

# Reakcje przystosowawcze a zachowania zdrowotne osób z urazem rdzenia kręgowego: moderująca rola wtórnych komplikacji zdrowotnych

## Adaptive reactions and health behaviours in individuals with spinal cord injury: moderating role of secondary health complications

STANISŁAWA BYRA

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

**Wprowadzenie.** Zachowania zdrowotne prezentowane przez osoby z urazem rdzenia kręgowego wpisują się w złożony i permanentny proces przystosowania się do życia z nabytymi ograniczeniami. Reakcje przystosowawcze o charakterze konstruktywnym i niepożądanym mogą tworzyć różnorodne kombinacje powiązań z zachowaniami zdrowotnymi, kształtowanych przy udziale emocjonalnego ustosunkowania względem wtórnych komplikacji zdrowotnych.

**Cel badań.** Ustalenie związku między reakcjami przystosowawczymi a zachowaniami zdrowotnymi u osób z urazem rdzenia kręgowego, przy uwzględnieniu moderującej roli stopnia odczuwanej dokuczliwości wtórnych komplikacji zdrowotnych.

**Materiał i metody.** Przebadano 141 osób z urazem rdzenia kręgowego: 128 mężczyzn i 13 kobiet. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (KRP) H. Livneha i R. F. Antonaka (polska adaptacja J. Kirenko, S. Byra), Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Z. Juczyńskiego. Stopień odczuwanej dokuczliwości wtórnych komplikacji zdrowotnych ustalono za pomocą odpowiedzi na dodatkowe pytanie, udzielanej na 5-stopniowej skali.

**Wyniki i wnioski.** Reakcje przystosowawcze (poza reakcją szoku) pełnią funkcję predykcyjną w ustalaniu zmienności zachowań zdrowotnych osób po urazie rdzenia kręgowego. Wyższe natężenie reakcji pożądanых sprzyja prezentowaniu zachowań zdrowotnych. Reakcje niepożądane wykazują negatywny związek z zachowaniami zdrowotnymi, z wyjątkiem niejednoznacznej natury powiązań ustalonej w przypadku reakcji niepokoju. Dowiedziono moderującej roli stopnia dokuczliwości wtórnych komplikacji zdrowotnych. Model interakcyjny w większym stopniu wyjaśnia natężenie zachowań zdrowotnych w tej grupie osób. Największe znaczenie pełni interakcja przyjętego moderatora i reakcji zaprzeczania, uczestnicząc w określaniu natężenia niemal wszystkich, uwzględnionych zachowań zdrowotnych.

**Słowa kluczowe:** reakcje przystosowawcze, zachowania zdrowotne, wtórne komplikacje zdrowotne, uraz rdzenia kręgowego

**Introduction.** Health behaviours presented by individuals with spinal cord injury constitute a complex and unending process of adjusting to living with acquired impairments. Adaptive reactions of constructive and undesirable nature may form various combinations of relationships with health behaviours that are additionally determined by emotional approach to secondary health complications.

**Aim.** To determine the relationship between adaptive reactions and health behaviours in individuals with SCI, considering the moderating role of the level of experienced burden provided by secondary health complications.

**Materials & Methods.** The study participants included 141 individuals with spinal cord injury: 128 male and 13 female subjects. The following research instruments were applied: Reactions to Impairment and Disability Inventory (RIDDI) developed by H. Livneh and R. F. Antonak (polish version prepared by J. Kirenko and S. Byra) and Inventory of Health Behaviour by Z. Juczyński. The level of experienced burden provided by secondary health complications was determined by means of responses given to an additional question, using a 5-score scale.

**Results & Conclusions.** Adaptive reactions (except for shock) play a predictive function in determining variability of health behaviours in individuals with SCI. Higher intensity of desired reactions is conducive to presentation of health behaviours. Undesirable reactions display negative relationship with health behaviours, except for the ambiguous nature of a relationship determined in the case of displaying anxiety. Moderating role of the level of burden provided by secondary health complications was proven. The interactive model to a larger extent accounts for intensity of health behaviours in this group of individuals. The interaction between the adopted moderator and denial is of the highest significance, playing a role in determining the intensity of nearly all considered health behaviours.

**Key words:** adaptive responses, health behaviors, secondary conditions, spinal cord

© Hygeia Public Health 2014, 49(3): 560-567

www.h-ph.pl

Nadesłano: 25.06.2014

Zakwalifikowano do druku: 27.07.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr hab. Stanisława Byra

Zakład Socjopedagogiki Specjalnej, Instytut Pedagogiki

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

ul. Narutowicza 12, 20-004 Lublin

e-mail: byras@interia.pl

## Wprowadzenie

Nabywanie urazu kręgowego wprowadza zmiany na niemal wszystkich płaszczyznach biopsychospołecznej funkcjonowania jednostki. Wywoływane są one bezpośrednio przez właściwości samego uszkodzenia, ale także przez pośrednie związki z czynnikami, które stanowią konsekwencję doświadczanych przeobrażeń życiowych. Doznanie urazu rdzenia wymusza radykalną zmianę w podejściu jednostki do zaspokajania potrzeb, realizacji celów, w wyborze sposobu samorealizacji, kształtowania kompetencji niezbędnych do optymalnego pełnienia różnorodnych ról społecznych. Cechy funkcjonowania wyznaczone specyfiką doświadczanego uszkodzenia i związanych z nim ograniczeń nie kształtują się na bazie determinizmu wyrażającego się w oddziaływaniu konkretnych, określonych mechanizmów. Obiektywnie doznane uszkodzenie istotnie zmienia życie jednostki, staje się podstawowym kontekstem ujmowania przyszłości, ale ostatecznie nie decyduje o zakresie i stopniu tych przeobrażeń. Dominującą rolę pełni perspektywa subiektywnej percepcji samego zdarzenia nabycia urazu, jego konsekwencji, własnej sytuacji życiowej, zachowanych możliwości, dysponowanych kompetencji zaradczych, najbliższego otoczenia, itp. Wysoce zindywidualizowane podejście do wszelakich zmian doznawanych w związku z doświadczanymi ograniczeniami obejmuje zarówno ich poznawcze ujęcie, emocjonalne względem nich ustosunkowanie, jak również określoną aktywność będącą skutkiem pewnych dyspozycji poznawczo-emocjonalnych. Zachowania zdrowotne są znaczącym elementem tego jednostkowego podejścia, gdyż ich specyfika, zakres, przejawy odzwierciedlają indywidualny wybór osoby w zakresie troski o swój ogólny, psychospołeczny dobrostan.

Zagadnienie zdrowia ujmowanego z różnych punktów widzenia (m.in. troski o zdrowie, subiektywnej oceny zdrowia, zachowań zdrowotnych, promocji zdrowia, itp.) osób z niepełnosprawnością stanowi coraz częstszy przedmiot zainteresowań badawczych. Przyczyn wzrastającej koncentracji badaczy na tym zagadnieniu należy upatrywać przede wszystkim w zachodzących zmianach paradygmatycznych w ujmowaniu niepełnosprawności (i aktualnie wyraźnym oddzieleniu jej od choroby w ramach przyjętej Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia), znaczącym wydłużeniu życia osób z różnymi uszkodzeniami, co pozostaje w związku z ujawnianiem się większej liczby chorób przewlekłych, a także w zintensyfikowaniu analiz w obrębie satysfakcjonującej jakości życia, jakości życia związanej ze zdrowiem, optymalizowania funkcjonowania osób, mimo posiadanych trwałych ograniczeń.

Specyfika analiz zdrowia u osób z urazem rdzenia kręgowego wyraża się w konieczności uwzględnienia

zjawiska wtórnych komplikacji zdrowotnych, które przyjmują różne postaci obniżenia kondycji i prowadzą do funkcjonalnych ograniczeń. Nie wykazują one związku z wiekiem chronologicznym, ale z czasem trwania uszkodzenia [1]. Składające się na nie dolegliwości fizyczne i psychologiczne rozwijają się w rezultacie nabycia trwałych uszkodzeń ruchowych, np. spastyczność, odleżyny, chroniczny ból, chroniczne zmęczenie, problemy z układem oddechowym, krążenia, mięśniowo-szkieletowym i nerwowym, problemy jelitowo-żołądkowe, związane z otyłością oraz różnorodne problemy psychologiczne (m.in. stany depresyjne, lękowe, objawy psychosomatyczne) [2]. Należy podkreślić, iż uraz rdzenia kręgowego nie determinuje wystąpienia wtórnych komplikacji zdrowotnych, poprawnym jest wskazywanie zwiększonego ryzyka ich pojawienia się, których zakres i nasilenie modyfikowane są wieloma czynnikami natury indywidualnej i społecznej. Jednakże w związku z nasilonym prawdopodobieństwem powstania wtórnych komplikacji zdrowotnych w tej grupie osób, szczególnego znaczenia nabierają zarówno profilaktyka, jak również działania ukierunkowane na ich osłabienie.

Jednym z czynników biorących bezpośredni udział w obu wymienionych procesach jest postawa jednostki względem własnego zdrowia, kondycji, stopnia funkcjonalności i jakości codziennej aktywności. Istotnym jej elementem są zachowania zdrowotne odzwierciedlające poznawczy i emocjonalny stosunek osoby względem dysponowanej kondycji biopsychospołecznej [3]. Zważywszy na dowiedzioną predykcijną rolę wtórnych komplikacji zdrowotnych w obniżaniu jakości życia, funkcjonalności oraz potencjalną w zagrożeniu życia osób z urazem rdzenia, czynienie przedmiotem zainteresowań badawczych czynniki wykazujące z nimi związek, ma wartość nie tylko poznawczą, ale również praktyczną – terapeutyczną, rehabilitacyjną, wpisującą się w profilaktykę i opiekę medyczną.

Najogólniej ujmując, zachowania zdrowotne rozumiane są jako nawykowe i intencjonalne formy działania człowieka pozytywnie lub negatywnie skorelowane ze zdrowiem [4]. W zależności od przyjmowanego kryterium (funkcjonalne, celowościowe, celowościowo-funkcjonalne) wyodrębnia się zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne mające charakter względnie stabilny, nawykowy oraz typowo celowe czynności zdrowotne podejmowane w ramach zmiany rozwojowej i związane z pełnieniem nowych ról i realizacją wpisanych z nią zadań [5].

Dotychczasowe analizy zachowań zdrowotnych przeprowadzone wśród osób z urazem rdzenia opierają się głównie na ich rozumieniu niezależnym od perspektywy rozwojowej, a koncentrującym się raczej na nawykowych działaniach przynoszących określone skutki zdrowotne. Znaczna z nich część podejmuje

problem zachowań zdrowotnych w kontekście ich powiązań z wtórnymi komplikacjami wtórnymi. W badaniach J. D. Bloemen-Vrencken i wsp. [6] ponad 85% respondentów wskazywało na różnorodne typy charakteryzujących ich zachowań zdrowotnych, np. samodzielną dbałość o higienę w sytuacji nietrzymania moczu, kontrolowanie przyczyn tworzenia się odleżyn, przyjmowanie przypisanych dawek leków. Natomiast za najrzadziej występujące u nich zachowania uznali czynności związane z mierzaniem ciśnienia krwi oraz działania zapobiegające nadwadze. Wyniki tych badań, a także innych autorów [np. 7, 8] dowodzą związku między zakresem i nasileniem zachowań zdrowotnych a występowaniem wtórnych komplikacji zdrowotnych. Proponuje się przynajmniej trojaki wyjaśnienie stwierdzanego powiązania. Po pierwsze, wysoka częstotliwość zachowań prozdrowotnych wśród osób doświadczających wtórnych komplikacji zdrowotnych może wynikać z tego, iż pewne formy aktywności ukierunkowane na zdrowie zostały przyjęte przez badanych w rezultacie wystąpienia dodatkowych dolegliwości, w celu osłabienia ich natężenia oraz zapobiegania poszerzania się ich zakresu w przyszłości. Po drugie, wnioskuje się, iż niektóre zachowania zdrowotne nie chronią osoby przed doświadczeniem komplikacji zdrowotnych będących konsekwencją doznanych uszkodzeń. I po trzecie, prawdopodobna jest indywidualnie zróżnicowana podatność na wystąpienie i rozwój poszczególnych wtórnych komplikacji zdrowotnych w kontekście przejawianych zachowań prozdrowotnych jednostki [por. 6]. Istotne do wyakcentowania jest, iż sugerowane wyjaśnienia opierają się na wynikach badań poprzecznych i przeprowadzonych wśród osób już doświadczających wtórnych komplikacji zdrowotnych. Natomiast badania podłużne [np. 9] pokazują, iż zachowania nie sprzyjające zdrowiu (np. nieangażowanie się w regularne ćwiczenia fizyczne) nasilają komplikacje zdrowotne w postaci odleżyn. W oparciu o dotychczasowe doniesienia empiryczne można zatem dowodzić niejednoznacznej natury powiązań między zachowaniami zdrowotnymi a wtórnymi komplikacjami w kondycji zdrowotnej osób z urazem rdzenia.

Zachowania zdrowotne wpisują się w skomplikowany i dynamiczny proces przystosowania do ograniczeń, zarówno wywołanych przez nabytą niepełnosprawność, jak i obniżanie się wraz z wiekiem kondycji zdrowotnej. Relacja między przystosowaniem a zachowaniami zdrowotnymi może być wyjaśniana z różnych punktów widzenia, w zależności od konceptualizacji obu zjawisk, a także przyjmowanego rozumienia niepełnosprawności, choroby i zdrowia. Założenia Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia wskazują na procesualny, dynamiczny charakter przystosowania,

którego przebieg i rezultaty są wypadkową wzajemnych oddziaływań jednostki i środowiska. Przy akcentowaniu istotnej roli czynników kontekstowych w osiąganiu efektów adaptacyjnych, podnoszona jest także kwestia aktywności własnej osoby. Przejawiane przez jednostkę reakcje przystosowawcze, mogące różnić się stopniem zaangażowania w ustalanie zakresu własnej funkcjonalności, wykazują związek z ogólnie pojętym dobrostanem psychospołecznym. Powiązanie między tymi zmiennymi, dowiedzione empirycznie, wyjaśniane jest w modelach i koncepcjach psychospołecznej adaptacji do życia z niepełnosprawnością i chorobą przewlekłą. Manifestowanie reakcji przystosowawczych w pożądanej postaci np. aktywności poznawczej czy zaangażowanego przystosowania behawioralnego, traktowane są jako współwystępujące ze wskaźnikami satysfakcjonującej jakości życia w dziedzinie intrapersonalnej: zdrowia, zadowolenia z życia [10], a także subiektywnej kontroli nad zdrowiem. Z kolei reakcje niepomysłne, utrudniające pomyślny przebieg adaptacji, ujmowane są w kategorii czynników wiążących się z niskim natężeniem wymienionych wskaźników [11]. Wyniki badań pozwalają wnioskować o ściślejszej relacji reagowania przystosowawczego z różnorodnymi zmiennymi odnoszącymi się do zdrowia u osób z niepełnosprawnością.

Dotychczasowe analizy związku między reakcjami przystosowawczymi a zachowaniami zdrowotnymi u osób z nabytą niepełnosprawnością (w tym doświadczających urazu rdzenia kręgowego) koncentrują się na wybranych przejawach reagowania adaptacyjnego rozpatrywanych najczęściej w kontekście konkretnych czynności związanych z zachowaniem zdrowia [np. 12, 13]. Szersze ujęcie obu zmiennych jest wartościowe poznawczo z przynajmniej dwóch powodów. Po pierwsze, pozwala uchwycić charakter powiązania między zjawiskami z natury złożonymi, składającymi się z wielu współwystępujących elementów. Po drugie, daje podstawy do formułowania wyjaśnień poszczególnych wskaźników/rodzajów zachowań zdrowotnych w kontekście rozbudowanego zestawu reakcji przystosowawczych, w większym stopniu oddających rzeczywisty proces permanentnego przystosowania się do życia z nabytymi ograniczeniami.

### **Cel pracy i hipotezy badawcze**

Celem pracy jest próba ustalenia związku między reakcjami przystosowawczymi a zachowaniami zdrowotnymi u osób z urazem rdzenia kręgowego, przy jednoczesnym dążeniu do przeanalizowania moderującej roli stopnia odczuwanej dokuczliwości wtórnych komplikacji zdrowotnych. Ogólna hipoteza wyraża istnienie związku między reakcjami przystosowawczymi a zachowaniami zdrowotnymi. Przyjęto także szczegółowe hipotezy:

- H1. Pożądane reakcje przystosowawcze (uznanie/pogodzenie się, przystosowanie) wiążą się dodatnio z zachowaniami zdrowotnymi.
- H2. Reakcje kategoryzowane jako wczesne (np. szok, niepokój, zaprzeczanie) i pośrednie (depresja, uwewnętrzniony gniew, uwewnętrzniona wrogość) wiążą się negatywnie z zachowaniami zdrowotnymi.
- H3. Stopień odczuwanej dokuczliwości wtórnych komplikacji zdrowotnych moderuje związek między reakcjami przystosowawczymi a zachowaniami zdrowotnymi.

Uwzględnienie moderatora podyktowane jest naturą obu przebadanych zmiennych – prezentowanych reakcji przystosowawczych wobec ograniczeń, trudności, będących pochodną nabytej niepełnosprawności oraz zachowań ukierunkowanych na utrzymanie i wzmocnienie zdrowia. Obydwie zmienne sytuują się w podejściu jednostki do własnej kondycji biopsychofizycznej, jednakże odnoszą się do odmiennych wymiarów jej funkcjonowania. Można zatem przewidywać niejednoznaczny charakter powiązania między nimi, przypuszczalnie kształtowany przez inne czynniki. Założono, że moderatorem analizowanego tu związku są wtórne komplikacje zdrowotne, które w zróżnicowanym zakresie i nasileniu występują u osób z urazem rdzenia kręgowego [14]. Uznając, iż nie tyle obiektywność występowania wtórnych dolegliwości, co subiektywne względem nich ustosunkowanie, ma decydujące znaczenie dla radzenia sobie z ich natężeniem i konsekwencjami, uwzględniono wskazywany przez badanych stopień dokuczliwości doświadczanych wtórnych komplikacji zdrowotnych. Te wtórne dolegliwości, jak wykazały wcześniejsze badania, mogą stanowić skutek prezentowania określonych zachowań (np. niekorzystnie oddziałujących na zdrowie), niemniej dowiedziono również braku bezpośredniego związku między tymi zmiennymi. Silniejszą relację przewiduje się natomiast w obrębie reakcji przystosowawczych na zróżnicowany zakres bodźców, sytuacji i warunków oraz odczuwanego natężenia dokuczliwości wtórnych komplikacji zdrowotnych, co uzasadnia przyjęcie moderującej roli tej zmiennej w kształtowaniu związku między reagowaniem adaptacyjnym badanych a deklarowanymi przez nich zachowaniami zdrowotnymi.

## Materiał i metody

Przebadano 141 osób z urazem rdzenia kręgowego, 128 mężczyzn (90,78%) i 13 kobiet (9,22%). Wiek badanych mieści się w przedziale od 22 do 59 lat ( $M=41,31$ ;  $SD=8,37$ ). Natomiast wiek nabycia urazu rdzenia wynosi średnio 24,4. Zdecydowana większość badanych to mieszkańcy miasta (70,21%; 29,79% – mieszkańcy wsi). Przeważająca liczba ba-

danych była stanu wolnego (71,63%), 7,80% osób to żonaci/zamężne, 20,57% stanowiły osoby rozwiedzione lub w separacji. Wszystkie osoby zgłosiły obecność wtórnych komplikacji zdrowotnych. Najczęściej wskazywano: spastyczność (92,11%), infekcje układu moczowego (89,23%), osłabienie mięśniowe (72,13%), problemy z nadwagą (42,67%), dysfunkcje seksualne (92,14%), obniżenie samopoczucia (90,19%)<sup>1/</sup>.

Do pomiaru zmiennych użyto następujących narzędzi badawczych: Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (KRP) H. Livneha i R. F. Antonaka (polska adaptacja J. Kirenko, S. Byra), Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Z. Juczyńskiego. Nasilenie dokuczliwości doznawanych wtórnych komplikacji zdrowotnych (WKZ) ustalono za pomocą odpowiedzi na pytanie zawarte w metryczce, udzielanej na 5-stopniowej skali.

Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (KRP) składa się z 60 pozycji, pozwala na określenie nasilenia reakcji ujawnianych przez osoby w wyniku nabycia trwałych ograniczeń wynikających z choroby przewlekłej lub niepełnosprawności. Zawiera 8 podskal, które wyrażają rodzaje przejawianych reakcji przystosowawczych: szok (Sz), niepokój (N), zaprzeczanie (ZAP), depresję (D), uwewnętrzniony gniew (UG), uwewnętrznioną wrogość (UW), pogodzenie się/uznanie (P/U), przystosowanie (P). Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) obejmuje 24 twierdzenia odnoszące się do poszczególnych rodzajów pozytywnych zachowań zdrowotnych. Umożliwia ustalenie nasilenia: prawidłowych nawyków żywieniowych (NŻ), zachowań profilaktycznych (P), pozytywnych nastawień psychicznych (PN), praktyk zdrowotnych (PZ).

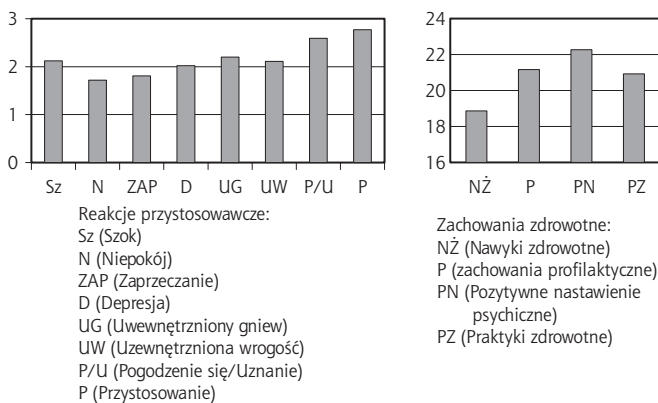
## Wyniki

Uzyskane rezultaty wskazują, iż badani w największym stopniu przejawiają reakcje o charakterze pożądanym, konstruktywnym, sprzyjającym optymalizowaniu funkcjonowania, mimo posiadanych ograniczeń (ryc. 1). Wyższa tendencja do włączania posiadanej niepełnosprawności w obraz siebie oraz akceptacji czynnościowych następstw doznanego urazu wyznacza naturę reagowania przystosowawczego, dodatkowo określaną przez widoczną skłonność do przejawiania rozczarowania, gniewu, złości w stosunku do siebie. Należy przy tym zaznaczyć, iż natężenie tych reakcji utrzymuje się na poziomie przeciętnym. Zaskakujący jest stosunkowo wysoki wynik w zakresie szoku, który należy w tym kontekście interpretować jako pewne odrętwienie psychofizyczne prawdopodobnie wywołane sytuacjami o szczególnie wysokim ła-

<sup>1/</sup> Procenty nie sumują się do 100, gdyż badani mieli możliwość wskazania kilku rodzajów posiadanych wtórnych komplikacji zdrowotnych

dunku stresu lub też warunkami nieprzewidywalnymi. Deklarowane przez badanych zachowania zdrowotne w największej mierze odnoszą się do pozytywnego nastawienia psychicznego oraz prowadzonej profilaktyki (ryc. 1). Średni wynik w zakresie dokuczliwości doświadczanych wtórnych komplikacji zdrowotnych wskazuje na przeciętny stopień ich odczuwania przez badanych ( $M=3,67$ ;  $SD=0,87$ ).

Weryfikacji hipotez dokonywano za pomocą hierarchicznej analizy regresji z uwzględnieniem aspektu moderacyjnego. Oczekiwano, że związek reakcji przystosowawczych i zachowań zdrowotnych będzie moderowany przez odczuwany przez badanych stopień dokuczliwości wtórnych komplikacji zdrowotnych. W celu weryfikacji tej hipotezy przeprowadzono analizę regresji z uwzględnieniem wyniku ogólnego w zakresie zachowań zdrowotnych, jak również w obrębie uszczegółowionych ich postaci (tab. I).



Ryc. 1. Reakcje przystosowawcze i zachowania zdrowotne badanych

Fig. 1. Adaptive reactions and health behaviors of subjects

Do każdego równania w pierwszym kroku wprowadzono reakcje przystosowawcze oraz odczuwane natężenie dokuczliwości wtórnych komplikacji zdrowotnych, natomiast w drugim kroku wprowadzono stwierdzone między nimi interakcje. Uzyskane rezultaty wskazują na predykcyjną funkcję nieco odmiennych reakcji oraz interakcji w kształtowaniu nasilenia poszczególnych zachowań zdrowotnych (tab. I). Zostaną one kolejno omówione.

W przypadku ogólnie ujętych zachowań zdrowotnych ujawniono predykcyjną rolę samych reakcji, jak również istotna okazała się interakcja między reagowaniem w postaci zaprzeczania i stopniem odczuwanej dokuczliwości WKZ. Zatem zmienność zachowań zdrowotnych wyjaśniana jest w pewnym stopniu przez niższe nasilenie uwewnętrznionego gniewu, wrogości kierowanej wobec najbliższego otoczenia, niepokoju, przy jednocześnie wyższym natężeniu akceptacji ograniczeń funkcjonalnych. Co istotne, nieco lepsze wytłumaczenie wariacji zachowań zdrowotnych jest możliwe przy uwzględnieniu wskazanej wcześniej interakcji. U osób z wyższym poczuciem dokuczliwości doświadczanych WKZ model regresji nie został dobrze dopasowany do danych  $\{F(1,67)=0,84, p>0,05\}$ , natomiast w grupie osób z niższym poczuciem dokuczliwości tych dolegliwości model regresji wykazuje dobre dopasowanie do danych  $\{F(1,49)=5,99; p<0,05\}$ . W tej grupie relacja między reakcją wyrażającą się w zaprzeczaniu a ogólnie pojętymi zachowaniami zdrowotnymi jest istotna i ujemna ( $\beta=-0,51, p<0,05$ ). Oznacza to, że przy niższym natężeniu tej reakcji, będą wzrastać zachowania zorientowane na utrzymanie zdrowia, niemniej jedynie u osób z niskim poczuciem dokuczliwości WKZ.

Tabela I. Rezultaty hierarchicznej analizy regresji: zmienna zależna – zachowania zdrowotne z interakcją: reakcje przystosowawcze x wtórne komplikacje zdrowotne  
 Table I. Results of hierarchic regression analysis: dependent variable – health behaviors with interaction: Adaptive reactions x secondary health complications

Zmienna wyjaśniana	Krok 1			Krok 2			
	Predyktory	$\beta$	R2	Predyktory	$\beta$	R2	$\Delta R2$
Prawidłowe nawyki żywieniowe	Niepokój (N)	0,26*	0,23	Zaprzeczenie (ZAP) x wtórne komplikacje (WKZ)	0,47*	0,24	0,06
	Depresja (D)	-0,45*					
	Wtórne komplikacje (WKZ)	-0,19					
Zachowania profilaktyczne	Uwewnętrzniony gniew (UG)	-0,49*	0,28	Niepokój (N) x wtórne komplikacje (WKZ)	-0,43**	0,36	0,82
	Akceptacja (AKC)	0,43*					
	Przystosowanie (P)	0,55*					
	Wtórne komplikacje (WKZ)	0,17*		Depresja (D) x wtórne komplikacje (WKZ)	-0,54*		
Pozytywne nastawienie psychiczne	Niepokój (N)	-0,47	0,19	Zaprzeczenie (ZAP) x wtórne komplikacje (WKZ)	0,54*	0,31	1,22
	Uzewnętrzniona wrogość (UW)	-0,42*					
	Akceptacja (AKC)	0,63**					
	Wtórne komplikacje (WKZ)	-0,21		Akceptacja (AKC) x wtórne komplikacje (WKZ)	0,32**		
Praktyki zdrowotne	Uwewnętrzniony gniew (UG)	-0,53*	0,21	Zaprzeczenie (ZAP) x wtórne komplikacje zdrowotne (WKZ)	-0,44	0,27	0,59
	Przystosowanie (P)	0,34*					
	Wtórne komplikacje (WKZ)	-0,37*		Akceptacja (AKC) x wtórne komplikacje (WKZ)	0,31		
Zachowania zdrowotne – wynik ogólny	Niepokój (N)	-0,28*	0,32	Zaprzeczenie (ZAP) x wtórne komplikacje (WKZ)	-0,42*	0,33	0,01
	Uwewnętrzniony gniew (UG)	-0,60***					
	Uzewnętrzniona wrogość (UW)	-0,32*					
	Przystosowanie (P)	0,35*					
	Wtórne komplikacje (WKZ)	-0,07					

Zachowanie prozdrowotne w postaci prawidłowych nawyków zdrowotnych można wyjaśnić przy udziale zarówno samych reakcji, jak również interakcji między reakcją zaprzeczania a stopniem dokuczliwości WKZ. Wyższy niepokój oraz obniżone nasilenie reagowania depresyjnego może tłumaczyć 23% zmienności tego typu zachowań. Przy czym wyjaśnienie to wzrasta, gdy zostanie uwzględniona interakcja, która okazała się istotna i dodatnia. U osób z wyższym poczuciem dokuczliwości doświadczanych WKZ model regresji nie został dobrze dopasowany do danych  $\{F(1,61)=0,74; p>0,05\}$ , natomiast w grupie osób z niższym poczuciem dokuczliwości tych dolegliwości dopasowanie modelu regresji do danych jest dobre  $\{F(1,87)=4,62; p<0,05\}$ . W tej grupie badanych ujawniono istotny i ujemny związek między reakcją zaprzeczania a prawidłowymi nawykami żywieniowymi ( $\beta=-0,26, p<0,05$ ). Osoby o niższej skłonności do negowania długofalowych konsekwencji doznawanego uszkodzenia (a jednocześnie o niższym poczuciem dokuczliwości WKZ), będą cechować się większym zakresem prawidłowych nawyków żywieniowych.

Wyjaśnienie wariacji zachowań profilaktycznych badanych jest również możliwe poprzez model główny uwzględniający reakcje: uwewnętrznionego gniewu, akceptacji i przystosowania, jak również stwierdzone interakcje. Częstsze zachowania profilaktyczne wiążą się z obniżonym samoobwinianiem oraz większą gotowością do akceptacji poznawczej i emocjonalnej, a także do przyjęcia ograniczeń funkcjonalnych. Niezwykle istotne dla wyjaśnienia tego typu zachowań są interakcje między stopniem odczuwanej dokuczliwości WKZ a niepokojem i reakcją depresji. Wy tłumaczenie nasilenia zachowań profilaktycznych znacząco wzrasta przy uwzględnieniu tych interakcji (36% wyjaśnianej wariacji w stosunku do 28% w modelu głównym). Stwierdzono nasilone zachowania profilaktyczne u osób z wyższym niepokojem, ale tylko wśród badanych o wysokim stopniu dokuczliwości WKZ (model regresji dobrze dopasowany do danych:  $F(1,78)=3,21; p<0,05; \beta=0,44; p<0,05$ ). W grupie badanych z wysokim poczuciem dokuczliwości WKZ ujawniono również istotny i dodatni związek między reakcją depresyjną a zachowaniami profilaktycznymi ( $\beta=0,39, p<0,05$ ). Należy podkreślić, iż odczuwany stopień dokuczliwości WKZ wykazuje istotne i dodatnie (choć słabe) powiązanie w modelu głównym. Niemniej zastosowany model regresji z interakcją pokazuje, że znaczenie tej zmiennej, w wyjaśnianiu wariacji zachowań profilaktycznych, znacząco wzrasta w kontekście interakcji z reagowaniem adaptacyjnym w postaci niepokoju i depresji.

Podobnie, jak poprzednio analizowane rodzaje zachowań prozdrowotnych, pozytywne nastawienie psychiczne podlega wyjaśnieniu poprzez wskazanie na

same reakcje przystosowawcze, ale też przez interakcje niektórych z nich z poczuciem dokuczliwości WKZ. Wariacja pozytywnych nastawień psychicznych może być wyjaśniana faktem niższego niepokoju i uwewnętrznionej wrogości oraz wyższej akceptacji poznawczej i emocjonalnej. Wyjaśnienie to znacząco wzrasta, gdy uwzględnia się interakcję stopnia odczuwanej dokuczliwości z reakcją zaprzeczania, akceptacji i przystosowania. W obrębie tego typu zachowań interakcje w największym stopniu przyczyniają się do wzrostu wyjaśnianej wariacji, w porównaniu z pozostałymi zachowaniami prozdrowotnymi (31% wyjaśnianej zmienności w modelu z interakcją w stosunku do 19% w modelu głównym). Stwierdzono istotny i pozytywny związek między reakcją zaprzeczania a pozytywnym nastawieniem psychicznym ( $\beta=0,40; p<0,05$ ), ale jedynie u badanych z niskim poczuciem dokuczliwości WKZ (dobre dopasowanie modelu regresji do danych:  $F(1,22)=0,74; p<0,05$ ). Tego typu pozytywne zachowania zdrowotne wykazują także istotne i pozytywne powiązanie z reakcją przystosowawczą w postaci akceptacji poznawczej i emocjonalnej doznawanych uszkodzeń ( $\beta=0,51; p<0,05$ ) oraz akceptacji czynnościowych następstw urazu ( $\beta=0,37; p<0,05$ ), niemniej tylko u badanych z wysokim poczuciem dokuczliwości WKZ (dobre dopasowanie modelu regresji do danych:  $F(1,45)=2,71; p<0,05$ ).

Istotne powiązania między uwzględnionymi zmiennymi niezależnymi a praktykami zdrowotnymi badanych stwierdzono zarówno w obrębie modelu głównego, jak i modelu z interakcją. Stosowane przez badanych praktyki zdrowotne podlegają wyjaśnieniu poprzez obniżony uwewnętrzniony gniew i nasiloną akceptację posiadanych ograniczeń funkcjonalnych, a także przy uwzględnieniu interakcji stopnia dokuczliwości WKZ z reakcją zaprzeczania oraz akceptacji poznawczej i emocjonalnej. Lepsze rozumienie natężenia praktyk zdrowotnych u osób po urazie rdzenia kręgowego jest możliwe w kontekście analiz stwierdzonych interakcji (które zapewniają wyższy procent wyjaśnianej wariacji). Istotny związek (o charakterze ujemnym) ujawniony w modelu głównym między analizowanym tu rodzajem zachowań prozdrowotnych i stopniem dokuczliwości WKZ wskazuje, że relacja ta może mieć charakter bezpośredniego powiązania. Jednakże przyjęcie moderującej funkcji wyrażanego przez badanych stopnia dokuczliwości WKZ może lepiej wyjaśnić cechujące ich natężenie praktyk zdrowotnych. Stwierdzone dobre dopasowanie modelu regresji do danych w grupie badanych z niskim poziomem tej zmiennej:  $F(2,11)=1,14; p<0,05$ , pozwala wskazać na negatywny związek między praktykami zdrowotnymi a reakcją zaprzeczania ( $\beta=-0,34, p<0,05$ ) oraz pozytywny z akceptacją poznawczo-emocjonalną ( $\beta=0,42; p<0,05$ ).

## Dyskusja i wnioski

Uzyskane w toku analiz dane w znacznym stopniu potwierdzają wysunięte hipotezy. Ujawnienie różnorodnych kombinacji powiązań między poszczególnymi reakcjami przystosowawczymi a zachowaniami zdrowotnymi badanych po urazie rdzenia dowodzi słuszności przyjętej hipotezy głównej. Pozostaje również w zbieżności z dotychczasowymi rezultatami badań nad relacją przystosowania i zdrowia u osób po doznaniu urazu [np. 15, 16, 17].

Pierwsza hipoteza szczegółowa (H1) została potwierdzona. Pożądane reakcje przystosowawcze pozostają w pozytywnym związku z zachowaniami zdrowotnymi. Ujawniana przez badanych reakcja akceptacji wyrażająca się w gotowości do włączenia posiadanych uszkodzeń w całościowy obraz siebie i traktowania niepełnosprawności jako jednej (ale nie decydującej) z cech w opisie własnej osoby, sprzyja prezentowaniu zachowań zapobiegających pogorszeniu zdrowia i przejawianiu troski o optymalizowanie swojej kondycji. Jest również czynnikiem uczestniczącym w kształtowaniu pozytywnego nastawienia psychicznego. Wyniki te wykazują zbieżność z dotychczasowymi doniesieniami innych autorów. M. L. Elfström ze współpracownikami [18] dowiódł ścisłej pozytywnej korelacji między strategią zaradczą wyrażającą się w akceptacji niepełnosprawności i wieloma różnorodnymi wskaźnikami odnoszącymi się do zdrowia.

Akceptacja czynnościowych następstw urazu, która pośrednio może się również odnosić do aprobowania wtórnych komplikacji wynikających z uszkodzenia, sprzyja prezentowaniu zachowań zdrowotnych, w tym podejmowaniu różnorodnych praktyk na rzecz utrzymania zdrowia. Przyjęcie funkcjonalnych ograniczeń wiąże się z większymi zdolnościami w tzw. zarządzaniu nimi, które polega m.in. na osłabianiu siły oddziaływania tych ograniczeń na zakres pełnionych ról, wykonywanych zadań, przeżywanie codzienności i ocenę jej ogólnej jakości. Zaznaczająca się predykcyjna rola tej reakcji przystosowawczej w ustalaniu zmienności praktyk zdrowotnych może więc wpisywać się w sygnalizowany proces zarządzania posiadaną niepełnosprawnością. A podejmowane praktyki zdrowotne mogą stanowić przejaw troski o minimalizowanie aktualnego lub przewidywanego obniżenia kondycji psychofizycznej, które zwiększałoby zakres utrudnień w codziennym funkcjonowaniu [por. 19].

Stwierdzone predykcyjne funkcje tzw. wczesnych i pośrednich reakcji przystosowawczych w kształtowaniu analizowanych rodzajów zachowań zdrowotnych dowodzi słuszności (choć nie całkowitej) wysuniętej hipotezy (H2). Negatywny charakter ujawnionych powiązań między tymi zmiennymi sugeruje, iż reagowanie w postaci uwewnętrznionego gniewu, kierowania

wrogości na innych, depresji może obniżać natężenie zachowań prozdrowotnych, w tym zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych, czy pozytywnego nastawienia psychicznego. Podobne wnioski wysunęli H. Livneh, S. M. Lott i R. F. Antonak [11], dowodząc, iż niski poziom psychospołecznego dystresu ujawniającego się m. in. w depresji, gniewie, współwystępuje z postrzeganiem wyższej osobistej kontroli zdrowia u osób z niepełnosprawnością. Należy przy tym wyakcentować stwierdzoną w prezentowanych badaniach niejednoznaczność rolę reakcji niepokoju w ustalaniu zmienności zachowań zdrowotnych, negatywną (w przypadku ogólnego ich rozumienia oraz pozytywnego nastawienia psychicznego) i pozytywną (w odniesieniu do prawidłowych nawyków żywieniowych). Zapewne niepokój związany z przewidywanymi konsekwencjami posiadanych ograniczeń dla ogólnego psychospołecznego funkcjonowania może mobilizować osoby do prawidłowych nawyków żywieniowych, wzmacniających kondycję. Jednakże niepokój, nierzadko wywołowany niekontrolowanymi i nieprzewidywalnymi skutkami urazu (powiązanymi np. z nabywanymi wraz z wiekiem wtórnymi komplikacjami wtórnymi), może obniżać motywację do zachowań prozdrowotnych poprzez przekonanie o bezsensowności podejmowania tego typu wysiłków. Reakcja niepokoju bazująca na poczuciu niekontrolowalności własnej kondycji sprawnościowej może kształtować subiektywne poczucie niemożności zapobiegania pewnym konsekwencjom zdrowotnym [por. 20].

Trzecia z wysuniętych hipotez została potwierdzona jedynie częściowo (H3). Dowiedziono bowiem nie tylko moderacyjnej roli deklarowanego przez badanych stopnia dokuczliwości wtórnych komplikacji zdrowotnych, ale również bezpośredniego związku tej zmiennej z zachowaniami zdrowotnymi (praktykami zdrowotnymi i zachowaniami profilaktycznymi). Co istotne jednakże, wyjaśnianie nasilenia zachowań zdrowotnych znacząco wzrasta nie tyle przy uwzględnieniu efektów modelu głównego, co interakcji stopnia odczuwanej dokuczliwości WKZ z pewnymi reakcjami przystosowawczymi [por. 21]. Zatem zmienna ta jako moderator relacji: reakcje przystosowawcze a zachowania zdrowotne wnosi znacznie więcej w wyjaśnienie tych zachowań niż przyjęcie jej w kategorii głównej zmiennej niezależnej. Sformułowany wniosek wpisuje się w dotychczasowy nurt wyjaśnień odnoszących się do powiązań między przystosowaniem i wtórnymi komplikacjami zdrowotnymi u osób po urazie rdzenia. Dowody na istnienie ścisłego związku między tymi zmiennymi [np. 22], odzwierciedlającym się chociażby w uznaniu niektórych niepożądanych reakcji przystosowawczych za wtórną dolegliwość, pozwalają sugerować, iż interakcja ta wyznacza znaczący

kontekst rozumienia zagadnień odnoszących się do zdrowia. Wzrastający, wraz z uwzględnieniem stopnia odczuwanej dokuczliwości WKZ, procent wyjaśnianej wariacji zachowań zdrowotnych, niemniej wciąż niezbyt wysoki, wskazuje na znaczenie innych, pominiętych w badaniu zmiennych. Ujawniona rola interakcji WKZ z pewnymi reakcjami przystosowawczymi

w kształtowaniu natężenia zachowań zdrowotnych, wymaga dalszych analiz, szczególnie w ramach badań podłużnych. Przyjmując dynamiczną naturę zjawisk w postaci przystosowania, zdrowia i wtórnych dolegliwości [23] można oczekiwać bardziej skomplikowanej struktury powiązań między nimi niż ta, ujawniona w badaniach.

## Piśmiennictwo / References

- Jensen MP, Molton IR, Groah SL, et al. Secondary health conditions in individuals aging with SCI: Terminology, concepts and analytic approaches. *Spinal Cord* 2012, 50(5): 373-378.
- Coyle CP, Santiago MC, Shank JW, et al. Secondary conditions and women with physical disabilities: A descriptive study. *Arch Phys Med Rehabil* 2000, 81(10): 1380-1387.
- Krause JS, Reed KS, McArdle J. A structural analysis of health outcomes after spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2010, 33(1): 22-32.
- Sęk H. Zdrowie behawioralne. [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3. Strelau J (red). GWP, Gdańsk 2005: 533-553.
- Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 2007.
- Bloemen-Vrencken JH, de Witte LP, Post MW, et al. Health behaviour of persons with spinal cord injury. *Spinal Cord* 2007, 45(3): 243-249.
- Guilcher SJ, Craven BC, Lemieux-Charles L, et al. Secondary health conditions and spinal cord injury: an uphill battle in the journey of care. *Disabil Rehabil* 2012, 35(11): 894-906.
- Charlifue S, Weitzenkamp DA, Whiteneck GG. Longitudinal outcomes in spinal cord injury: aging, secondary conditions, well-being. *Arch Phys Med Rehabil* 1999, 80(11): 1429-1434.
- Kroll T, Neri MT, Ho PS. Secondary conditions in spinal cord injury: Results from a prospective survey. *Disabil Rehabil* 2007, 29(15): 1229-1237.
- Livneh H. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. *Rehabil Couns Bull* 2001, 44(1): 151-160.
- Livneh H, Lott SM, Antonak RF. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: a cluster analytic approach. *Psychol Health Med* 2004, 9(4): 411-430.
- Krause JS, McArdle JJ, Pickelsimer E, et al. A latent variable structural path model of health behaviors after spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2009, 32(2): 162-174.
- Krause JS, Vines CL, Farley TL, et al. An exploratory study of pressure ulcers after spinal cord injury: relationships to protective behaviors and risk factors. *Arch Phys Med Rehabil* 2001, 82(1): 107-113.
- Krause JS, Reed KS, McArdle JJ. A structural analysis of health outcomes after spinal cord injury. *J Spinal Cord Med* 2010, 33(1): 22-32.
- Framonti F, Gerini A, Stampacchia G. Individualised and health – related quality of life of persons with spinal cord injury. *Spinal Cord* 2014, 52(3): 231-235.
- Mitra M, Wilber N, Allen D, Walker DK. Prevalence and correlates of depression as a secondary condition among adults with disabilities. *Am J Orthopsychiatry* 2005, 75(1): 76-85.
- Menzel P, Dolan P, Richardson J, et al. The role of adaptation to disability and disease in health state valuation: a preliminary normative analysis. *Soc Sci Med* 2002, 55(12): 2149-2158.
- Elfström ML, Ryden A, Kreuter M, et al. Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *J Rehabil Med*, 37(1): 9-16.
- Suarez NC, Levi R, Bullington J. Regaining health and well-being after traumatic spinal cord injury. *J Rehabil Med* 2013, 45(10): 1023-1027.
- Widerström-Noga EG, Felipe-Cuervo E, Broton JG, et al. Perceived difficulty in dealing with consequences of spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 1999, 80(5): 580-586.
- Krahn GL, Suzuki R, Horner-Johnson W. Self-rated health in persons with spinal cord injury: relationship of secondary conditions, function and health status. *Qual Life Res* 2009, 18(5): 575-584.
- Krause JS, Saunders LL. Health, secondary conditions, and life expectancy after spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2011, 92(11): 1770-1775.
- Drum CE. The dynamics of disability and chronic conditions. *Disabil Health J* 2014, 7(1): 2-5.