

Pomiar uznania społecznego w percepcji osoby, która doświadczyła zdarzenia traumatycznego

Polska Adaptacja Kwestionariusza Społecznego Uznania (SAQ)

Szymon Szumiał*

Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski
0000–0002–2842–4863

Maja Lis-Turlejska

Instytut Psychologii, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny
0000–0002–7418–8566

Marcin Rzeszutek

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski
0000–0002–4230–3806

Iwona Drapała

Prywatna praktyka psychologiczna w Opolu

STRESZCZENIE

Cel

Celem badania było stworzenie polskiej adaptacji Kwestionariusza Społecznego Uznania SAQ, *Social Acknowledgement Questionnaire*. Kwestionariusz służy do oceny społeczno-interpersonalnych reakcji w stosunku do osób po przeżytych doświadczeniach traumatycznych.

Metoda

Przeprowadzono badania w pięciu grupach pochodzących z różnych populacji. Rzetelność SAQ została oszacowana przy wykorzystaniu współczynników alfa Cronbacha i współczynników korelacji wewnątrzklasowej. Trafność SAQ została sprawdzona przy pomocy confirmacyjnej analizy czynnikowej oraz analizy korelacji wyników SAQ z nasileniem objawów PTSD i objawów depresji.

* Adres do korespondencji: Szymon Szumiał, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Warszawski, ul. Szturmowa 1/3, 02–678 Warszawa, e-mail: ssszumial@wz.uw.edu.pl.

Wyniki

Polska adaptacja SAQ spełnia kryteria rzetelności i trafności. Wartości rzetelności okazały się wystarczająco wysokie, biorąc pod uwagę wymiary spójności wewnętrznej wyrażonej poprzez wartości współczynnika alfa Cronbacha oraz stabilności ujmowanej przez współczynniki korelacji wewnątrzklasowej. Struktura czynnikowa SAQ wymaga dalszych analiz przeprowadzonych na większych próbach.

Konkluzje

Spoleczne uznanie może być dynamiczną zmienną, podlegającą wpływom interwencji terapeutycznych. Polska wersja SAQ jest narzędziem o dobrych właściwościach psychometrycznych, które może zarówno być pomocne w szacowaniu ryzyka rozwoju PTSD. Może również być wartościowym kwestionariuszem do dalszych badań w kontekście prewencji oraz strategii leczenia osób dotkniętych PTSD i ich bliskich.

Słowa kluczowe: stres traumatyczny, PTSD, społeczne uznanie, SAQ, polska adaptacja

WPROWADZENIE

Choć istnieje bardzo obszerna literatura na temat czynników ryzyka zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD) (Brewin i in., 2000; Brewin i in., 2017; Ozer i in., 2003), dotychczasowe badania skupiały się w przeważającej mierze albo na właściwościach samego wydarzenia traumatycznego, albo na wewnątrzosobowych charakterystykach osób po doświadczeniu traumy. Wśród nich można wymienić cechy osobowości, potraumatyczne reakcje poznawcze lub dysfunkcyjne style radzenia sobie. Znacznie mniej badań poświęcono społecznym i interpersonalnym zmiennym, które mogą być związane z tym zaburzeniem. Zwracając uwagę na reakcje otoczenia społecznego w procesie adaptacji potraumatycznej, Maercker i Müller (2004) zaproponowali konstrukt społecznego uznania za ofiarę lub osobę ocalałą (ang. *social acknowledgment as a victim or survivor*). Społeczne uznanie jest definiowane jako doświadczenie przez osobę poszkodowaną pozytywnych reakcji ze strony społeczności oraz reakcji wskazujących na uznanie szczególnie trudnej sytuacji osoby poszkodowanej. Jak piszą sami autorzy: „(...) W pozytywnym przypadku społeczne uznanie wiąże się z postawą bezwarunkowego wsparcia wobec ofiar, osób poszkodowanych. Z drugiej strony ofiary mogą doświadczać negatywnych reakcji, np. ignorowania, odrzucenia czy obwiniania ich (...)” (Maercker i Müller, 2004, s. 345; tłum. autorzy).

Wyżej opisana koncepcja społecznego uznania uwzględnia kilka aspektów postrzeganego uznania: w kontakcie z najbliższą osobą – partnerem/partnerką, w relacji intymnej, w relacjach rodzinnych, w lokalnej społeczności oraz ogólnie w społeczeństwie.

Bazując na powyższej koncepcji społecznego uznania, niemal dekadę później Maercker i Horn (2013) przedstawili „społeczno-interpersonalny model PTSD”. Ten obszerny model teoretyczny łączy dotychczas opisywane podejścia dotyczące zmian neurologicznych, procesów afektywnych i poznawczych z niedocenionymi wcześniej procesami interpersonalnymi i środowiskowymi. Zakłada on istnienie trzech poziomów, w ramach których analizowane są procesy interpersonalne.

Pierwszy – indywidualny – obejmuje właściwości intrapersonalne, które były już opisywane w literaturze w różnych modelach dotyczących PTSD (Ehlers i Clark, 2000; Horowitz, 1976). Autorzy zwracają jednak uwagę również na nieuwzględnione w tych koncepcjach „społeczne emocje”, takie jak wstyd, poczucie winy, gniew czy społeczne przekonania (ang. *social cognitions*), które wiążą się ze społeczną rzeczywistością jednostki po doświadczeniu traumatycznym (Maercker i Horn, 2013). W obrębie drugiego poziomu analizowane są procesy interpersonalne w bliskich relacjach, np. małżeńskich czy partnerskich. Procesy te mogą być istotnymi czynnikami ochronnymi, jak również czynnikami ryzyka PTSD. W radzeniu sobie z traumatycznym zdarzeniem zwraca się uwagę na wsparcie społeczne (ang. *social support*), ujawnianie emocji (ang. *disclosure*), obwinianie ofiary oraz zjawisko wykluczenia (ang. *ostracization*). W końcu trzeci poziom społeczno-interpersonalnego modelu PTSD dotyczy dalszych społecznych relacji, uwarunkowań społecznych i kulturowych (np. wyznawanych w kulturze wartości), które wpływają na ofiarę traumy. Podczas gdy w obrębie drugiego poziomu niniejszego modelu relacje ujmowane są na biegunie „ja – bliska osoba”, na trzecim poziomie mówi się raczej o kategoriach „ja – grupa”. Trzeci poziom odnosi się także do zjawisk związanych z poczuciem przynależności do określonej grupy społecznej. Badania wskazują, że kolektywnie doświadczana trauma, np. po katastrofach i klęskach żywiołowych ma mniej negatywne skutki psychopatologiczne niż trauma doświadczana indywidualnie (Kessler i in., 2005; Maercker i in., 2008).

Maercker i Müller (2004) skonstruowali skalę do oceny percepcji osoby poszkodowanej w stosunku do reakcji środowiska społecznego po traumatycznym zdarzeniu. Kwestionariusz Społecznego Uznania (SAQ, *Social Acknowledgment Questionnaire*) obejmuje różne aspekty postrzeganego uznania traumatycznego doświadczenia przez najbliższe otoczenie (rodzinę, przyjaciół), lokalne środowisko (znajomych, sąsiadów, pracodawców, lokalne władze, duchowieństwo), a także postrzeganego uznania z powodu bycia w trudnej sytuacji przez całe społeczeństwo i kulturę, w której osoba ocalała po traumie została wychowana.

W wielu badaniach empirycznych potwierdzono związek pomiędzy poziomem uznania społecznego w percepcji osób badanych a nasileniem objawów PTSD (Eising i in., 2021; Engler i in., 2020; Guan i in., 2019; Kern i in., 2019; Lis-Turlejska i in., 2018; Ljubotina i in., 2007; Mueller i in., 2008; Mueller i in., 2009; Müller i Maercker, 2006; Rzeszutek i in., 2020; Thormar i in., 2016; Wagner i in., 2012; Xu i in., 2016). Poziom uznania społecznego w percepcji osób z doświadczeniem traumy był analizowany jako predyktor nasilenia objawów PTSD lub jako mediator zależności pomiędzy czynnikami ryzyka. W tym zawiera się poziom ekspozycji na traumę a nasileniem objawów PTSD. Związek pomiędzy poziomem uznania społecznego a nasileniem objawów depresji nie jest tak jednoznaczny. W literaturze wskazuje się, że poziom postrzeganego uznania społecznego pełni istotną rolę w rozwoju objawów PTSD a nie objawów depresji, ponieważ to objawy PTSD a nie objawy depresji są specyficzną reakcją emocjonalną na doświadczenie traumy (Rzeszutek i in., 2020). W innych badaniach (Lis-Turlejska i in., 2018) otrzymano istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem uznania społecznego a nasileniem objawów depresji.

Celem badania jest prezentacja polskiej wersji kwestionariusza SAQ oraz analiza jego rzetelności, w tym stabilności pomiaru, struktury czynnikowej i trafności. Rzetelność pomiaru została oszacowana przy pomocy współczynników rzetelności α Cronbacha. Stabilność pomiaru sprawdzono przy pomocy współczynników korelacji wewnątrzklasowej zastosowanych do dwóch następujących po sobie pomiarów. Wartości współczynników korelacji wewnątrzklasowej nie tylko dotyczą korelacji pomiędzy kolejnymi pomiarami, ale również weryfikują różnice w zakresie poziomu wyników pomiędzy pierwszym i drugim pomiarem. Struktura czynnikowa została określona za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej opartej na metodzie największej wiarygodności. Różnice międzygrupowe w zakresie struktury czynnikowej zostały zweryfikowane za pomocą analizy MGCFA (*multigroup confirmatory factor analysis*). Trafność oceniona została poprzez analizę współczynników korelacji między wynikami na skalach kwestionariusza SAQ a nasileniem objawów zaburzenia po stresie traumatycznym (PTSD) i nasileniem objawów depresji.

Przyjęto, że kwestionariusz SAQ w wersji polskiej zostanie uznany za rzetelny i trafny, jeżeli:

1. Otrzymana wartość współczynników rzetelności przekroczy wartość progową 0,70 kwalifikującą narzędzie do użytku w badaniach naukowych.
2. Wyniki analizy confirmacyjnej potwierdzą zakładaną strukturę czynnikową narzędzia.
3. Potwierdzony zostanie związek pomiędzy wynikami na skalach kwestionariusza SAQ a nasileniem objawów PTSD, udokumentowany w szeregu ww. badań empirycznych.

METODA

Osoby badane

W celu weryfikacji właściwości psychometrycznych kwestionariusza SAQ, tj. rzetelności i trafności pomiaru przeanalizowano wyniki uzyskane w badaniach prowadzonych w latach 2015–2021 w pięciu grupach osób badanych. Badane grupy różniły się pod względem rodzaju doświadczeń traumatycznych. Analizowana próba obejmowała studentów, dorosłe dzieci alkoholików określane jako „DDA” i osoby uzależnione od alkoholu, kobiety z rozpoznaną chorobą nowotworową, kobiety doświadczające przemocy domowej i w końcu strażaków. Łącznie do analizy włączono wyniki 505 osób. Dodatkowo przeprowadzono badanie dotyczące stabilności bezwzględnej pomiaru przeprowadzonego za pomocą kwestionariusza SAQ w grupie 57 studentów. Włączenie do analiz wyników otrzymanych na próbach pochodzących z różnych populacji miało na celu zweryfikowanie właściwości psychometrycznych narzędzia na różnorodnej próbie. Charakterystykę demograficzną badanej próby przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1

Charakterystyka demograficzna badanej próby

Zmienne demograficzne	Grupa					
	(1) DDA + os. uza- leżnione	(2) Pacjentki onkolo- giczne	(3) Przemoc domowa	(4) Strażacy	(5) Studenci	(6) Studenci badanie stabilności
Wiek	19–75	29–86	20–63	20–44	19–26	20–29
Płeć						
Kobiety	98 (57,6%)	67 (100%)	118 (100%)	0	63 (77,8%)	20 (35,1%)
Mężczyźni	72 (42,4%)	0	0	95 (100%)	18 (22,2%)	37 (64,9%)
Wykształcenie						
podst./zaw.	49 (28,8%)	4 (6,0%)	39 (33,1%)	0	0	0
Średnie	60 (35,3%)	23 (34,3%)	49 (41,5%)	62 (65,3%)	45 (55,6%)	51 (89,5%)
Wyższe	61 (35,9%)	40 (59,7%)	30 (25,4%)	33 (34,7%)	36 (44,4%)	6 (10,5%)
Ogółem	170 (100%)	67 (100%)	118 (100%)	95 (100%)	81 (100%)	57 (100%)

Narzędzia

Badania przeprowadzano w bezpośrednim kontakcie z osobami badanymi. Użyto następujących narzędzi, poprzedzonych ankietą socjodemograficzną.

1. Kwestionariusz Społecznego Uznania (Maercker i Müller, 2004)

Kwestionariusz Społecznego Uznania (SAQ) jest skalą samoopisową przeznaczoną do badania osób, które doświadczyły traumatycznego i/lub silnie kryzysowego zdarzenia życiowego. Osoby badane oceniają subiektywnie siebie jako osobę, która doświadczyła uznania/docenienia z racji bycia w trudnej sytuacji po przeżytym traumatycznym wydarzeniu. Osoby badane samodzielnie ustosunkowują się do każdego pytania mierzącego określone wymiary spostrzeganego przez siebie społecznego uznania ich przeżyć po wydarzeniu traumatycznym. Do pomiaru natężenia ww. zmiennej służy czterostopniowa skala od 0 (całkowicie nie zgadzam się) do 3 (całkowicie zgadzam się).

Pośród 16 pozycji kwestionariusza dwie pozycje (nr 9 i 11) to pozycje z odwróconym kluczem. Wyniki otrzymane za pomocą tych pozycji należy zrekodować przed przystąpieniem do dalszych obliczeń. W badaniu kwestionariuszem otrzymuje się wyniki w trzech podskalach: ogólna dezaprobatą (*general disapproval*; np. w pozycji „Większość ludzi nie potrafi zrozumieć przez co przesłama/przeszedłem”), dezaprobatą ze strony rodziny (*family disapproval*; np. „Moja rodzina

uważa, że przesadnie reaguję na to wydarzenie”), oraz uznanie jako ofiary (*recognition as victim*; np. „Wiele osób zaferowało mi pomoc w pierwszych dniach po wydarzeniu”). Należy zwrócić uwagę, że pierwsza podskala – ogólna dezaprobatą nie stanowi wyników ogólnych w kwestionariuszu. Określenie „ogólna” nawiązuje do pomiaru uznania społecznego ze strony społeczeństwa rozumianego ogólnie. W kwestionariuszu oblicza się również wynik ogólny odwracając wyniki w podskali ogólna dezaprobatą i dezaprobatą ze strony rodziny a następnie dodaje się tak otrzymane wartości do wyników na skali uznanie.

2. Kwestionariusz PCL-5 (Weathers i in., 2013; Ogińska-Bulik i in., 2018)

Kwestionariusz służy do pomiaru nasilenia objawów stresu pourazowego (PTSD) u osób dorosłych. Poszczególne pozycje kwestionariusza odpowiadają 20 objawom PTSD i są dostosowane do kryteriów diagnostycznych klasyfikacji DSM-5. Osoby badane wskazują występujące u nich nasilenie każdego objawu na skali od 0 (wcale) do 4 (bardzo mocno). Rzetelność pomiaru polską wersją kwestionariusza wynosi 0,96.

3. Kwestionariusz BDI (Beck i in., 1961; w tłumaczeniu Lewickiej i Czapińskiego)

Jest to szeroko stosowany kwestionariusz służący do pomiaru nasilenia depresji z uwzględnieniem objawów poznawczych i somatycznych. Nasilenie każdego objawu jest mierzone na skali od 0 do 3. Wartość zero oznacza brak występowania objawu a wartość 3 – największe nasilenie objawu. Kwestionariusz zawiera 21 pozycji. Rzetelność pomiaru kwestionariuszem zawiera się w przedziale od 0,73 do 0,92, średnio – 0,86 (Beck, Steer, & Garbin, 1988).

Opis procesu walidacji oryginalnej wersji SAQ

Pierwsza wersja kwestionariusza SAQ zawierała 66 stwierdzeń. Stworzono ją na podstawie przeglądu literatury oraz ankiet wypełnionych przez osoby, które doświadczyły różnych zdarzeń traumatycznych. Ankiety dotyczyły postrzeganego uznania przez inne osoby. Skala została zredukowana do 49 stwierdzeń po ewaluacji przez czterech ekspertów z Wydziału Psychopatologii Uniwersytetu w Zurychu, w którym pracują autorzy. W badaniu Maerckera i Mueller (Maercker i Müller, 2004) dokonano walidacji kwestionariusza w grupie 178 byłych więźniów politycznych (z NRD) oraz grupy 151 ofiar przestępstw. Wykazano, że wszystkie podskale kwestionariusza SAQ istotnie korelowały z nasileniem objawów PTSD mierzonych zrewidowaną wersją Skali Wpływu Zdarzeń IES-R (Weiss i Marmar, 1997). Podskale Dezaprobatą ze strony rodziny oraz Ogólna dezaprobatą dodatkowo korelowały z wynikami w podskalach kwestionariusza IES-R mierzącymi objawy pobudzenia, intruzji oraz unikania (korelacje mieściły się w przedziale od 0,32 do 0,58), natomiast podskala Uznania korelowała z powyższymi podskalami ujemnie (korelacje mieściły się w przedziale od -0,29 do -0,32). Wartości alfa Cronbacha w grupie więźniów politycznych wynosiły: dla wyniku ogólnego $\alpha = 0,86$, dla Ogólnej Dezaprobaty $\alpha = 0,82$, dla Uznania $\alpha = 0,79$, dla Dezaprobaty

ze strony rodziny $\alpha = 0,78$. Wartości α Cronbacha w grupie ofiar przestępstw wynosiły: dla wyniku ogólnego $\alpha = 0,79$, dla Ogólnej Dezaprobaty $\alpha = 0,78$, dla Uznania $\alpha = 0,87$, dla Dezaprobaty ze strony rodziny $\alpha = 0,85$. Struktura czynnikowa okazała się niemal identyczna w obydwu grupach osób badanych. Związek pomiędzy podskala Ogólna dezaprobatą a poziomem objawów PTSD okazał się najsilniejszy. Kwestionariusz SAQ wykazał również zadowalającą rzetelność test – retest w badaniu przeprowadzonym w grupie byłych więźniów politycznych z odstępem dwóch miesięcy pomiędzy dwoma kolejnymi pomiarami (wynik ogólny, $r = 0,80$; Uznanie za Ofiarę, $r = 0,85$; Ogólna dezaprobatą, $r = 0,81$; Dezaprobatą ze strony rodziny, $r = 0,74$). Zbadano również korelacje pomiędzy skalą SAQ a skalą do pomiaru wsparcia społecznego *Social Support SOZZU* (Sommer i Fydrich, 1991). Wykazano dodatnie korelacje pomiędzy wsparciem społecznym a wszystkimi podskalami kwestionariusza SAQ (mieściły się one w przedziale od 0,41 do 0,63). Ponadto hierarchiczna analiza regresji wykazała, że kwestionariusz SAQ włączony do analizy wyjaśniał większy stopień wariacji nasilenia objawów PTSD niż wyłącznie kwestionariusz *SOZZU* do pomiaru wsparcia społecznego. Zdaniem autorów podobna czynnikowa struktura kwestionariusza SAQ w obydwu grupach badanych (tj. wśród byłych więźniów politycznych oraz ofiar przestępstw) wskazuje na możliwość jego zastosowania w badaniach przeprowadzanych na osobach, które doświadczyły różnego rodzaju traum, np. wypadków komunikacyjnych, napaści, przemocy.

Tłumaczenie SAQ

Zgodnie z procedurą Brislina (1980) w pierwszym etapie procedura translacyjna objęła przetłumaczenie kwestionariusza SAQ. Tłumaczenia dokonywali psychologowie i psychoterapeuci biegle posługujący się językiem angielskim, zajmujący się problematyką traumy. Wśród nich znajduje się autorka pracy. Analizując kilka polskich wersji, ustalono jedną, która została następnie ponownie przetłumaczona na język oryginalny. Retranslacja na język angielski została wykonana przez osobę mającą doświadczenie w pracy terapeutycznej, wykonującą profesjonalne tłumaczenia w zakresie psychologii (jako native speaker). Wersja ta została przesłana autorowi narzędzia Andreasowi Maerckerowi, który zasugerował drobne zmiany a następnie zaakceptował polską wersję narzędzia.

WYNIKI

Analiza rzetelności

Rzetelność pomiaru kwestionariuszem wyznaczono w oparciu o metodę α Cronbacha. Obliczenia przeprowadzono na wynikach otrzymanych w całej badanej próbie, tj. w sześciu analizowanych grupach łącznie. Otrzymano następujące wartości współczynników rzetelności: $\alpha = 0,75$ dla wyniku ogólnego w kwestionariuszu

SAQ, $\alpha = 0,75$ dla wyników w skali ogólnej dezaprobaty, $\alpha = 0,79$ dla wyników w skali uznania i $\alpha = 0,73$ dla wyników w skali dezaprobaty ze strony rodziny. W tabeli 2 przedstawiono wartości skorygowanych współczynników korelacji pozycja–skala dla poszczególnych pozycji kwestionariusza.

Tabela 2

Wartości skorygowanych współczynników korelacji pozycja-skala dla poszczególnych pozycji kwestionariusza SAQ

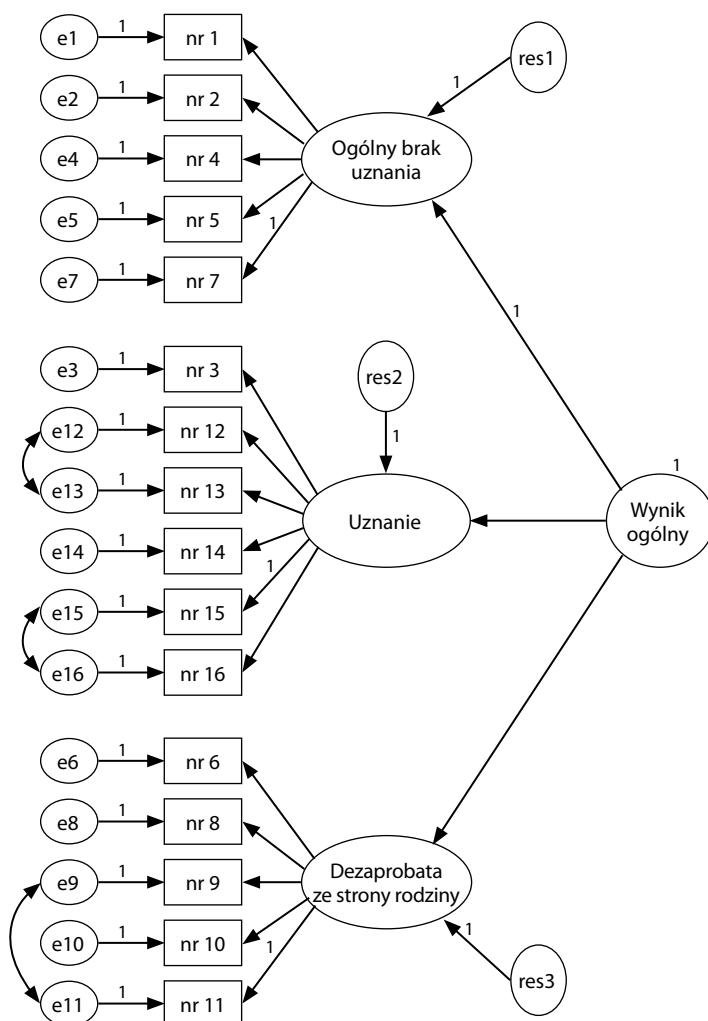
Pozycja	Skala	r	Pozycja	Skala	r
nr 7	Ogólna dezaprobatą	0,63	nr 12	Uznanie	0,65
nr 5	Ogólna dezaprobatą	0,56	nr 3	Uznanie	0,34
nr 4	Ogólna dezaprobatą	0,54	nr 16	Uznanie	0,50
nr 2	Ogólna dezaprobatą	0,55	nr 11	Dezaprobatą ze strony rodziny	0,41
nr 1	Ogólna dezaprobatą	0,65	nr 10	Dezaprobatą ze strony rodziny	0,40
nr 15	Uznanie	0,44	nr 9	Dezaprobatą ze strony rodziny	0,27
nr 14	Uznanie	0,69	nr 8	Dezaprobatą ze strony rodziny	0,50
nr 13	Uznanie	0,69	nr 6	Dezaprobatą ze strony rodziny	0,50

W celu oszacowania stabilności bezwzględnej test – retest kwestionariusza SAQ zbadano grupę 57 studentów (20 kobiet, 37 mężczyzn). Badanie zakładało dwa pomiary w odstępie trzech tygodni. Otrzymano wysokie wartości współczynników korelacji wewnątrzklasowej świadczące o wysokiej stabilności pomiaru kwestionariuszem. Otrzymane wartości wynosiły $R_{tt} = 0,66$ dla wyników na podskali Ogólnej dezaprobaty, $R_{tt} = 0,66$ dla wyników na podskali Uznania, $R_{tt} = 0,66$ na wyników na podskali Dezaprobaty ze strony rodziny oraz $R_{tt} = 0,77$ dla wyniku ogólnego w kwestionariuszu SAQ. Otrzymane wyniki dotyczące rzetelności w obu jej aspektach, czyli wewnętrznej homogeniczności narzędzia oraz stabilności pomiaru narzędziem pozwalają stwierdzić, że kwestionariusz w polskiej adaptacji jest narzędziem rzetelnym.

Analiza trafności

W pierwszej kolejności zweryfikowano zakładaną strukturę czynnikową wyników otrzymanych za pomocą kwestionariusza SAQ. W tym celu przeprowadzono konfirmacyjną analizę czynnikową na podstawie metody największego prawdopodobieństwa. Zasadniczą korektą w stosunku do zakładanej struktury czynnikowej, którą przeprowadzono ze względu na bardzo wysoką wartość indeksu modyfikacji wynoszącą $M.I. = 143,16$ było dodanie dodatkowej korelacji pomiędzy pozycjami nr 9 i 11. Należy zwrócić uwagę, że są to jedyne pozycje w kwestionariuszu

SAQ, które należy zrekodować przed obliczaniem wyników. Opierając się na wartości indeksów modyfikacji dodano również korelacje pomiędzy sąsiadującymi ze sobą pozycjami nr 12 i 13 ($M.I. = 9,71$) oraz nr 15 i 16 ($M.I. = 12,37$). Uzyskane wartości współczynników dopasowania były zadowalające, wynosiły $NFI = 0,90$, $TLI = 0,97$, $CFI = 0,93$. $RMSEA = 0,06$ [$90\%CI = 0,05; 0,07$]. Rekomendowane wartości progowe dla ww. współczynników dopasowania wynoszą 0,90 dla indeksu NFI (Bentler, 1992); 0,95 dla indeksu TLI (Hu i Bentler, 1999); 0,90 dla indeksu CFI (Bentler, 1992) i $\leq 0,08$ dla indeksu $RMSEA$ (Browne i Cudeck, 1993). Na rysunku 1 przedstawiono obraz struktury czynnikowej wyników w kwestionariuszu SAQ otrzymany w przeprowadzonych analizach.



Rysunek 1. Obraz struktury czynnikowej wyników w kwestionariuszu SAQ otrzymany za pomocą konfirmacyjnej analizy czynnikowej

W tabeli 3 przedstawiono wartości ładunków czynnikowych otrzymanych dla poszczególnych pozycji kwestionariusza.

Tabela 3

Wartości ładunków czynnikowych otrzymanych dla poszczególnych pozycji kwestionariusza SAQ

Ścieżka w strukturze czynnikowej			<i>f</i>	<i>p</i>
Ogólna dezaprobata	<---	Wynik ogólny	-0,99	0,001
Uznanie	<---	Wynik ogólny	0,08	0,061
Dezaprobata ze strony rodziny	<---	Wynik ogólny	-0,64	0,001
nr 7	<---	Ogólna dezaprobata	0,76	0,001
nr 5	<---	Ogólna dezaprobata	0,63	0,001
nr 4	<---	Ogólna dezaprobata	0,61	0,001
nr 2	<---	Ogólna dezaprobata	0,63	0,001
nr 1	<---	Ogólna dezaprobata	0,70	0,001
nr 15	<---	Uznanie	0,44	0,001
nr 14	<---	Uznanie	0,85	0,001
nr 13	<---	Uznanie	0,76	0,001
nr 12	<---	Uznanie	0,65	0,001
nr 3	<---	Uznanie	0,38	0,001
nr 16	<---	Uznanie	0,55	0,001
nr 11	<---	Dezaprobata ze strony rodziny	0,24	0,001
nr 10	<---	Dezaprobata ze strony rodziny	0,64	0,001
nr 9	<---	Dezaprobata ze strony rodziny	0,11	0,001
nr 8	<---	Dezaprobata ze strony rodziny	0,83	0,001
nr 6	<---	Dezaprobata ze strony rodziny	0,79	0,001
nr 11	<-->	nr 9	0,54	0,001
nr 15	<-->	nr 16	0,15	0,003
nr 13	<-->	nr 12	0,39	0,001

f – wartość ładunku czynnikowego; *p* – istotność statystyczna

Wartości wszystkich współczynników korelacji z wyjątkiem pozycji nr 9 były wyższe od wartości 0,30.

W analizie wartości ładunków czynnikowych uwagę zwraca niska wartość standaryzowanego współczynnika regresji dotycząca zależności pomiędzy ogólnym wynikiem w kwestionariuszu SAQ a wynikami w skali uznania. Opierając się na analizie dotyczącej różnic międzygrupowych MGCFA (*multigroup confirmatory factor analysis*) w zakresie analizowanej struktury czynnikowej stwierdzono, że wartości ładunków czynnikowych otrzymane w pięciu grupach tworzących analizowaną próbę różniły się między sobą, $\chi^2(52) = 86,04$, $p < 0,01$. Wartości ładunków czynnikowych otrzymanych w poszczególnych grupach przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4

Wartości ładunków czynnikowych otrzymanych dla poszczególnych pozycji kwestionariusza SAQ w poszczególnych grupach

Ścieżka w strukturze czynnikowej			$f(1)$	$f(2)$	$f(3)$	$f(4)$	$f(5)$
Ogólna dezaprobata	<---	Wynik ogólny	-0,94	-0,94	-0,96	-0,94	-0,97
Uznanie	<---	Wynik ogólny	0,03	0,56	0,07	0,36	0,42
Dezaprobata ze strony rodziny	<---	Wynik ogólny	-0,49	-0,88	-0,58	-0,83	-0,54
nr 7	<---	Ogólna dezaprobata	0,70	0,82	0,74	0,83	0,75
nr 5	<---	Ogólna dezaprobata	0,45	0,68	0,61	0,67	0,70
nr 4	<---	Ogólna dezaprobata	0,46	0,62	0,65	0,71	0,63
nr 2	<---	Ogólna dezaprobata	0,58	0,73	0,61	0,69	0,53
nr 1	<---	Ogólna dezaprobata	0,75	0,82	0,62	0,67	0,60
nr 15	<---	Uznanie	0,42	0,51	0,34	0,49	0,35
nr 14	<---	Uznanie	0,91	0,77	0,78	0,84	0,81
nr 13	<---	Uznanie	0,58	0,81	0,95	0,76	0,76
nr 12	<---	Uznanie	0,45	0,70	0,79	0,60	0,79
nr 3	<---	Uznanie	0,37	0,19	0,28	0,64	0,44
nr 16	<---	Uznanie	0,50	0,42	0,51	0,74	0,53
nr 11	<---	Dezaprobata ze strony rodziny	0,31	0,46	0,22	0,12	0,02

ciąg dalszy Tabeli 4

Ścieżka w strukturze czynnikowej			<i>f</i> (1)	<i>f</i> (2)	<i>f</i> (3)	<i>f</i> (4)	<i>f</i> (5)
nr 10	<---	Dezaprobatą ze strony rodziny	0,67	0,35	0,57	0,73	0,54
nr 9	<---	Dezaprobatą ze strony rodziny	0,04	0,23	0,07	0,11	0,13
nr 8	<---	Dezaprobatą ze strony rodziny	0,78	0,98	0,77	0,80	0,84
nr 6	<---	Dezaprobatą ze strony rodziny	0,70	0,72	0,80	0,94	0,77
nr 11	<-->	nr 9	0,25	0,16	0,22	0,16	0,39
nr 15	<-->	nr 16	0,64	0,23	0,34	0,37	0,11
nr 13	<-->	nr 12	0,58	0,43	0,47	0,60	0,59

f – wartość ładunku czynnikowego; *p* – istotność statystyczna; (1) – DDA+os. uzależnione od alkoholu; (2) – pacjentki onkologiczne; (3) – kobiety doświadczające przemocy domowej; (4) – strażacy; (5) – studenci

Ładunki czynnikowe otrzymane dla pozycji nr 9 i 11, czyli pozycji z odwróconym kluczem były dość niskie. Niskie wartości standaryzowanych współczynników regresji dotyczące zależności pomiędzy ogólnym wynikiem w kwestionariuszu SAQ a wynikami na skali uznania stwierdzono w analizie wyników otrzymanych w grupie DDA i osób uzależnionych od alkoholu oraz w grupie kobiet doświadczających przemocy domowej. Po wykluczeniu skali Uznanie ze struktury czynnikowej SAQ stwierdzono wzrost wartości indeksów dopasowania. Wartości te wynosiły *NFI* = 0,95, *TLI* = 0,96, *CFI* = 0,97. *RMSEA* = 0,06 [*90%CI* = 0,04; 0,07].

W tabeli 5 przedstawiono statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych przedziałowych.

Tabela 5

Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych przedziałowych

Zmienne	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>S</i>	<i>K</i>
Ogólna dezaprobatą	6,01	3,72	0	15	0,37	-0,50
Uznanie	6,27	4,22	0	18	0,43	-0,42
Dezaprobatą ze strony rodziny	6,17	3,51	0	15	0,43	-0,14
Wynik ogólny SAQ	24,09	7,61	0	43	-0,31	0,01
Nasilenie objawów kryterium B	7,96	5,39	0	18	0,04	-1,17

ciąg dalszy Tabeli 5

Zmienne	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min</i>	<i>max</i>	<i>S</i>	<i>K</i>
Nasilenie objawów kryterium C	4,06	2,76	0	8	-0,07	-1,40
Nasilenie objawów kryterium D	14,16	7,87	1	28	-0,16	-1,20
Nasilenie objawów kryterium E	12,16	6,10	1	24	-0,03	-0,92
Nasilenie objawów PTSD	38,33	19,69	4	70	-0,11	-1,10
Nasilenie objawów depresji	12,34	7,16	1	35	0,69	0,35

M – wartość średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *min* – wartość minimalna; *max* – wartość maksymalna; *S* – miara skośności; *K* – miara kurtozy

W następnej kolejności przeprowadzono analizę trafności konwergencyjnej, analizując współczynniki korelacji pomiędzy wynikami otrzymanymi w kwestionariuszu SAQ a nasileniem objawów PTSD zmierzonym za pomocą kwestionariusza PCL-5 i nasileniem depresji zmierzonym za pomocą kwestionariusza BDI. Wyniki przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6

Współczynniki korelacji pomiędzy wynikami otrzymanymi w kwestionariuszu SAQ a nasileniem depresji i nasileniem objawów PTSD

	Kwestionariusz SAQ			Wynik ogólny
	Ogólna dezaprobatą	Uznanie	Dezaprobatą ze strony rodziny	
Nasilenie objawów kryterium B	0,437***	-0,004	0,230***	-0,329***
Nasilenie objawów kryterium C	0,455***	-0,076	0,274***	-0,393***
Nasilenie objawów kryterium D	0,527***	-0,058	0,363***	-0,465***
Nasilenie objawów kryterium E	0,393***	-0,036	0,170***	-0,292***
Nasilenie objawów PTSD	0,515***	-0,046	0,299***	-0,421***
Nasilenie objawów depresji	0,386***	-0,243***	0,154***	-0,344***

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

Stwierdzono, że wyniki na podskali Ogólnej dezaprobaty korelowały dodatnio z nasileniem objawów PTSD oraz z nasileniem objawów depresji. Wyniki ogólne w kwestionariuszu SAQ korelowały ujemnie z nasileniem objawów PTSD

oraz ujemnie z nasileniem objawów depresji. Wyniki na podskali Uznanie korelowały ujemnie z nasileniem objawów depresji, ale nie korelowały z nasileniem objawów PTSD. Wyniki na podskali Dezaprobaty ze strony rodziny korelowały dodatnio z nasileniem objawów PTSD i z nasileniem objawów depresji. Otrzymało wyniki potwierdzające trafność pomiaru kwestionariuszem SAQ.

DYSKUSJA

Polska adaptacja SAQ spełnia kryteria rzetelności i trafności. Wartości rzetelności okazały się wysokie zarówno w odniesieniu do spójności wewnętrznej wyrażonej poprzez wartości współczynnika α Cronbacha, jak i stabilności bezwzględnej zweryfikowanej za pomocą współczynników korelacji wewnątrzklasowej. Struktura czynnikowa kwestionariusza SAQ również była zgodna ze strukturą wynikającą z klucza służącego do obliczania wyników. Należy jednak zauważyć, że wartość wyników otrzymanych za pomocą podskali Uznanie zależy od charakteru badanej próby. Nie stwierdzono powiązania pomiędzy wynikami w tej podskali a wynikami ogólnymi w kwestionariuszu SAQ w analizie wyników otrzymanych w grupie osób DDA i osób uzależnionych od alkoholu ani w grupie kobiet doświadczających przemocy domowej. Należy zwrócić uwagę, że podskala Uznanie to jedyna podskala w kwestionariuszu SAQ badająca nasilenie uznania wprost, np. „Reakcja moich znajomych była pomocna”. Pozostałe dwie podskale, czyli Ogólna dezaprobaty i Dezaprobaty ze strony rodziny opierają się głównie na pozycjach sformułowanych negatywnie, np. „Większość ludzi nie potrafi zrozumieć przez co przeszedłam/przeszedłem”. Wydaje się, że w odniesieniu do niektórych osób badanych, w zależności od rodzaju doświadczeń traumatycznych wartość diagnostyczna pozycji sformułowanych wprost może być ograniczona. W doświadczeniu niektórych osób badanych, m. in. osób uzależnionych od alkoholu albo kobiet doświadczających przemocy domowej zachowania otoczenia wyrażające uznanie społeczne mogą być trudne do zauważenia. Pomiar odwrócony, tzn. w oparciu o nasilenie zjawisk negatywnych związanych z dezaprobatą może być wówczas bardziej efektywną techniką. W badaniach, w których nie zostanie stwierdzona istotna statystycznie korelacja pomiędzy wynikami w podskali Uznanie a wynikami ogólnymi w kwestionariuszu SAQ można rozważyć posługiwanie się wyłącznie podskala ogólną dezaprobaty i dezaprobaty ze strony rodziny. Jako autorzy adaptacji zalecamy więc weryfikację struktury czynnikowej kwestionariusza w każdym badaniu z udziałem tego narzędzia. Należy zwrócić szczególną uwagę na to, czy wyniki na skali Uznanie będą odpowiednio powiązane z wynikiem ogólnym, zwłaszcza w badaniach przeprowadzanych w grupach osób, którym charakter doświadczeń traumatycznych może utrudniać percepcję uznania społecznego, a więc np. osoby, których doświadczenia traumatyczne były związane z uzależnieniem czy osoby doświadczające przemocy domowej. Można oczekiwać, że tego rodzaju niedopasowanie struktury czynnikowej nie będzie natomiast występować w wynikach badań przeprowadzonych np. wśród osób chorujących na choroby somatyczne, strażakach, żołnierzach czy policjantach.

Stwierdzony w przedstawianych wynikach brak zależności pomiędzy wynikami na skali Uznanie a nasileniem objawów PTSD był już odnotowany przez Wagnera i in. (2012).

Przeprowadzone badania mają pewne ograniczenia. Badania te mają charakter przekrojowy – analizy o charakterze podłużnym na pewno rozszerzyłyby wiedzę o czynnikach wpływających na proces radzenia sobie z traumą z uwzględnieniem roli społecznego uznania. Badania podłużne pozwoliłyby też na dalszą weryfikację stabilności pomiaru za pomocą kwestionariusza SAQ.

Pomimo powyższych ograniczeń polska wersja SAQ jest narzędziem o dobrych właściwościach psychometrycznych, które może zarówno być pomocne w szacowaniu ryzyka rozwoju PTSD, jak również być wartościowym kwestionariuszem do dalszych badań w kontekście prewencji, jak i strategii leczenia osób dotkniętych PTSD oraz ich bliskich. Doświadczenie społecznego uznania za ofiarę lub osobę ocalałą jest czynnikiem ochronnym u osób, które doświadczyły traumy. Ma także duże znaczenie dla procesu zdrowienia po traumie. Może mieć ono kluczowe znaczenie we wspieraniu gotowości do odnajdywania nowych celów i poszukiwania znaczenia doświadczeń traumatycznych. Percepcja społecznego uznania może być także dynamiczną zmienną, podlegającą wpływom interwencji terapeutycznych. Interwencje te mogą koncentrować się na zniekształceniach poznawczych, społecznych umiejętnościach, co z kolei może wpłynąć na stopień postrzeganego społecznego uznania (Foa i in., 2005; van der Velden i in., 2019). W związku z tym powinno być ono brane pod uwagę w pracy terapeutycznej z osobami doświadczającymi objawów PTSD (Woodhouse i in. 2018; Zhao i in., 2020).

BIBLIOGRAFIA

- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004.
- Bentler, P.M. (1992). On the fit of models to covariances and methodology to the Bulletin. *Psychological Bulletin*, 112, 400–404. DOI: 10.1037/0033-2909.112.3.400.
- Brewin C., Cloitre M., Hyland P., Shevlin M., Maercker A., Bryant R. i Reed G. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev*. 58, 1–15. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.09.001.
- Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D. i Holloway R. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 68(5), 748–766. DOI: 10.1037//0022-006x.68.5.748.
- Brislin R.W. (1980). Back-translation for cross-cultural research. *J Cross-Cult Psychol.*, 1, 185–216. DOI: <https://doi.org/10.1177/135910457000100301>.
- Browne, M.W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K.A. Bollen & J.S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (136–162). Newbury Park, CA: Sage.

- Ehlers A i Clark DM. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 38(4), 319–345. DOI: 10.1016/s0005-7967(99)00123-0.
- Eising, C. M., Voelkle, M. C., Rohner, S. L., Maercker, A., & Thoma, M. V. (2021). Lifetime post-traumatic stress disorder in older individuals with a history of institutional upbringing in childhood: The role of social acknowledgement and stressful life events. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1). DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1915578>.
- Engler, G. A., Goldzweig, G., Hasson, O. I., Laor, M. R., Braun, M., Engler-Gross, A., Hasson-Ohayon, I., & Laor-Maayany, R. (2020). Grief over patients, compassion fatigue, and the role of social acknowledgment among psycho-oncologists. *Psycho-Oncology*, 29(3), 493–499. DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.5286>.
- Foa E., Keane T., Friedman M., i Cohen J. (2005). *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Guan, R., Gao, J., Liu, G., Cheng, F., & Ge, B. (2019). The Mediating Effect of Perceived Social Acknowledgment on the Relationship Between Patient Assaults and Post-traumatic Stress Reactions in Emergency Nurses. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(18), 3833–3849. DOI: <https://doi.org/10.1177/0886260516673627>.
- Horowitz M.J. (1976). *Stress response syndromes*. New York: Aronson.
- Hu, L-T., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1– 55. DOI: <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.
- Jones, B., Müller, J., & Maercker, A. (2006). Trauma and posttraumatic reactions in German development aid workers: Prevalences and relationship to social acknowledgement. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(2), 91–100. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764006061248>.
- Kern, S. M., Stacy, S. E., Kozina, R. M., Ripley, A. J., & Clapp, J. D. (2019). Exploring the relation between posttraumatic stress disorder and interpersonal outcomes: The role of social acknowledgment and trauma type. *Journal of Clinical Psychology*, 75(1), 132–145. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.22693>.
- Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R. i Walters E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 62(6), 617–627.
- Lis-Turlejska, M., Szumiał, S., & Drapała, I. (2018). Posttraumatic stress symptoms among Polish World War II survivors: the role of social acknowledgement. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1423831>.
- Ljubotina, D., Pantić, Z., Frančišković, T., Mladić, M., & Priebe, S. (2007). Treatment Outcomes and Perception of Social Acknowledgment in War Veterans: Follow-up Study. *Croatian Medical Journal*, 48(2), 157–166.
- Maercker A., Forstmeier S., Wagner B., Glaesmer H. i Brähler E. (2008). Post-traumatic stress disorder in Germany. Results of a nationwide epidemiological study. *Nervenarzt*, 79(5), 577–586. DOI: 10.1007/s00115-008-2467-5.

- Maercker A., i Horn A. (2013). A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clin Psychol Psychother.*, 20(6), 465–481. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.1805>.
- Maercker, A., & Müller, J. (2004). Social acknowledgment as a victim or survivor: A scale to measure a recovery factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 17(4), 345–451. DOI: <https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000038484.15488.3d>.
- Mueller, J., Moergeli, H., & Maercker, A. (2008). Disclosure and social acknowledgement as predictors of recovery from posttraumatic stress: a longitudinal study in crime victims. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53(3), 160–168. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674370805300306>.
- Mueller, J., Orth, U., Wang, J., & Maercker, A. (2009). Disclosure attitudes and social acknowledgement as predictors of posttraumatic stress disorder symptom severity in Chinese and German crime victims. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(8), 547–556. DOI: <https://doi.org/10.1177/070674370905400807>.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z., Lis-Turlejska, M., i Miecz-Kot, D. (2018). Polska adaptacja PTSD Checklist for DSM-5 – PCL-5. Doniesienie wstępne. *Przegląd Psychologiczny*, 61(2), 281–285.
- Ozer E., Best S., Lipsey T. i Weiss D. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Bull.*, 129(1), 52–73. DOI: [10.1037/0033-2909.129.1.52](https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52).
- Rzesutek, M., Lis-Turlejska, M., Krajewska, A., Zawadzka, A., Lewandowski, M., & Szumiał, S. (2020). Long-Term Psychological Consequences of World War II Trauma Among Polish Survivors: A Mixed-Methods Study on the Role of Social Acknowledgment. *Frontiers in Psychology*, 11, 210. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00210>.
- Sommer G., Fydrich T. (1991). Development and validation of a questionnaire on social support. *Diagnostica*, 37(2), 160–178.
- Thormar, S. B., Sijbrandij, M., Gersons, B. P. R., Van de Schoot, R., Juen, B., Karlsson, T., & Olf, M. (2016). PTSD Symptom Trajectories in Disaster Volunteers: The Role of Self-Efficacy, Social Acknowledgement, and Tasks Carried Out. *Journal of Traumatic Stress*, 29(1), 17–25. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.22073>.
- van der Velden P.G., Oudejans M., Das M., Bosmans M., i Maercker A. (2019). The longitudinal effect of social recognition on PTSD symptomatology and vice versa: Evidence from a population-based study. *Psychiatry Res.*, 279, 287–294. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.05.044>.
- Wagner, B., Keller, V., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2012). Social acknowledgement as a predictor of post-traumatic stress and complicated grief after witnessing assisted suicide. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(4), 381–385. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020764011400791>.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
- Weiss D.S., i Marmar C.R. (1997). The impact of event scale—Revised. W: Wilson JP, Keane TM (Ed.). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press, 399–411.

- Woodhouse S., Brown R., Ayers S. (2018). A social model of posttraumatic stress disorder: Interpersonal trauma, attachment, group identification, disclosure, social acknowledgement, and negative cognitions. *J Theo Soc Psychol*, 2, 35–48. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts5.17>.
- Xu, W., Wang, J., Wang, Z., Li, Y., Yu, W., Xie, Q., He, L., & Maercker, A. (2016). Web-based intervention improves social acknowledgement and disclosure of trauma, leading to a reduction in posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Health Psychology*, 21(11), 2695–2708. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105315583371>.
- Zhao Y., An Y., Sun X. i Liu J. (2020). Self-Acceptance, Post-Traumatic Stress Disorder, Post-Traumatic Growth, and the Role of Social Support in Chinese Rescue Workers. *J Loss Trauma*, 25(3), 264–277. DOI: <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1672935>.

Podziękowania

Serdecznie dziękujemy Paniom Weronice Węgiec, Krystynie Jaworowskiej, Annie Domańskiej, Iwonie Ficcek, Elizie Ponikowskiej, Katarzynie Nowak, Annie Kałaska, Ilonie Wąsik i Monice Antoniewskiej za przeprowadzenie badań empirycznych.