

## WZROST PO TRAUMIE A ZADOWOLENIE Z ŻYCIA U OSÓB PO ZAWALE SERCA

Nina Ogińska-Bulik

Institut Psychologii, Uniwersytet Łódzki  
Institute of Psychology, University of Lodz

### POSTTRAUMATIC GROWTH AND SATISFACTION WITH LIFE IN PERSONS AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

**Summary.** The aim of the study was to investigate the relationship between post-traumatic growth, which was a consequence of experienced traumatic event and the level of satisfaction with life. The study group consists of 86 person (62 men and 24 women), aged 36-87 ( $M = 60,5$ ;  $SD = 10,05$ ), who experienced myocardial infarction. Half of them participated in rehabilitation program. Two methods were used in the study: Life Satisfaction Questionnaire and Posttraumatic Growth Inventory. The results revealed poor relationship between positive changes aftermath trauma and life satisfaction. The overall score of Life Satisfaction Questionnaire correlates only with positive changes in relations to others. These changes appeared the main predictor of satisfaction with life among persons with myocardial infarction.

**Key words:** Posttraumatic growth, life satisfaction, myocardial infarction

## Wprowadzenie

### Zjawisko potraumatycznego wzrostu

W ostatnich latach coraz większa uwaga badaczy, a także praktyków, skupia się na występowaniu pozytywnych zmian, wynikających z doświadczania zdarzeń o charakterze traumatycznym. Te pozytywne zmiany, które często pojawiają się obok negatywnych skutków doświadczonej traumy, składają się na zjawisko potraumatycznego wzrostu/rozwoju (*posttraumatic growth*). Potraumatyczny wzrost, zgodnie z koncepcją Tedeschiego i Calhouna (1996, 2004), obejmuje pozytywne zmiany w zakresie percepcji siebie, relacji z innymi i sferze duchowej. W wyniku poradzenia sobie z krytycznym wydarzeniem wielu ludzi może przejawiać zwiększone poczucie osobistej siły, przekonanie o własnej skuteczności, większe zaufanie do siebie i własnych możliwości, także w odniesieniu do przyszłych wydarzeń. Osoby takie zauważają swoje zwiększone umiejętności radzenia sobie i przetrwa-

---

Adres do korespondencji: Nina Ogińska-Bulik, e-mail, [noginska@uni.lodz.pl](mailto:noginska@uni.lodz.pl)

strona 140

nia w skrajnie trudnych warunkach, dostrzegają swoje kompetencje i stawiają sobie nowe cele. Ludzie, w efekcie przeżytej traumy są w stanie nawiązywać bliższe relacje z innymi, odkrywać w sobie większe pokłady wrażliwości i współczucia dla innych, wykazywać większą skłonność do otwierania się przed innymi. Osoby doświadczające potraumatycznego wzrostu w wyniku przeżytych sytuacji traumatycznych w większym stopniu przywiązują wagę do zwykłych, codziennych wydarzeń, a zdają się pomniejszać znaczenie ważnych spraw życiowych. Rodzina, przyjaciele, a także drobne przyjemności codziennego dnia mogą być postrzegane jako ważniejsze od tych, które wcześniej traktowane były jako pierwszoplanowe. Doświadczanie traumy może także zaowocować zmianami w przekonaniach egzystencjalnych (religijnych) jednostki. Osoby, które doświadczyły traumy sytuacji bardziej doceniają życie i przeżywają je bardziej świadomie. Filozofia życia ludzi, którzy uporali się z kryzysem, staje się bardziej dojrzała, znacząca i satysfakcjonująca<sup>1</sup>.

Należy podkreślić, że potraumatyczny wzrost nie oznacza, że samo przeżycie traumy jest czymś dobrym czy pożądanym dla rozwoju jednostki. Nie oznacza poczucia beztroski, przyjemnego nastroju czy poczucia szczęścia. Doświadczenie wydarzenia traumatycznego, choć może prowadzić do wzrostu, wiąże się, zwłaszcza w początkowym etapie zmagania się z traumatycznym wydarzeniem, ze stanem dystresu, negatywnymi emocjami, a także uszczupleniem czy stratą posiadanych przez człowieka zasobów. Jednakże, jak podkreślają Tedeschi i Calhoun (2004), z doświadczenia traumatycznego, oprócz straty, bólu i cierpienia, człowiek potrafi wynieść też coś dobrego. Innymi słowy, potraumatyczny wzrost to szansa nie tyle na szczęśliwe, co dobre i bardziej sensowne życie.

W Polsce problematyka wzrostu po traumie jest podejmowana przez wielu badaczy (Zdankiewicz-Ścigała, 2009; Zięba, Czarnecka-van Luijken, Wawrzyniak 2010; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010a, b; Ogińska-Bulik, 2010, 2012, 2013; Izdebski, Suprynowicz, 2011; Merecz, Waszkowska, 2011; Felcyn-Koczewska, Ogińska-Bulik, 2011, 2012; Ogińska-Bulik, Bartczak, 2012), którzy przede wszystkim poszukują czynników determinujących występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych. Wśród nich wymienia się m.in. rodzaj i intensywność doświadczonej traumy, wsparcie społeczne, sposoby radzenia sobie oraz właściwości podmiotowe jednostki, w tym jej zasoby osobiste.

### **Wzrost po traumie a zadowolenie z życia**

Dane na temat zależności między występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych a zadowoleniem z życia nie są jednoznaczne, pomimo iż przeprowadzono już wiele badań w tym zakresie. Może to m.in. wiązać się z różnym rozumieniem terminu, jakim jest dobrostan jednostki, który używany jest zamiennie z takimi pojęciami, jak: jakość, zadowolenie czy satysfakcja z życia (Dziurawicz-Kozłowska, 2002; Trzebińska, 2008; Oleś, 2010; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010a).

---

<sup>1</sup>Pozytywne zmiany składające się na potraumatyczny wzrost/rozwój zostały szerzej omówione w Ogińska-Bulik, 2012, 2013; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010a, b, 2012.

Wskazuje się, że na dobrostan człowieka składają się trzy główne komponenty, tj. ocena poznawcza, obecność pozytywnego afektu oraz względny brak negatywnego afektu (Diener, Lucas, 1999; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010a). Czapiński (2002), utożsamiając jakość życia z pojęciem subiektywnego dobrostanu, określa ją jako subiektywną, indywidualną ocenę obszarów funkcjonowania człowieka oraz jego sytuacji życiowej. Z kolei, zadowolenie z życia jest rozumiane jako subiektywna ocena poznawcza minionych i obecnych warunków życia, a także własnych możliwości na przyszłość (Fahrenberg i in., za: Chodkiewicz, 2009).

Z modelu wzrostu po traumie u dzieci i młodzieży opracowanego przez Meyersona i in. (2011) (por. także Ogińska-Bulik, 2013) wynika, że występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych jest powiązane z jakością życia. Poprawa stanu psychicznego jednostki, która poradziła sobie z traumą, zdaniem autorów modelu, wyraża się wzrostem jej dobrostanu, afektu pozytywnego oraz zwiększeniem się poziomu zasobów osobistych, wyrażającym się przede wszystkim w wyższym poczuciu własnej skuteczności.

Zależność tę zdają się potwierdzać dane uzyskane przez Nolen-Hoekseme i Davisa (2004), które wskazują, że osoby, które doświadczają wzrostu po przeżyciu zdarzenia traumatycznego prezentują wyższy poziom dobrostanu psychologicznego (zwłaszcza emocjonalnego), a także lepsze wskaźniki zdrowia fizycznego. Lepszą jakość życia w wyniku zaistniałych pozytywnych zmian, będących wynikiem doświadczenia traumatycznego ujawniono wśród osób, które doznały różnych stresujących wydarzeń życiowych (Cann i in., 2010). Na silną pozytywną zależność między potraumatycznym wzrostem a dobrostanem psychicznym, a szczególnie akceptacją, autonomią, panowaniem nad otoczeniem, posiadaniem celu w życiu, a także poczuciem własnej wartości, poczuciem sensu życia oraz subiektywną oceną zdrowia – wskazują badania australijskie (Jackson, 2007). Dodatkowo powiązania wzrostu po traumie z afektem pozytywnym wykazał przegląd badań dokonany przez Stanton, Bower i Low (2006).

Zdecydowana większość badań dotycząca zależności między wzrostem po traumie a zadowoleniem/jakością życia odnosi się do chorych somatycznie, w tym zmagających się z nowotworami. Pozytywną zależność między spostrzeganiem korzyści z choroby a dobrostanem stwierdzono w grupie kobiet chorych onkologicznie (Carver, Antoni, 2004). Lepszą jakość życia w wyniku zaistniałych pozytywnych zmian, będących wynikiem doświadczenia traumatycznego ujawniono u kobiet z rakiem piersi (Tomich, Helgeson, 2004; Urcuyo i in., 2005). Także najnowsze badania przeprowadzone w Holandii na grupie kobiet wyleczonych z raka piersi (Mols i in., 2009), potwierdziły pozytywny związek między wzrostem po traumie wynikającym z doświadczenia choroby a satysfakcją z życia. Co więcej, poziom satysfakcji z życia kobiet, które zmagają się w przeszłości z chorobą nowotworową był wyższy, w porównaniu z normami opracowanymi dla grupy kontrolnej. Należy zwrócić uwagę, że są również dostępne badania, prowadzone na grupie kobiet zmagających się z chorobą nowotworową, które dostarczyły danych o występowaniu negatywnej zależności zmian wzrostowych z jakością życia (Tomich, Helgeson, 2002) oraz braku zależności między zmiennymi (Linley, Joseph, 2004;

Stanton, Bower, Low, 2006). Podobnie z przeprowadzonej metaanalizy badań (Helgeson, Reynolds, Tomich, 2006) wynika, że jakość życia, obejmująca zarówno wymiar fizyczny, jak i psychiczny, nie wiąże się w sposób istotny z nasileniem zmian wzrostowych. W Polsce niewiele badań przeprowadzono w zakresie związku między czerpaniem korzyści z traumy a poczuciem dobrostanu. Te dostępne dane potwierdzają złożoność tej zależności. Wyniki badań Zięby, Wawrzyniak i Świrkuli (2010) wskazują na występowanie pozytywnej zależności między występowaniem pozytywnych zmian po traumie (mierzonych Skalą Zmian Życiowych) a satysfakcją z życia w grupie kobiet z nowotworem piersi, ale nie wykazały istnienia takiego związku w grupie osób, które doświadczyły innych negatywnych zdarzeń życiowych. Zagadnienie to wymaga więc dalszych badań.

### **Cel i metoda badań**

Celem podjętych badań było ustalenie zależności między potraumatycznym wzrostem (zmienna wyjaśniająca), będącym następstwem doświadczonego zdarzenia o charakterze traumatycznym, jakim był zawał serca, a poziomem zadowolenia z życia (traktowanym jako zmienna wyjaśniana). Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jaki jest poziom zadowolenia z życia osób po zawale serca?
2. Czy badani ujawniają pozytywne zmiany potraumatyczne, i w jakim stopniu?
3. Czy płeć, wiek, czas jaki upłynął od zawału serca oraz uczestnictwo w procesie rehabilitacji wpływają na nasilenie zmian potraumatycznych i zadowolenie z życia?
4. Czy poziom zadowolenia z życia wiąże się ze wzrostem po traumie?
5. Które wymiary potraumatycznego wzrostu pełnią predykcyjną rolę dla zadowolenia z życia?

Badania przeprowadzono na grupie osób po przebytych zawale mięśnia sercowego, będących pod stałą opieką poradni kardiologicznej. Przeżycie zawału serca traktowano jako doświadczenie traumatyczne, ponieważ wiązało się bezpośrednio z zagrożeniem życia. Łącznie przebadano 90 osób, z czego do analizy włączono wyniki 86 (wyniki czterech odrzucono ze względu na niekompletność danych). Wśród badanych było 62 mężczyzn (72,1%) i 24 kobiety (27,9%). Wiek badanych wahał się od 36 do 87 lat ( $M = 60,5$ ;  $SD = 10,05$ ). Spośród badanych połowa (43 osoby) uczestniczyła w rehabilitacji szpitalnej, prowadzonej przez ośrodek wczesnej rehabilitacji kardiologicznej. Była to rehabilitacja III etapu szpitalnego, która rozpoczynała się nie wcześniej niż 8-12 tygodni po zawale serca i obejmowała usprawnienie fizyczne, oddziaływanie psychologiczne poprzez terapię grupową i indywidualną, rehabilitację socjalną i zawodową, leczenie farmakologiczne, dietetyczne oraz prewencję wtórnej choroby niedokrwiennej serca.

Oceny zadowolenia z życia dokonano za pomocą Kwestionariusza Zadowolenia z Życia Fahrenberga i współpracowników, w polskiej adaptacji Chodkiewicza (2009). Kwestionariusz składa się z 10 podskal, mierzących zadowolenie z takich aspektów życia, jak: 1) zdrowie, 2) praca i zawód, 3) sytuacja finansowa, 4) czas wolny, 5) kontakty z własnymi dziećmi, 6) własna osoba, 7) przyjaciele/znajomi,

8) mieszkanie, 9) małżeństwo/związek partnerski, 10) seksualność. Odpowiedzi są udzielane na skali 7-stopniowej (od 1 – bardzo niezadowolony, do 7 – bardzo zadowolony). Wskaźnik ogólny oblicza się poprzez dodanie wyników surowych 7 podskal, tj. z pominięciem 3 skal niewypełnianych przez wszystkich badanych (praca i zawód, małżeństwo/związek partnerski, relacje z dziećmi). Im wyższy uzyskany wynik, tym większe poczucie zadowolenia z życia. Kwestionariusz posiada dobre właściwości psychometryczne; wskaźniki  $\alpha$ -Cronbacha wynoszą od 0,80 (własna osoba) do 0,96 (zdrowie).

Do pomiaru pozytywnych zmian potraumatycznych zastosowano Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju – IPR, będący polską adaptacją (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010b) *Posttraumatic Growth Inventory* – PTGI, opracowanego przez Tedeschię i Calhouna (1996). Inwentarz składa się z 21 stwierdzeń, sformułowanych pozytywnie i opisujących różne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego wydarzenia traumatycznego.

Przeprowadzona analiza czynnikowa (składowych głównych z rotacją VARIMAX) IPR ujawniła cztery czynniki, którymi są: 1) zmiany w percepcji siebie, 2) zmiany w relacjach z innymi, 3) większe docenianie życia oraz 4) zmiany duchowe. Wszystkie cztery czynniki wyjaśniają 57,7% zmienności całkowitej. Rzetelność IPR oceniono poprzez oszacowanie jego zgodności wewnętrznej. Uzyskany współczynnik  $\alpha$ -Cronbacha wynosi dla całej skali 0,93 i jest nieco wyższy, niż dla wersji oryginalnej. Współczynniki rzetelności wewnętrznej dla poszczególnych czynników także należy uznać za wysokie, gdyż mieszczą się w granicach od 0,63 do 0,87. Stabilność bezwzględna mierzona za pomocą testu-retestu, ustalona w 2-krotnych badaniach (po 2 miesiącach) wynosi 0,74 i jest zadowalająca.

## Wyniki badań

Przed przystąpieniem do analiz statystycznych sprawdzono normalność rozkładów analizowanych zmiennych oraz homogeniczność wariancji dla zmiennej objaśnianej, tj. zadowolenia z życia. Do weryfikacji istotności różnic między średnimi stosowano test *t*-Studenta. Zależności między zmiennymi analizowano za pomocą współczynników korelacji Pearsona. W celu ustalenia predyktorów zadowolenia z życia wykorzystano analizę regresji (wersja krokowa postępująca).

Uzyskane średnie wartości zadowolenia z życia w badanej grupie osób, które doświadczyły zawału serca (por. tabela 1), są niższe niż średnie uzyskane w badaniach normalizacyjnych, obejmujących osoby zdrowe (Chodkiewicz, 2009).

Tabela 1. Średnie wartości analizowanych zmiennych

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.
Zadowolenie z życia – wynik ogólny	229,63	33,77	146	287
1. Zdrowie	29,02	6,74	12	46
2. Praca i zawód	32,53	7,35	17	49

cd. tabeli 1

3. Sytuacja finansowa	29,62	8,61	13	46
4. Czas wolny	34,40	6,96	11	46
5. Kontakty z własnymi dziećmi	33,41	14,54	0	49
6. Moja osoba	35,7	6,58	15	49
7. Przyjaciele, krewni, znajomi	35,39	6,46	16	48
8. Mieszkanie	34,62	7,13	17	47
9. Małżeństwo/związek partnerski	32,54	15,36	0	49
10. Seksualność	31,37	9,87	7	49
Potraumatyczny wzrost – ogółem	61,54	16,75	0	92
Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie	23,15	8,90	0	41
Cz. 2. Zmiany w relacjach z innymi	22,29	5,87	0	35
Cz. 3. Docenianie życia	11,08	3,14	0	15
Cz. 4. Zmiany duchowe	5,02	3,05	0	10

Oznaczenia: *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; Min. – wartość minimalna; Max. – wartość maksymalna

Różnice istotne statystycznie dotyczą wyniku ogólnego Kwestionariusza Zadowolenia z Życia (w badaniach normalizacyjnych –  $M = 242,78$ ;  $SD = 30,33$ ,  $p < 0,001$ ) oraz pięciu wymiarów, tj. zadowolenia z własnego zdrowia ( $p < 0,001$ ), pracy i wykonywanego zawodu ( $p < 0,05$ ), kontaktów z własnymi dziećmi ( $p < 0,001$ ), małżeństwa/związku ( $p < 0,001$ ) i seksualności ( $p < 0,001$ ). Porównując poszczególne wymiary zadowolenia z życia, można zauważyć, że wśród badanych występuje nieco wyższe zadowolenie z życia dotyczące relacji z przyjaciółmi, krewnymi czy znajomymi i z własnej osoby, zaś niższe z własnego zdrowia i sytuacji finansowej.

Uzyskana średnia potraumatycznego wzrostu odpowiada wartości 5 stena i jest zbliżona do rezultatu uzyskanego przez chorych kardiologicznie w badaniach normalizacyjnych ( $M = 60,73$ ;  $SD = 19,0$ ) (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010b). Spośród badanych 26,7% wykazuje niski poziom potraumatycznego wzrostu lub jego brak (jedna osoba nie zauważyła u siebie żadnych pozytywnych zmian), 47,7% – przeciętny i 25,6% – wysoki.

Sprawdzono również, czy występują różnice w nasileniu zmian, składających się na poszczególne wymiary wzrostu po traumie. Wyższy poziom zmian występuje w zakresie doceniania życia ( $M = 3,69$ ) i relacji z innymi ( $M = 3,18$ ), w porównaniu ze zmianami w percepcji siebie ( $M = 2,57$ ) i sferze duchowej ( $M = 2,51$ ) ( $p < 0,01$ ).

Ustalono również średnie wartości zadowolenia z życia i potraumatycznego wzrostu w badanej grupie osób po zawale serca, uwzględniając płeć, wiek oraz czas, jaki upłynął od zdarzenia oraz fakt uczestnictwa w rehabilitacji (bądź jej braku).

Płeć nie różnicuje ogólnego poziomu zadowolenia z życia ani żadnego z jego wymiarów. Oznacza to, że mężczyźni wykazują podobny stopień satysfakcji z życia ( $M = 227,17$ ;  $SD = 33,05$ ) co kobiety ( $M = 236,00$ ;  $SD = 35,48$ ). Płeć nie jest także powiązana w sposób istotny statystycznie z nasileniem potraumatycznego wzrostu (mężczyźni:  $M = 59,90$ ;  $SD = 18,31$ , kobiety:  $M = 65,79$ ;  $SD = 11,02$ ) ani żadnym z czynników, choć kobiety uzyskały nieco wyższy wynik w Inwentarzu Potraumatycznego Rozwoju.

Wiek okazał się czynnikiem różnicującym poziom zadowolenia z życia. Osoby młodsze, poniżej 60 roku życia ( $n = 44$ ) przejawiają nieco wyższe zadowolenie ( $M = 237,70$ ;  $SD = 31,08$ ) w porównaniu ze starszymi ( $M = 221,19$ ;  $SD = 34,76$ ). Istotne różnice dotyczą także dwóch wymiarów wchodzących w skład zadowolenia z życia, tj. zadowolenia z własnego zdrowia (młodzi:  $M = 31,47$ ;  $SD = 5,54$ , starsi:  $M = 26,45$ ;  $SD = 6,97$ ,  $t = 3,71$ ,  $p < 0,001$ ) oraz zadowolenia z własnej seksualności (młodzi:  $M = 35,68$ ;  $SD = 7,45$ , starsi:  $M = 26,66$ ;  $SD = 10,06$ ,  $t = 4,74$ ,  $p < 0,001$ ). Wiek nie wiąże się natomiast z poziomem potraumatycznych zmian, zarówno w odniesieniu do wyniku ogólnego IPR (młodzi:  $M = 61,13$ ;  $SD = 18,21$ , starsi:  $M = 61,97$ ;  $SD = 15,28$ ), jak i poszczególnych wymiarów wzrostu po traumie.

Uczestnicy badania doświadczyli sytuacji traumatycznej w postaci zawału mięśnia sercowego w różnym czasie, a mianowicie: 1) mniej niż rok od przeprowadzonego badania – 20 osób, 2) w ciągu 1-2 lat – 14 osób, 3) 2-5 lat – 17 osób, 4) więcej niż 5 lat temu – 35 osób.

Średni czas, jaki upłynął od doświadczonego zdarzenia wynosi 2,81 ( $SD = 2,62$ ). Czynniki te nie różnicuje w sposób istotny statystycznie ( $F = 0,99$ ) ogólnego zadowolenia z życia (1.  $M = 239,45$ ;  $SD = 37,81$ , 2.  $M = 230,28$ ;  $SD = 32,35$ , 3.  $M = 230,82$ ;  $SD = 28,28$ , 4.  $M = 223,20$ ;  $SD = 34,29$ ) ani żadnego z jego wymiarów. Nie różnicuje także nasilenia wzrostu po traumie ( $F = 0,07$ ), dla którego średnie wynoszą odpowiednio: dla 1.  $M = 60,55$  ( $SD = 15,21$ ), 2.  $M = 62,28$  ( $SD = 21,32$ ), 3.  $M = 62,88$  ( $SD = 12,12$ ), 4.  $M = 61,17$  ( $SD = 18,09$ ).

Z kolei fakt uczestnictwa (bądź jego braku) w rehabilitacji kardiologicznej w sposób istotny statystycznie różnicuje nasilenie wzrostu po traumie. Badane osoby, które po zawale serca uczestniczyły w rehabilitacji kardiologicznej ujawniły wyższe zadowolenie z życia ( $M = 236,42$ ;  $SD = 28,65$ ) w porównaniu z osobami, które nie brały udziału w tym procesie ( $M = 225,86$ ;  $SD = 38,18$ ,  $t = 1,94$ ,  $p < 0,05$ ). Uwzględniając poszczególne wymiary zadowolenia z życia, istotnie wyższą satysfakcję przejawiają w odniesieniu do pracy ( $M = 34,54$ ;  $SD = 7,80$  i  $M = 30,53$ ;  $SD = 6,35$ ,  $t = 2,61$ ,  $p < 0,01$ ) oraz własnej seksualności ( $M = 33,81$ ;  $SD = 6,72$  i  $M = 28,74$ ;  $SD = 11,79$ ,  $t = 2,45$ ,  $p < 0,02$ ). Osoby uczestniczące w rehabilitacji wykazują również istotnie wyższe nasilenie pozytywnych zmian po traumie ( $M = 67,04$ ;  $SD = 9,73$ ) w porównaniu z pozostałymi ( $M = 56,04$ ;  $SD = 20,28$ ,  $t = 3,20$ ,  $p < 0,01$ ). Różnice dotyczą prawie wszystkich wymiarów potraumatycznego wzrostu, poza zmianami w relacjach z innymi. Są one nieco większe dla doceniania życia ( $M = 12,48$ ;  $SD = 1,69$  i  $M = 9,67$ ;  $SD = 3,62$ ,  $t = 4,61$ ,  $p < 0,001$ ) i sfery duchowej ( $M = 6,18$ ;  $SD = 2,68$  i  $M = 3,86$ ;  $SD = 2,98$ ,  $t = 3,79$ ,  $p < 0,001$ ), nieco mniejsze dla zmian w percepcji siebie ( $M = 25,41$ ;  $SD = 5,68$  i  $M = 20,88$ ;  $SD = 10,84$ ,  $t = 2,42$ ,  $p < 0,05$ ).

Zależności między zadowoleniem z życia a wzrostem po traumie zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 2. Współczynniki korelacji zadowolenia z życia z potraumatycznym wzrostem

	IPR	Cz. 1	Cz. 2	Cz. 3	Cz. 4
Zadowolenie z życia – wynik ogólny	0,16	0,13	0,25*	0,02	0,00
1. Zdrowie	0,18	0,20	0,16	0,08	0,04
2. Praca i zawód	-0,11	-0,19	0,09	-0,15	-0,05
3. Sytuacja finansowa	-0,00	-0,05	0,02	0,08	0,01
4. Czas wolny	0,27*	0,09	0,39**	0,25*	0,24*
5. Kontakty z własnymi dziećmi	-0,01	-0,08	0,13	-0,08	-0,00
6. Moja osoba	0,17	0,14	0,26*	-0,04	0,06
7. Przyjaciele, krewni, znajomi	0,18	0,11	0,34*	-0,00	0,03
8. Mieszkanie	-0,04	-0,01	0,01	-0,16	-0,01
9. Małżeństwo/związek partnerski	-0,07	-0,07	0,03	-0,08	-0,15
10. Seksualność	0,02	0,12	0,05	-0,09	-0,26

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

IPR – wynik ogólny Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju

Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie

Cz. 2. Zmiany w relacjach z innymi

Cz. 3. Docenianie życia

Cz. 4. Zmiany duchowe

Uzyskane wyniki wskazują na słabą zależność między zadowoleniem z życia a występowaniem pozytywnych zmian, które pojawiły się w wyniku doświadczanego zdarzenia, jakim był zawał serca. Ogólny wynik Kwestionariusza Zadowolenia z Życia koreluje dodatnio jedynie z czynnikiem 2, dotyczącym zmian w relacjach z innymi. Spośród poszczególnych wymiarów zadowolenia z życia najczęściej powiązań ze wzrostem po traumie wykazuje zadowolenie z czasu wolnego, które pozytywnie koreluje ze zmianami w trzech obszarach wzrostu, tj. zmianami w relacjach z innymi, docenianiem życia i zmianami w sferze duchowej. Wzrost po traumie, wyrażany przede wszystkim pozytywnymi zmianami w relacjach z innymi wiąże się z zadowoleniem z własnej osoby i przyjaciół, krewnych czy znajomych. Jednak w większości analizowanych wymiarów zadowolenia z życia, związki z potraumatycznym wzrostem oraz jego czynnikami okazały się nieistotne statystycznie.

Zależność pomiędzy zadowoleniem z życia a nasileniem pozytywnych zmian po traumie sprawdzono także, dokonując oceny poziomu potraumatycznego wzrostu i jego czynników w grupie o niskim i wysokim poziomie zadowolenia z życia (podziału dokonano na podstawie średniej i 1/2 odchylenia standardowego). Dane te prezentuje tabela 3.



Tabela 3. Nasilenie zmian potraumatycznych w zależności od stopnia zadowolenia z życia

	Zadowolenie z życia				<i>t</i>	<i>p</i>
	Niskie ( <i>n</i> = 24)		Wysokie ( <i>n</i> = 26)			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Potraumatyczny wzrost – ogółem	59,37	7,71	64,85	19,94	-1,27	ni.
Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie	22,08	5,83	24,15	9,66	-0,90	ni.
Cz. 2. Zmiany w relacjach z innymi	20,62	3,58	23,81	6,57	-2,09	0,01
Cz. 3. Docenianie życia	11,37	2,24	11,53	3,52	-0,19	ni.
Cz. 4. Zmiany duchowe	5,29	2,61	5,34	3,05	-0,06	ni.

Dane przedstawione w tabeli 3 potwierdzają związek między poziomem zadowolenia z życia a potraumatycznym wzrostem, odnoszącym się przede wszystkim do występowania pozytywnych zmian w relacjach z innymi. Więcej tych zmian zanotowano w grupie osób charakteryzujących się wysokim stopniem zadowolenia z życia.

Następnie sprawdzono, które wymiary wzrostu po traumie pozwalają na przewidywanie zadowolenia z życia, uwzględniając zarówno wynik ogólny Kwestionariusza Zadowolenia z Życia, jak i poszczególne obszary. Wyniki przeprowadzonej analizy regresji zamieszczono w tabeli 4.

Tabela 4. Predyktory zadowolenia z życia

	<i>Beta</i>	<i>B</i>	Błąd <i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Zadowolenie z życia ogółem					
Cz. 2. Relacje z innymi	0,35	1,99	0,72	2,73	0,01
Wartość stała $R = 0,29; R^2 = 0,08$		205,83	15,15	13,58	0,001
Zadowolenie z pracy i zawodu					
Cz. 2. Relacje z innymi	0,34	0,42	0,16	2,54	0,05
Wartość stała $R = 0,33; R^2 = 0,07$		33,37	3,27	10,19	0,001
Zadowolenie z czasu wolnego					
Cz. 2. Relacje z innymi	0,43	0,51	0,14	3,51	0,001
Wartość stała $R = 0,43; R^2 = 0,15$		24,89	2,77	8,96	0,001

cd. tabeli 4

	Zadowolenie z kontaktów z własnymi dziećmi				
Cz. 2. Relacje z innymi	0,30	0,73	0,33	2,17	0,05
Wartość stała $R = 0,25; R^2 = 0,05$		31,50	6,64	4,69	0,001
	Zadowolenie z własnej osoby				
Cz. 2. Relacje z innymi	0,40	0,45	0,13	3,23	0,01
Cz. 3. Docenianie życia	-0,26	-0,55	0,26	-2,10	0,05
Wartość stała $R = 0,36; R^2 = 0,11$		31,30	2,91	10,77	0,001
	Zadowolenie z przyjaciół				
Cz. 2. Relacje z innymi	0,49	0,54	0,13	4,07	0,001
Cz. 3. Docenianie życia	-0,27	-0,57	0,24	-2,31	0,05
Wartość stała $R = 0,40; R^2 = 0,17$		29,67	2,77	10,72	0,001
	Zadowolenie z własnej seksualności				
Cz. 4. Zmiany duchowe	-0,34	-1,18	0,35	-3,15	0,01
Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie	0,24	0,26	0,12	2,19	0,05
Wartość stała $R = 0,34; R^2 = 0,11$		30,71	2,94	10,43	0,001

Oznaczenia:

*Beta* – standaryzowany współczynnik regresji

*B* – współczynnik regresji

błąd *B* – błąd standardowy oszacowania

*R* – wartość współczynnika korelacji wielokrotnej

$R^2$  – współczynnik korelacji wielokrotnej

Największe znaczenie w przewidywaniu zadowolenia z życia wśród wymiarów wzrostu po traumie należy przypisać pozytywnym zmianom w zakresie relacji z innymi. Poprawa tych relacji zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się wyższej satysfakcji z życia ogółem, a także zadowolenia z takich obszarów, jak praca/wykonywany zawód, czas wolny, kontakty z własnymi dziećmi, przyjaciółmi, a także z własnej osoby. Większe docenianie życia zdaje się obniżać zadowolenie z własnej osoby i kontaktów z przyjaciółmi. Rozwój sfery duchowej po doświadczeniu traumatycznym, jakim był zawał serca hamuje również satysfakcję z własnej seksualności, z kolei pozytywne zmiany w percepcji siebie zdają się sprzyjać tego typu satysfakcji.

Poszukiwano również predyktorów dla poszczególnych wymiarów zadowolenia z życia. Przeprowadzona analiza regresji ujawniła, że wystąpienie pozytywnych zmian w relacjach z innymi (cz. 2) pozwala na przewidywanie zadowolenia z pracy i zawodu ( $Beta = 0,38$ ;  $R = 0,33$ ;  $R^2 = 0,06$ ), z czasu wolnego ( $Beta = 0,43$ ;  $R = 0,43$ ;  $R^2 = 0,15$ ), z dzieci ( $Beta = 0,30$ ;  $R = 0,25$ ;  $R^2 = 0,06$ ). Ponadto pozytywne zmiany w relacjach z innymi oraz docenianie życia okazały się predyktorami zadowolenia z własnej osoby ( $Beta = 0,40$  i  $Beta = 0,26$ ;  $R = 0,34$ ;  $R^2 = 0,06$  i  $R^2 = 0,05$ ) oraz zadowolenia z przyjaciół i znajomych ( $Beta = 0,49$  i  $Beta = 0,28$ ;  $R = 0,41$ ;  $R^2 = 0,11$  i  $R^2 = 0,05$ ). Z kolei dla zadowolenia z własnej seksualności predyktorami okazały się: cz. 4 potraumatycznego wzrostu, czyli zmiany w sferze duchowej – ujemnie ( $Beta = -0,34$ ) oraz cz. 1., tj. zmiany w percepcji siebie ( $Beta = 0,26$ ) ( $R = 0,34$ ;  $R^2 = 0,12$ ), wyjaśniając odpowiednio 7 i 5% wariacji zmiennej zależnej. Nie ujawniono żadnych predyktorów dla zadowolenia z własnego zdrowia, sytuacji finansowej, mieszkania i małżeństwa.

## Dyskusja

Zadowolenie z życia osób, które doświadczyły zawału serca jest niższe w porównaniu z grupą osób zdrowych, uczestniczących w badaniach normalizacyjnych, przede wszystkim w wymiarach własnego zdrowia, pracy, dzieci, małżeństwa i własnej seksualności. Badane osoby, pomimo choroby i zagrażającego życiu zdarzenia, jakim był zawał serca dostrzegły także korzyści z doświadczonej sytuacji w postaci pozytywnych zmian potraumatycznych. Uzyskane rezultaty wskazały, że 25,6% spośród badanych wykazuje wysoki poziom potraumatycznego wzrostu (47,7% przeciętny i 25,6% niski). Jest to nieco niższy odsetek niż uzyskano w innej grupie osób chorych kardiologicznie (poddanych operacji kardiologicznej w postaci transplantacji serca, wszczepienia by-passów lub sztucznej zastawki), w której poziom pozytywnych zmian po traumie zanotowano u 30% badanych (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2012). Warto nadmienić, że uzyskany odsetek w badaniach osób po zawale serca jest wyraźnie niższy w porównaniu z grupą kobiet chorych onkologicznie po zabiegu resekcji piersi, w której aż 50% badanych określiło swój poziom zmian potraumatycznych jako wysoki (Ogińska-Bulik, 2010).

Płeć i czas, jaki upłynął od wystąpienia zawału serca nie są powiązane z poziomem satysfakcji z życia badanych. Czynnikiem, które okazały się mieć znaczenie dla dobrostanu jednostki okazał się wiek oraz fakt uczestnictwa w rehabilitacji. Osoby młodsze oraz poddane procesowi oddziaływań psychologicznych w ramach rehabilitacji szpitalnej ujawniają wyższe poczucie zadowolenia z życia.

Płeć, wiek ani czas od wystąpienia zawału serca nie wpływają w sposób istotny statystycznie na nasilenie zmian potraumatycznych. Podobnie jak dla zadowolenia z życia, istotne okazało się uczestnictwo w rehabilitacji. Osoby, które zostały poddane działaniom rehabilitacyjnym zauważyły u siebie istotnie więcej pozytywnych zmian w porównaniu z osobami, które nie uczestniczyły w takim procesie.

Wzrost po traumie słabo wiąże się z zadowoleniem z życia osób, które doświadczyły zdarzenia traumatycznego, jakim był zawał serca. Z występowaniem pozytywnych zmian po traumie wiąże się przede wszystkim zadowolenie z czasu

wolnego. Więcej tych zmian zanotowano w grupie osób charakteryzujących się wysokim stopniem zadowolenia z życia.

Pojawianie się pozytywnych zmian w wyniku doświadczonego zdarzenia o charakterze traumatycznym sprzyja większemu poczuciu zadowolenia z życia, choć nie we wszystkich jego wymiarach. Największe znaczenie w przewidywaniu zadowolenia z życia należy przypisać pozytywnym zmianom w zakresie relacji z innymi. Zwiększają one prawdopodobieństwo pojawienia się wyższej satysfakcji z życia, przede wszystkim z takich obszarów, jak praca/wykonywany zawód, czas wolny, kontakty z własnymi dziećmi, przyjaciółmi, a także z własnej osoby.

Jednakże, jak wskazują uzyskane wyniki, pojawianie się niektórych pozytywnych zmian może obniżać satysfakcję z życia. I tak większe docenianie życia zdaje się obniżać zadowolenie z własnej osoby i kontaktów z przyjaciółmi, zaś rozwój sfery duchowej hamuje satysfakcję z własnej seksualności. Wskazuje to tym samym na złożone zależności między występowaniem pozytywnych zmian po traumie a poczuciem zadowolenia z życia.

Uzyskane wyniki w znacznym stopniu korespondują z danymi prezentowanymi w literaturze. Pozytywną zależność między jakością życia a czerpaniem korzyści z traumy uzyskano w badaniach takich autorów, jak: Abraido-Lanza, Guier i Colon (1998); Jackson (2007); Mols i in., (2009); Tomich, Helgeson, (2004) czy Urcuyo i in., (2005). Istotne dodatnie zależności między wzrostem po traumie (ocenianym Kwestionariuszem Osobowego Wzrostu) a jakością życia (mierzoną za pomocą kwestionariusza Kidscreen) zaobserwowano w grupie nastolatków, którzy doświadczyli różnych negatywnych zdarzeń życiowych (Ogińska-Bulik, 2013). Osobowy wzrost (wskaźnik ogólny) wiązał się w sposób istotny statystycznie z sześcioletnią (spośród dziesięciu uwzględnionych w badaniu) wymiarami jakości życia, najsilniej z jakością życia odnoszącą się do rówieśników i wsparcia społecznego.

Dostępne są jednak także wyniki badań wskazujące na występowanie negatywnej zależności (Tomich, Helgeson, 2002) bądź brak związku między zmiennymi (Linley, Joseph, 2004; Stanton, Bower, Low., 2006). Należy również podkreślić, że uzyskane wyniki oparte są w większości na modelu korelacyjnym, co nie pozwala na wnioskowanie o istnieniu zależności przyczynowo-skutkowej.

Można przypuszczać, że występujące zależności między wzrostem po traumie a jakością życia są moderowane przez inne czynniki, w tym zmienne podmiotowe. Wskazuje na to m.in. Park (2004), która sugeruje, że związek między dobrostanem jednostki a czerpaniem korzyści z traumy może zależeć od posiadanych przez nią zasobów osobistych, w tym szczególnie od poziomu optymizmu. Nie można także wykluczyć, że to jakość życia w większym stopniu determinuje występowanie wzrostu po traumie niż czerpanie korzyści z wydarzenia traumatycznego sprzyja jakości życia. Zagadnienie to wymaga więc dalszych analiz.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Miały one charakter przekrojowy, co nie pozwala na orzekanie związków przyczynowo-skutkowych. W badaniach przyjęto, że zawał serca jest wydarzeniem traumatycznym. Nie była to jednak ocena osób badanych, jak również nie dokonywano diagnozy

objawów stresu pourazowego (PTSD), które mogłyby potwierdzać, że doświadczony wydarzenie rzeczywiście miało charakter traumatyczny.

W celu sprawdzenia zależności między występowaniem pozytywnych zmian po doznanej traumie a zadowoleniem z życia wskazane byłyby badania prowadzone wśród osób, które doświadczyły także innych wydarzeń traumatycznych. Warto byłoby także dokonać oceny czy deklarowane zadowolenie z życia, a także pozytywne zmiany potraumatyczne zaobserwowane przez badanych utrzymują się w czasie, to z kolei wymagałoby przeprowadzenia badań długofalowych.

Na zakończenie należy podkreślić rolę rehabilitacji psychologicznej, co ma istotne znaczenie dla praktyki. Poddanie pacjenta oddziaływaniom psychologicznym w ramach rehabilitacji zwiększa prawdopodobieństwo pojawiania się pozytywnych zmian potraumatycznych oraz sprzyja większemu zadowoleniu z życia. Prowadzone oddziaływania w ramach rehabilitacji kardiologicznej powinny więc obejmować również obszar funkcjonowania poznawczego, w tym kształtowanie i rozwijanie umiejętności przepracowywania przeżytej traumy, nadawania sensu i znaczenia doświadczonym wydarzeniom.

#### Literatura cytowana

- Abraido-Lanza, A.F., Guier, C., Colon, R.M. (1998). Psychological thriving among Latinas with chronic illness. *Journal of Social Issues*, 54(2), 405-424.
- Cann, A., Calhoun, L.G., Tedeschi, R.G., Solomon, D.T. (2010). Posttraumatic growth and depreciation as independent experiences and predictors of well-being. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress and Coping*, 15(3), 151-166.
- Carver, C.S., Antoni, M.H. (2004). Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis. *Health Psychology*, 23, 595-598.
- Chodkiewicz, J. (2009). Adaptacja polska Kwestionariusza Zadowolenia z Życia (FLZ). *Studia Psychologiczne*, 47(3), 5-21.
- Czapiński, J. (2002). Szczęśliwy człowiek w szczęśliwym człowieczeństwie? Zrównoważony rozwój, jakość życia i złudzenie postępu. *Psychologia Jakości Życia*, 1(1), 9-34.
- Davis, C.G., Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 561-574.
- Diener, E., Lucas, R.E. (1999). Personality and subjective well-being. W: D. Kahneman, E. Diener, N. Schwarz (red.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (s. 213-229). New York: Russell Sage Foundation.
- Dziurawicz-Kozłowska, A. (2002). Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 2(1), 77-99.
- Felcyn-Koczevska, M., Ogińska-Bulik, N. (2011). Rola prężności w rozwoju potraumatycznym osób w żałobie. W: L. Golińska, E. Bielawska-Batorowicz (red.), *Rodzina i praca w warunkach kryzysu* (s. 511-524). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

- Felcyn-Koczevska, M., Ogińska-Bulik, N. (2012). Psychologiczne czynniki sprzyjające wystąpieniu potraumatycznego wzrostu u osób w żałobie. W: N. Ogińska-Bulik, J. Miniszewska (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka* (s. 59-72). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Helgeson, V., Reynolds, K., Tomich, P. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(5), 797-816.
- Izdebski, P., Suprynowicz, M. (2011). Rozwój pourazowy a prężność. *Nauki o Edukacji. Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy*, 5, 61-69.
- Jackson, C.A. (2007). Posttraumatic growth: Is there evidence for changing our practice? *The Australasian Journal of Disaster*, 1, <http://www.massey.ac.nz/trauma/issues/jackson.htm> (data dostępu: 20.02.2010).
- Linley, P.A., Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 11-21.
- Merecz, D., Waszkowska, M. (2011). Związki pomiędzy objawami zaburzenia po stresie traumatycznym a rozwojem potraumatycznym u kierowców – uczestników wypadku drogowego. W: L. Golińska, E. Bielawska-Batorowicz (red.), *Rodzina i praca w warunkach kryzysu* (s. 541-552). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Meyerson, D., Grant, K., Smith-Carter, J., Kilmer, R. (2011). Posttraumatic growth among children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 949-964.
- Mols, F., Vingerhoets, A.J., Coebergh, J.W., van de Poll-Franse, L.V. (2009). Well-being, posttraumatic growth and benefit-finding in long-term breast cancer survivors. *Psychology & Health*, 24(5), 583-595.
- Nolen-Hoeksema, S., Davis, C. (2004). Theoretical and methodological issues in the assessment and interpretation of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15(1), 60-65.
- Ogińska-Bulik, N. (2010). Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15(2), 125-139.
- Ogińska-Bulik, N. (2012). Kiedy łzy zamieniają się w perły – czyli o korzyściach wynikających ze zmagania się z traumą. W: N. Ogińska-Bulik, J. Miniszewska (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka* (s. 39-57). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Ogińska-Bulik, N. (2013). *Kiedy łzy zamieniają się w perły – czyli o pozytywnych skutkach doświadczeń traumatycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Ogińska-Bulik, N., Bartczak, M. (2012). Determinants of posttraumatic growth. W: D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta (red.), *Reflections on psychological mechanisms of trauma and posttraumatic development* (s. 179-196). Kraków: Wydawnictwo KON-Tekst.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010a). *Osobowość, stres a zdrowie* (wyd. II). Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010b). Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 7(4), 129-142.

- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2012). Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych – objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost. *Psychiatria*, 9(1), 1-10.
- Oleś, M. (2010). *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i chorobie*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Park, C.L. (2004). The notion of growth following stressful life experiences: problems and prospects. *Psychological Inquiry*, 15(1), 69-76.
- Stanton, A.L., Bower, J.E., Low, C.A. (2006). Posttraumatic growth after cancer. W: L.G. Calhoun, R.G. Tedeschi (red.), *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice* (s. 138-175). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-8.
- Tomich, P.L., Helgeson, V. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, 11, 154-169.
- Tomich, P.L., Helgeson, V. (2004). Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*, 23, 16-23.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Urcuyo, K.R., Boyers, A.E., Carver, C.S., Antoni, M.H. (2005). Finding benefit in breast cancer: Relations with personality, coping, and concurrent well-being. *Psychology and Health*, 20, 175-192.
- Zdankiewicz-Ścigała, E. (2009). Nadzieja podstawowa jako moderator procesu adaptacji po traumie. W: J. Strelau, B. Zawadzki, M. Kaczmarek (red.), *Konsekwencje psychiczne traumy. Uwarunkowania i terapia* (s. 132-153). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Zięba, M., Czarnecka-van Luijken, J., Wawrzyniak, M. (2010). Nadzieja podstawowa i wzrost potraumatyczny. *Studia Psychologiczne*, 49(1), 109-121.
- Zięba, M., Wawrzyniak, M., Świrkula, M. (2010). Skala Zmian Życiowych – narzędzie do pomiaru skutków krytycznych wydarzeń. *Psychologia Jakości Życia*, 1, 145-169.