disability: Analysis of the literature and future directions. *Disability and Rehabilitation*, 32(16), 1311–1319.
- Snead, S.L., Davis, J.R. (2002). Attitudes of individuals with acquired brain injury towards disability. *Brian Injury*, 16(11), 947–953.
- Woodrich, F., Patterson, J.B. (1983). Variables related to acceptance of disability in persons with spinal cord injuries. *Journal of Rehabilitation*, 12, 26–30.
- Wright, B. (1965). *Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa*. Warszawa: PWN.
- Wright, B. (1983). *Physical Disability: A Psychosocial Approach*. New York: Harper & Row.
- Yoshida, K. (1993). Reshaping of self: A pendular reconstruction self and identity among adults with traumatic spinal cord injury. *Sociology of Health and Illness*, 15(4), 217–245.

WIELOWYMIAROWA SKALA AKCEPTACJI UTRATY SPRAWNOŚCI (WSAUS)
– POLSKA ADAPTACJA *MULTIDIMENSIONAL ACCEPTANCE OF LOSS SCALE*
JAMESA M. FERRINA, FONGA CHANA, JULIE CHRONISTER I CHUNG-YI CHIU

Abstrakt

Artykuł prezentuje polską adaptację narzędzia *Multidimensional Acceptance of Loss Scale*. Skala ta służy do diagnozowania akceptacji niepełnosprawności, zgodnie z jej rozumieniem zawartym w teorii akceptacji straty Beatrice Wright. W artykule zawarto informacje związane z opracowaniem polskiej wersji językowej skali oraz sprawdzaniem jej właściwości psychometrycznych. Badania walidacyjne przeprowadzono w grupie osób z nabytą niepełnosprawnością ruchową: uszkodzeniem rdzenia kręgowego oraz po amputacji kończyny dolnej. Uzyskane dane wskazują na satysfakcjonującą rzetelność, stabilność i trafność prezentowanego narzędzia.

Słowa kluczowe: adaptacja skali, akceptacja niepełnosprawności, rzetelność, trafność

WSAUS – POLISH ADAPTATION OF THE *MULTIDIMENSIONAL ACCEPTANCE OF LOSS SCALE* BY JAMES M. FERRIN, FONG CHAN, JULIE CHRONISTER AND CHUNG-YI CHIU

Abstract

The paper presents a Polish adaptation of the tool *Multidimensional Acceptance of Loss Scale*. This scale is used to assess disability acceptance understood according to acceptance of loss theory by Beatrice Wright. The article contains information relating to the development of the Polish-language version of the scale and verification of its psychometric characteristics. Validation studies were performed in a group of patients with acquired motor disabilities: spinal cord injuries and lower extremity amputations. The data obtained indicate satisfactory reliability, stability and validity of the research tool presented.

Key words: scale adaptation, disability acceptance, reliability, validity