

Radzenie sobie w sytuacjach trudnych a przystosowanie do życia z niepełnosprawnością u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego o zróżnicowanym poziomie subiektywnej oceny zdrowia

Stanisława Byra

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

Byra S. Radzenie sobie w sytuacjach trudnych a przystosowanie do życia z niepełnosprawnością u osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego o zróżnicowanym poziomie subiektywnej oceny zdrowia. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(1): 37-44.

Streszczenie

Wprowadzenie: Procesy radzenia sobie i przystosowania wyznaczają jakość funkcjonowania osób z trwałymi niepełnosprawnościami, w tym z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Ostatni trend w analizie przystosowania do życia z niepełnosprawnością włącza elementy radzenia sobie wskazując, iż podejmowana przez jednostkę aktywność zaradczą pozostaje w istotnych i skomplikowanych powiązaniach ze sposobami reagowania na nabycie trwałych uszkodzeń.

Cel pracy: określenie charakteru związku między dyspozycyjnym i sytuacyjnym radzeniem sobie w sytuacjach trudnych a reakcjami przystosowawczymi ujawnianymi przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego różniące się subiektywną oceną zdrowia.

Materiał i metoda: Badaniom zostało poddanych 113 osób z paraplegią, z których większość (82,00%) stanowili mężczyźni. Wśród badanych wyodrębniono osoby z niską i wysoką samooceną zdrowia. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Kwestionariusz COPE autorstwa Carvera, Scheiera i Weintrauba w polskiej adaptacji Piątek i Wrześniewskiego oraz Kwestionariusz Reakcji Przystosowawczych (RID) Livneha i Antonaka w opracowaniu Kirenko i Byry (wersja eksperymentalna). Subiektywna ocena zdrowia została określona za pomocą jednoitemowej skali wyrażającej się w pytaniu: Jak ocenia Pan/i swoje zdrowie?

Wyniki: Subiektywna ocena zdrowia okazała się istotną zmienną różnicującą zarówno style i strategię radzenia, jak i reakcje przystosowawcze na nabycie trwałych uszkodzeń. Osoby z wysoką samooceną zdrowia, w porównaniu z tymi, które nisko oceniały własną kondycję zdrowotną, znacząco częściej preferują adaptacyjne sposoby radzenia sobie i ujawniają bardziej konstruktywne reakcje przystosowawcze.

Wnioski: Dyspozycyjne i sytuacyjne radzenie sobie pozostaje w istotnych powiązaniach z reakcjami przystosowawczymi osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Charakter tego związku w znaczącym stopniu ustalany jest przy pomocy subiektywnej oceny zdrowia.

Słowa kluczowe

style i strategię radzenia, reakcje przystosowawcze, uszkodzenie rdzenia kręgowego

WPROWADZENIE

Przystosowanie do życia z niepełnosprawnością jest długotrwałym i skomplikowanym procesem, któremu podlega jednostka doznająca trwałych uszkodzeń, w tym urazu rdzenia kręgowego. Obejmuje on szereg reakcji o zróżnicowanym charakterze i nasileniu wyznaczających określony sposób zachowania się względem obiektywnych zmian wywołanych uszkodzeniem oraz subiektywną ich percepcję i wartościowanie w kontekście aktualnej i przyszłej perspektywy życiowej [1]. Na przestrzeni rozwoju rehabilitacji proces przystosowania u osób nabywających urazu rdzenia wyjaśniano

w ramach obowiązujących w danym okresie nurtów poznawczych, które, chronologicznie rzecz biorąc, obejmowały modele stadialne, hierarchiczno-sekwencyjne, wahadłowe, ekologiczne oraz interakcyjne [2]. Nagromadzenie wiedzy odnoszącej się do tego zjawiska wiązało się z kumulacją zróżnicowanych sposobów jego definiowania, doprowadzając w ostateczności do znaczącego chaosu terminologicznego. Przyjmowanie odmiennych wskaźników empirycznych teoretycznego pojęcia, jakim jest przystosowanie do życia z trwałą niesprawnością, uniemożliwiało nakreślenie jednolitego wyjaśnienia analizowanego zjawiska. Znaczący zakres stworzonych modeli przystosowania poddano krytyce ze względu na niewielką użyteczność przyjmowanych w nich założeń w kontekście praktyki klinicznej i terapeutycznej.

W ostatnich latach w obszar wyjaśnień specyfiki przystosowania do życia z niepełnosprawnością włączono proces radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Dostrzeżono,

Adres do korespondencji: Stanisława Byra Zakład Socjopedagogiki Specjalnej, Instytut Pedagogiki, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, ul. Narutowicza 12, 20-004 Lublin.
E-mail: byras@interia.pl

Nadesłano: 22 września 2011; zaakceptowano do druku: 12 grudnia 2011

iz teoria stresu i radzenia sobie może dostarczyć nowych przesłanek do zrozumienia tego trudnego do empirycznego uchwycenia i opisanie zjawiska, jakim jest przystosowanie. Przeniesieniu na grunt rehabilitacji i zaadaptowaniu teorii radzenia sobie, głównie o charakterze transakcyjnym – autorstwa Lazarusa i Folkmana, towarzyszyło spopularyzowanie określenia przystosowania do życia z niepełnosprawnością, bazującego na interakcji między jednostką a środowiskiem oraz osiąganego w jej ramach psychospołecznej równowadze [3, 4]. W podejściu tym analizom teoretyczno-empirycznym poddawane są wszystkie elementy procesu radzenia: ocena pierwotną i wtórną, aspekty dyspozycyjne i sytuacyjne oraz efektywność podejmowanych wysiłków zaradczych w kontekście przebiegu procesu przystosowania i uzyskiwanych rezultatów adaptacyjnych.

Pierwotna ocena odnosząca się do sytuacji trudnych, doświadczanych w rezultacie nabycia uszkodzenia jest istotnym czynnikiem kształtującym pozostałe ogniwa radzenia sobie i decydującym o wyborze określonych strategii. Uruchamiany mechanizm radzenia jest więc konsekwencją nie tyle samego obiektywnego faktu doznania urazu, co jego percepcji przez jednostkę, a także postrzegania przez nią znaczenia nabytych ograniczeń dla codziennego funkcjonowania i osiągania zakładanych celów. Ocena sytuacji trudnych, napotykanych na różnicowanych płaszczyznach stresogennych (zawodowej, rodzinnej, społecznej, fizycznej), w kategorii zagrożenia czy wyzwania jest z kolei determinowana przez posiadane przez osobę zasoby w postaci zdrowia, wykształcenia, statusu materialno-ekonomicznego, wsparcia społecznego, dojrzałości religijnej. Wymienione zasoby w dominującym stopniu wyznaczają także charakter oceny wtórnej wyrażającej się w określeniu zdolności do pokonywania wymagań stawianych przez ograniczenia generowane urazem rdzenia [5].

Struktura dyspozycyjnego i sytuacyjnego radzenia sobie u osób z uszkodzeniem rdzenia nie została przez badaczy jednoznacznie określona. Tworzą ją zarówno adaptacyjne, jak i nieadaptacyjne sposoby zmagania się z trudnościami. Cechują się one zróżnicowaną częstotliwością i czasem stosowania. Ich efektywność poddawana jest analizie z perspektywy temporalnej oraz przy uwzględnieniu kombinacji wielu zmiennych natury osobowościowej oraz socjodemograficznej. Na przykład M. A. McColl, H. Lei i H. Skinner [6] ustalili najwyższą częstotliwość używania strategii zadaniowych oraz zorientowanych na emocje wśród osób z urazem rdzenia. Wyniki badań jakościowych A. H. DeGraffa i J. Schaffera [7] pokazały z kolei zdecydowaną preferencję strategii emocjonalnych. Większość eksploracji empirycznych dowodzi jednak, że jednostki zmagające się z problemami wynikającymi z uszkodzenia rdzenia, posługują się zazwyczaj szerokim repertuarem strategii zaradczych, wykorzystując odpowiednią ich kombinację indywidualnie dostosowaną do specyfiki sytuacji trudnych. Podłużne analizy P. Kennedy'ego i współpracowników [8] pozwoliły zidentyfikować jedną z tego typu kombinacji, charakterystycznych dla osób z uszkodzeniem rdzenia, stosunkowo często powtarzanych w zmaganiu się z różnorodnymi sytuacjami życiowymi. Przeważa w niej strategia wyrażająca się w akceptacji, której towarzyszy pozytywna reinterpretacja i konfrontacja z problemem, planowanie i poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. W niewielkim nasileniu zaznaczyły się także strategie typowo nieadaptacyjne, np. behawioralne wycofywanie się, zaprzeczanie, stosowanie środków odurzających w postaci alkoholu, narkotyków, leków, używek.

Wykorzystywane przez osoby z uszkodzeniem rdzenia strategie zaradcze poddawane są ocenie z punktu widzenia ich adaptacyjnego/nieadaptacyjnego charakteru. Istotnym kryterium tego wartościowania są wymierne rezultaty przystosowawcze w postaci np. obniżonej symptomatologii depresyjno-lękowej czy satysfakcjonującej jakości życia. Badania dotyczące związków między procesami radzenia sobie i przystosowania wśród osób po urazie rdzenia dostarczają niejednoznacznych wyników. Na ich podstawie trudno rozstrzygnąć, czy efektywność radzenia sobie kształtuje pomyślną adaptację do życia z trwałymi ograniczeniami, czy też wysokie wskaźniki psychospołecznego przystosowania sprzyjają dokonywaniu wyboru skutecznych strategii zaradczych. Bezsprzeczny charakter wyników otrzymano natomiast w zakresie predykcyjnej roli radzenia sobie w procesie przystosowania, przy uwzględnieniu innych zmiennych, w tym socjodemograficznych i związanych z niepełnosprawnością. Zmienne te okazały się zdecydowanie słabszymi predyktorami w porównaniu ze stosowanymi sposobami radzenia sobie w ustalaniu efektów adaptacyjnych [9, 10]. Dowiedziano adaptacyjnego charakteru strategii zadaniowych oraz nieprzystosowawczego emocjonalnych i unikowych. Nierzadko podkreśla się jednak, iż otrzymywane w efekcie ich stosowania rezultaty w znacznym stopniu uzależnione są od czasu, jaki upłynął od nabycia uszkodzenia rdzenia [11, 12, 13].

Interesujących danych dostarczają rezultaty badań podłużnych [14] dowodzące względnej stabilności wykorzystywanych strategii zaradczych w czasie. Zaangażowane radzenie sobie zaktywizowane w 12 tygodniu po urazie rdzenia okazało się silnym predyktorem psychologicznego wzrostu po 10 latach od nabycia uszkodzenia. Szeroki zakres dowodów empirycznych (pochodzących z analiz poprzecznych i podłużnych) na istnienie ścisłego związku między radzeniem sobie a przystosowaniem u osób z uszkodzeniem rdzenia prezentuje opracowanie Z. Chevalier, P. Kennedy'ego i O. Sherlock [15]. W oparciu o nie można wnioskować o znaczącej roli zmiennych pośredniczących ustalających specyficzny charakter tej relacji. Przy uwzględnieniu zależności między satysfakcją z życia (wskaźnik pomyślnego przystosowania) a zdrowiem oraz stwierdzonego powiązania w zakresie oceny zdrowia i stosowanych strategii zaradczych u osób z urazem rdzenia [16], subiektywne wartościowanie własnej kondycji zdrowotnej należy uznać za znaczący mediator relacji radzenia sobie i przystosowania.

Ocena zdrowia z perspektywy subiektywnej jest coraz częściej uwzględniana w analizach psychospołecznego funkcjonowania osób z niepełnosprawnością, z uwagi na zidentyfikowane jej znaczenie w kształtowaniu wskaźników jakości życia, działań ukierunkowanych na realizację celów, aktywności prozdrowotnych, motywacji do podejmowania zabiegów rehabilitacyjnych [17, 18, 19]. W dokonanych analizach podkreśla się jednak, że zdrowie i jego subiektywna perspektywa kształtowana jest przez odmienne prawidłowości wśród osób nabywających niesprawności jako naturalnych konsekwencji procesu starzenia się (przewaga badań w tym zakresie) oraz jednostek żyjących i starzejących się z doznaniem wcześniej uszkodzeniami [20]. W drugiej z wymienionych grup osób zaznacza się wyższa ocena własnej kondycji zdrowotnej [21]. Badania dotyczące samooceny zdrowia osób z uszkodzeniem rdzenia ujawniły, że jest ona w istotnym stopniu wyznaczana przez wtórne komplikacje określające jakość fizycznego funkcjonowania [22]. Oceniana

jakość życia odnoszona do zdrowia pozostawała w związku ze strategiami radzenia sobie wyrażającymi się w przeformułowaniu wartości i ich akceptacji oraz przyjmowaniu zachowań o niewielkich tendencjach zależnościowych u jednostek po urazie rdzenia [23]. Ocena zdrowia i jego kontrola okazała się również znaczącym czynnikiem w procesie przystosowania do życia z trwałymi ograniczeniami wynikającymi z uszkodzenia rdzenia kręgowego, pozytywnie korelując z subiektywnym dobrostanem psychicznym [24].

Wstępne doniesienia empiryczne określają znaczenie oceny zdrowia niezależnie dla procesu radzenia sobie i przystosowania do życia z niepełnosprawnością u osób z urazem rdzenia [25]. Zaznacza się brak analiz pozwalających ustalić charakter relacji między tymi dwoma procesami w kontekście subiektywnego wartościowania własnej kondycji zdrowotnej. Zważywszy na niejednokrotnie sygnalizowaną przez badaczy niejasną naturę powiązań w zakresie przyjmowanej aktywności zaradczej i osiąganych przez osoby z trwałymi uszkodzeniami efektów przystosowawczych, analizy uwzględniające zmienną w postaci samooceny zdrowia, mogą dostarczyć dodatkowych wyjaśnień w podejmowanej problematyce.

CEL PRACY

Celem pracy jest określenie charakteru związku między dyspozycyjnym i sytuacyjnym radzeniem sobie w sytuacjach trudnych a reakcjami przystosowawczymi ujawnianymi przez osoby z uszkodzeniem rdzenia kręgowego różniące się subiektywną oceną zdrowia. Sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Jakie style i strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych preferują badane osoby z urazem rdzenia?
2. Jakie reakcje przystosowawcze dominują wśród badanych?
3. Czy istnieje, a jeżeli tak, to jaki charakter ma związek między stylami i strategiami radzenia sobie a reakcjami przystosowawczymi badanych?
4. Czy subiektywna ocena zdrowia różnicuje dyspozycyjne i sytuacyjne radzenie sobie oraz reakcje przystosowawcze, a także charakter powiązań między tymi zmiennymi u osób badanych? A jeżeli tak, to na czym to zróżnicowanie polega?
5. Czy badani o zróżnicowanej ocenie własnej kondycji zdrowotnej cechują się swoistą typowością w stosowanych sposobach radzenia sobie i reagowania na posiadane ograniczenia? A jeśli tak, to w czym ta typowość się wyraża?

Zakłada się, że istnieje związek między radzeniem sobie i reakcjami przystosowawczymi przejawianymi przez osoby z uszkodzeniem rdzenia. Zgodnie z dotychczasowymi ustaleniami przyjmuje się, że style i strategie o charakterze zadaniowym będą pozostawały w pozytywnym związku z reakcjami typowo przystosowawczymi w postaci np. akceptacji ograniczeń wynikających z nabycia uszkodzenia. Natomiast unikowe radzenie sobie i zorientowane na emocje będą pozytywnie korelowały z nieprzystosowawczymi reakcjami, np. zaprzeczaniem czy depresją [14, 25]. Zakłada się również znaczącą rolę subiektywnej oceny zdrowia w ustalaniu relacji między preferowanymi sposobami radzenia sobie i reakcjami przystosowawczymi. W oparciu o dostępne analizy [23, 25] zasadne jest przyjęcie założenia o istnieniu tego powiązania, jednakże bez jednoznacznego orzekania o charakterze tej relacji.

MATERIAŁ I METODY

Materiał empiryczny zebrano za pomocą następujących narzędzi badawczych: Kwestionariusza COPE (The Coping Orientations to Problems Experienced) autorstwa C. S. Carvera, M. F. Scheiera i J. K. Weintrauba w polskiej adaptacji S. Piątek i K. Wrześniewskiego oraz Kwestionariusza Reakcji Przystosowawczych (RIDDI) H. Livneha i R. Antonaka w opracowaniu J. Kirenko i S. Byry (wersja eksperymentalna). Kwestionariusz COPE umożliwia określenie preferencji badanych w zakresie 8 stylów i 8 strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych: koncentracji na problemie (PRO), zaprzeczania (ZAP), koncentracji na emocjach i ich wyładowaniu (EM), poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego (WS), akceptacji (AKC), zwracania się ku religii (REL), poczucia humoru (HUM) i używania alkoholu lub innych środków odurzających (ALK). Skala RIDDI oparta jest na rozumieniu przystosowania w kategorii dynamicznego, wielowymiarowego i hierarchicznego procesu, przez który jednostka stopniowo zbliża się do uzyskania optymalnej psychospołecznej równowagi. Pozwala ona wyodrębnić tzw. reakcje wczesnie/nieadaptacyjne (szok (S), niepokój (N), wyparcie/zaprzeczanie (W), reakcje pośrednie/depresja (D), uwewnętrzniony gniew (UG), uzewnętrzniona wrogość (UW)/i reakcje późnie/adaptacyjne/uznanie/pogodzenie się z niepełnosprawnością/akceptacja (A), przystosowanie (P))/[26]. Subiektywną ocenę zdrowia określoną przez osoby badane zidentyfikowano za pomocą jednoitemowej skali wyrażającej się w pytaniu: Jak ocenia Pan/i swoje zdrowie? Badani dokonywali wyboru spośród następujących odpowiedzi: doskonałe, bardzo dobre, dobre, niezłe, złe. Wyodrębniono dwie grupy osób: wysoko oceniające aktualny stan swojego zdrowia oraz wskazujące na niezadowolającą kondycję zdrowotną.

W badaniach uczestniczyło 113 osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, 82,00% stanowili mężczyźni. Wszyscy badani mają paraplegię. Zdecydowana większość z nich mieszka w mieście (86,19%), 62,99% badanych pracuje zawodowo (44,75% na pełnym etacie, 32,57% na ½ etatu, 22,65% na umowę zlecenie). Przeważająca liczba badanych (81,10%) nie pozostaje w związku małżeńskim, wszyscy zamieszkują z członkami swoich rodzin pochodzenia. Osoby z niską samooceną zdrowia stanowiły 41,35% badanych, pozostali (58,65%) cechują się wysoką oceną własnej kondycji zdrowotnej.

WYNIKI

Analiza z zastosowaniem testu t-Studenta ujawniła istotne statystycznie różnice między badanymi zróżnicowanymi ze względu na poziom samooceny zdrowia, zarówno w zakresie stylów, jak i strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Tab. 1-2).

Badani z wysoką samooceną zdrowia wykazują najwyższą skłonność do zadaniowego zmagania się z problemami, koncentrując się na ich rozwiązaniu. W tym zakresie różnią się znacząco od osób z niską oceną własnego zdrowia zdecydowanie bardziej cechujących się tendencją do orientowania się na emocje w obliczu przeżywanych sytuacji trudnych. Badani z wysoką samooceną zdrowia za priorytet uznają zadaniowe podejście do trudności, Natomiast osoby z niską oceną własnego zdrowia znaczącą wartość w rozwiązywaniu sytuacji trudnych przypisują możliwościom zawartym

Tab. 1. Style radzenia sobie w sytuacjach trudnych osób badanych

Style	Osoby z wysoką samoocena zdrowia		Osoby z niską samoocena zdrowia		Test istotności	
	M	SD	M	SD	t	P
PRO	2,60	1,10	2,14	1,08	2,19	0,030*
ZAP	2,12	0,80	2,13	0,73	-0,11	0,915
EM	2,23	0,76	1,99	0,78	3,04	0,003*
WS	2,16	0,88	2,58	0,57	-2,49	0,014*
AKC	2,37	0,50	2,39	0,52	-0,22	0,828
REL	2,16	1,03	1,54	0,74	2,25	0,026*
HUM	2,21	0,47	2,29	0,44	-2,25	0,368
ALK	1,83	0,47	1,86	0,45	-0,39	0,693

*p<0,05

we wsparciu społecznym. Dążąc do zaakceptowania napotykanymi trudnościami wyrażają zbliżoną skłonność do humorystycznego ich ujęcia. Istotnie statystycznie różnicowanie zaznaczyło się między badanymi także w zakresie preferencji stylu odzwierciedlającego się w poszukiwaniu wsparcia w Bogu, zdecydowanie bardziej charakterystycznego dla osób z wysoką samoocena zdrowia.

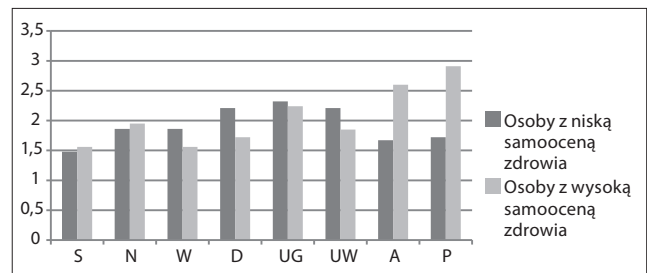
Tab. 2. Strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych preferowane przez badanych

Strategie	Osoby z wysoką samoocena zdrowia		Osoby z niską samoocena zdrowia		Test istotności	
	M	SD	M	SD	t	P
PRO	2,57	1,00	2,17	0,83	2,28	0,024*
ZAP	2,33	0,48	2,31	0,35	0,28	0,777
EM	2,38	0,66	2,12	0,69	1,99	0,048*
WS	2,49	0,85	2,46	1,18	0,17	0,865
AKC	2,50	0,63	2,14	0,67	3,07	0,003*
REL	2,13	0,83	2,26	1,24	-0,82	0,413
HUM	2,28	0,63	2,31	0,49	-0,23	0,821
ALK	1,54	0,61	1,82	0,57	-2,32	0,022*

*p<0,05

W zakresie sytuacyjnego radzenia badani również wykazują istotne statystycznie różnicowanie. Osoby z wysoką samoocena zdrowia, najczęściej wykorzystujące strategie zorientowane na problem, znacząco różnią się od osób z niską oceną własnej kondycji zdrowotnej, które, podobnie jak w przypadku stylu, w największym stopniu stosują emocjonalne sposoby zaradcze. Doświadczając konkretnych sytuacji trudnych osoby z wysoką samoocena zdrowia zdecydowanie częściej dążą do ich zaakceptowania, co najprawdopodobniej zwiększa efektywność używanych przez nich strategii zadaniowych. Wprawdzie w obu badanych grupach strategia wrażliwa się w stosowaniu środków odurzających (np. alkoholu) okazała się najrzadziej stosowana, niemniej badani z niską samoocena zdrowia wykazują się istotnie wyższą preferencją jej wykorzystywania w porównaniu z osobami wysoko wartościującymi własne zdrowie.

Badani o różnicowanej samooceny zdrowia wykazują odmienne reakcje przystosowawcze na nabycie trwałej niepełnosprawności (Ryc. 1). Osoby z niską oceną własnego zdrowia w zdecydowanie większym stopniu ujawniają wyparcie (p<0,019) i reakcje depresyjne (p<0,002), znacząco częściej przejawiając wrogość skierowaną na innych (p<0,011) w po-

**Ryc. 1.** Reakcje przystosowawcze badanych

równaniu z osobami wysoko oceniającymi swoje zdrowie, które z kolei cechuje istotnie wyższe nasilenie akceptacji posiadanych ograniczeń (p=0,000) oraz przystosowania do wynikających z nich konsekwencji (p=0,000). Określając konfigurację reakcji przejawianych przez badanych warto wskazać, że u osób z niską samoocena zdrowia dominują sposoby reagowania przyjmujące postać nasilonego gniewu i wrogości ukierunkowanych zarówno na siebie, jak i otoczenie zewnętrzne. Najprawdopodobniej jest to konsekwencją zafiksowania się badanych na przyczynie doświadczanej niepełnosprawności i nieustannym poszukiwaniu winnych aktualnie doznawanego urazu. Reakcje te znacząco utrudniają akceptację ograniczeń, która w przypadku tych osób jest stosunkowo niska, pozostając w związku z niewielkim nasileniem behawioralnego przystosowania do życia z trwałą niepełnosprawnością. Zaktywizowanie dążeń do zaakceptowania obecnych możliwości ruchowych napotyka barierę w postaci podwyższonych poziomów reakcji depresyjnych i niepokoju. W grupie badanych wysoko oceniających własne zdrowie przeważają reakcje poznawczej i emocjonalnej akceptacji doświadczanych ograniczeń oraz behawioralnego przystosowania do codziennego z nimi funkcjonowania. Niemniej można zauważyć, iż w niektórych sytuacjach osoby te mają skłonność do nasilonego ujawniania gniewu czy złości na siebie, dostrzeganą u siebie słabość czy nieudolność, stosunkowo często reagując też niepokojem.

W dalszej części opracowania zostaną przeanalizowane związki korelacyjne (ustalone przy pomocy współczynnika korelacji r Pearsona) między stylami i strategiami radzenia sobie w sytuacjach trudnych a reakcjami przystosowawczymi badanych różnicowanych ze względu na samoocena zdrowia. W obu grupach badanych stwierdzono istotne statystycznie powiązania między uwzględnionymi zmiennymi. U osób z niską oceną własnego zdrowia ustalono słabe i ujemne korelacje zachodzące w obrębie reakcji niepokoju, depresji i wewnętrzznego gniewu oraz stylu zadaniowego (Tab. 3) Ponadto w tej grupie badanych akceptacji posiadanych ograniczeń towarzyszy dyspozycja do problemowego ustosunkowania się względem napotykanymi trudnościami, a także obniżona zdolność do zaprzeczania istniejącym przeszkodom i radzenia sobie ukierunkowanego na zmaganie się z emocjami mogącymi ujawnić się w obliczu zetknięcia się z sytuacją trudną. Interesująca jest dodatnia (choć słaba) korelacja między stylem radzenia sobie wyrażającym się w stosowaniu alkoholu i innych środków odurzających oraz behawioralnym przystosowaniem do życia z nabytą niepełnosprawnością. Przy wyższej dyspozycji do tego typu zmagania się z trudnościami u badanych z niską samoocena zdrowia kształtowałaby się tendencja do częstszej przejawiania reakcji przystosowawczych. W przypadku strategii radzenia sobie stwierdzono u tych osób słabe i ujemne korelacje

w zakresie zadaniowego sposobu sytuacyjnego zmagania się z trudnościami oraz depresją i akceptacją. Zaskakujące jest, iż przy wyższej akceptacji niesprawności i wynikających z niej konsekwencji u badanych może wzrastać tendencja do zmniejszonego radzenia sobie w postaci konfrontacji z problemem i jego rozwiązania. Strategiom emocjonalnego zmagania się z trudnościami towarzyszy obniżone nasilenie reakcji wyrażających się w niepokoju i depresji oraz zwiększona gotowość do poznawczej i emocjonalnej akceptacji trwałych ograniczeń. Strategia radzenia sobie odzwierciedlająca się w akceptacji doświadczanych problemów wykazuje istotne pozytywne powiązania z ujawnianiem dążeń do zaakceptowania niesprawności i jej skutków. Związek ten, zapewne o charakterze współzależnościowym, ukazuje często już dokumentowaną w literaturze tezę, iż pokonywanie napotykanym problemów przez osobę z trwałą niesprawnością stanowi konsekwencję cechującego ją stopnia akceptacji nabytych ograniczeń. Sytuacyjne radzenie sobie w postaci używania alkoholu i innych środków odurzających pozytywnie (niemniej słabo) korelując z gotowością do akceptacji sugeruje, że strategia ta okazuje się w tej grupie badanych pomocna w poznawczym i emocjonalnym przyjęciu doznawanych niesprawności. Korzystne funkcje wydaje się również pełnić strategia wyrażająca się w zaprzeczaniu, która negatywnie koreluje z reakcjami lękowymi.

Tab. 3. Style i strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych a reakcje przystosowawcze badanych z niską samoocena zdrowia – współczynniki korelacji r Pearsona

	S	N	W	D	UG	UW	A	P
Style								
PRO	-0,09	-0,38*	-0,20	-0,36*	-0,44*	-0,13	0,42*	-0,03
ZAP	-0,05	-0,04	-0,07	0,03	-0,03	-0,15	-0,43*	0,20
EM	-0,02	0,14	0,04	0,22	0,09	-0,08	-0,31*	0,01
WS	0,05	-0,05	-0,10	-0,09	0,01	-0,04	0,23	-0,06
AKC	0,04	-0,03	-0,18	0,11	0,10	0,18	0,17	0,11
REL	0,12	0,19	0,12	0,24	0,26	0,27	-0,08	-0,18
HUM	-0,01	-0,18	-0,29	0,10	0,03	-0,26	-0,13	0,07
ALK	0,17	0,09	-0,06	0,20	0,13	-0,04	-0,01	0,31*
Strategie								
PRO	-0,11	0,02	-0,05	-0,39*	-0,02	0,07	-0,37*	-0,02
ZAP	0,09	-0,31*	-0,20	-0,14	-0,08	-0,19	0,20	0,23
EM	0,08	-0,30*	-0,18	-0,31*	-0,24	-0,22	0,38*	0,23
WS	0,12	-0,10	-0,05	-0,18	0,01	-0,16	0,18	-0,29
AKC	0,14	-0,18	-0,03	0,01	-0,09	-0,13	0,55*	0,22
REL	0,01	0,06	0,11	0,01	-0,07	-0,10	0,05	0,12
HUM	-0,11	-0,07	-0,13	0,06	0,06	-0,13	-0,06	-0,06
ALK	0,09	-0,04	-0,04	0,17	-0,02	-0,05	0,39*	0,12

*istotne statystycznie

U osób z wysoką samoocena zdrowia ustalono nieco odmiennie i liczniejsze powiązania między dyspozycyjnym i sytuacyjnym radzeniem sobie a reakcjami przystosowawczymi (Tab. 4.).

Charakterystyczne dla badanych style radzenia sobie w sytuacjach trudnych zorientowane problemowo (akceptacja problemu i tendencja do jego rozwiązywania) dodatnio korelują z pozytywnymi reakcjami przystosowawczymi w postaci poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego reagowania

Tab. 4. Style i strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych a reakcje przystosowawcze badanych z wysoką samoocena zdrowia – współczynniki korelacji r Pearsona

	S	N	W	D	UG	UW	A	P
Style								
PRO	-0,11	0,12	-0,17	-0,36*	-0,46*	-0,39*	0,12	0,49*
ZAP	0,28	0,25	-0,19	0,30*	-0,27	-0,18	-0,39*	-0,37*
EM	-0,13	0,23	-0,21	0,24	0,27	0,38*	-0,32*	-0,43*
WS	0,07	0,18	0,39*	0,36*	0,17	0,33*	-0,23	-0,19
AKC	-0,16	-0,13	-0,27	-0,16	-0,14	-0,11	0,39*	0,44*
REL	0,04	-0,35*	-0,25	-0,19	-0,30*	-0,34*	0,42*	0,30*
HUM	-0,03	0,11	0,28	-0,32*	-0,30*	-0,11	0,35*	0,42*
ALK	0,25	0,11	0,13	0,16	0,10	0,20	-0,20	-0,13
Strategie								
PRO	-0,18	0,11	-0,34*	-0,13	-0,03	-0,06	0,38*	-0,12
ZAP	0,13	0,33	-0,05	-0,05	-0,14	0,23	-0,02	-0,17
EM	-0,12	-0,43*	-0,35*	-0,41*	0,15	-0,34*	-0,43*	0,48*
WS	0,09	0,15	0,32*	0,37*	0,09	-0,04	0,11	-0,13
AKC	0,10	0,12	-0,39*	-0,37*	-0,30*	-0,17	0,32*	0,45*
REL	-0,11	-0,06	-0,36*	-0,39*	0,19	-0,35*	0,57*	0,55*
HUM	0,25	-0,15	-0,38*	-0,34*	-0,33*	-0,30*	-0,27	-0,21
ALK	0,13	-0,13	0,10	0,19	-0,14	0,14	-0,18	-0,13

*istotne statystycznie

na nabycie trwałego urazu. Jednocześnie nasiloną dyspozycją do zadaniowego radzenia sobie z problemami sprzyja obniżeniu częstotliwości reagowania w postaci depresji, ujawniania gniewu i wrogości w stosunku do siebie oraz otoczenia zewnętrznego. W zakresie ujawnionej korelacji można wskazać na jej współzależnościowy charakter. Obniżeniu nasilenia reakcji akceptacji i behawioralnego przystosowania sprzyja dyspozycyjne radzenie sobie w postaci zaprzeczania (pozytywnie korelującego również z depresją) i zorientowania na emocje (dodatnio powiązanego też z reagowaniem wyrażającym się w uzewnętrznianiu wrogości). Natomiast wyższej akceptacji posiadanych ograniczeń i lepszemu przystosowaniu towarzyszą style odzwierciedlające się w akceptacji problemu, zwracaniu się do Boga, wykorzystywaniu humoru w pokonywaniu napotykanym trudności. Wyższemu nasileniu ostatniego z wymienionych stylów towarzyszy zmniejszenie reakcji depresyjnych i skłonności do wyrażania gniewu w stosunku do siebie. Dyspozycja do radzenia sobie, ujawniająca się w ufności pokładanej w wierze religijnej, okazuje się zmniejszać u badanych niepokój oraz gniew i wrogość kierowaną do siebie i innych. Interesujące jest, iż styl radzenia sobie wyrażający się w poszukiwaniu wsparcia społecznego dodatnio koreluje z wyparciem, depresją i wrogością ukierunkowaną na zewnątrz. Przypuszczalnie badani cechujący się tego typu tendencją charakteryzują się jednocześnie przekonaniem, iż pozyskiwanie wsparcia jest jednoznaczne z uznaniem własnej bezradności i zależności od innych. Wyższe nasilenie wrogości ujawnianej w stosunku do innych może być również konsekwencją otrzymywania wsparcia nieadekwatnego do potrzeb i oczekiwań.

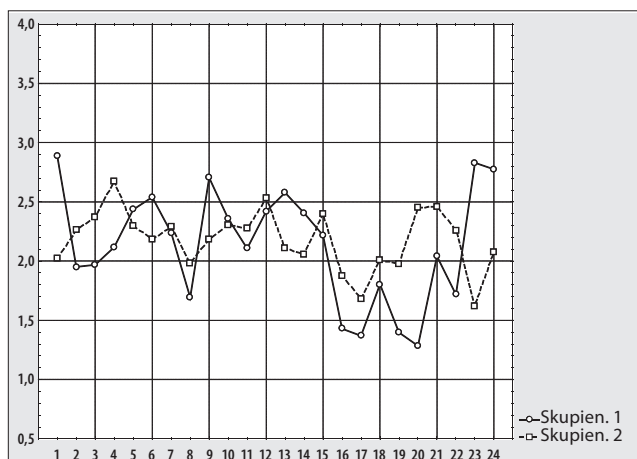
Podobnie jak w przypadku stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych typowych dla badanych z wysoką samoocena zdrowia, znaczną liczbę powiązań stwierdzono także w zakresie wykorzystywanych przez nich strategii zaradczych. Wyższe nasilenie sytuacyjnego radzenia sobie w postaci

aktywnej konfrontacji z problemem może sprzyjać obniżeniu reakcji wyparcia, pozytywnie oddziałując na kształtowanie się akceptacji doświadczanych ograniczeń. Zwiększonej akceptacji i behawioralnemu przystosowaniu towarzyszą strategie radzenia sobie wyrażające się w akceptacji napotykanym trudności oraz zaufaniu połączanemu w Bogu. Wskazane strategie zaradcze oraz stosowanie humoru sprzyjają obniżeniu częstotliwości stosowania reakcji depresyjnych, wyparcia, gniewu i wrogości wyrażanej w stosunku do siebie i innych. Charakter korelacji ujawnionych w zakresie strategii polegającej na poszukiwaniu wsparcia społecznego potwierdza powiązania ustalone w ramach stylów radzenia sobie. Tego typu strategia może sprzyjać nasileniu reakcji depresyjnych i wyparcia. Sytuacyjne radzenie sobie zorientowane na emocje wydaje się również odgrywać znaczącą rolę w kształtowaniu reakcji po nabyciu urazu u osób z wysoką samooceną zdrowia. Zwiększenie częstotliwości jej stosowania sprzyja obniżeniu nasilenia reakcji lękowych, depresyjnych, wyparcia i wrogości kierowanej na zewnątrz, niemniej jednocześnie negatywnie oddziałując na ujawnianie gotowości do zaakceptowania posiadanych ograniczeń. Tendencji do częstszego wykorzystywania tego typu strategii towarzyszy lepsze behawioralne przystosowanie do nabytej niepełnosprawności i jej biopsychospołecznych konsekwencji.

Stwierdzone w ramach analizy korelacyjnej powiązania między uwzględnionymi zmiennymi wskazują na współwystępowanie obu procesów: radzenia sobie i przystosowania w obrębie codziennego funkcjonowania osób z urazem rdzenia kręgowego. Nieco większa liczba powiązań ustalona w grupie osób z wysoką oceną własnego zdrowia sugeruje u nich szerszy zakres wzajemnego oddziaływania między analizowanymi procesami. Niemniej siła ujawnionych korelacji pokazuje jednocześnie, iż owe współzależności mają charakter stosunkowo słaby.

By ustalić, czy osoby z niską i wysoką oceną własnego zdrowia cechują się specyficzną typowością w przyjmowaniu stylów i strategii radzenia sobie oraz ujawnianiu reakcji przystosowawczych zastosowano analizę skupień metodą k-średnich (Ryc. 2).

W ramach przeprowadzonej analizy wyodrębniono 2 skupienia, w pierwszym dominują osoby z wysoką samooceną zdrowia (71,01%), drugie natomiast zostało utworzone głów-



Ryc. 2. Typowość stylów i strategii radzenia oraz reakcji przystosowawczych badanych -wyniki analizy skupień
Style radzenia: 1-PRO, 2-ZAP, 3-EM, 4-WS, 5-AKC, 6-REL, 7-HUM, 8-ALK, Strategie radzenia: 9-PRO, 10-ZAP, 11-EM, 12-WS, 13-AKC, 14-REL, 15-HUM, 16-ALK, Reakcje przystosowawcze: 17-S, 18-N, 19-W, 20-D, 21-UG, 22-UW, 23-A, 24-P

nie wśród osób z niską oceną własnej kondycji zdrowotnej (68,82%). Pierwsze skupienie obejmuje osoby charakteryzujące się znacząco wyższym (w porównaniu z badanymi z drugiego skupienia) nasileniem dyspozycyjnego ($p<0,039$) i sytuacyjnego ($p<0,023$) radzenia sobie zorientowanego na problem wraz z istotnie wyższą akceptacją napotykanym trudności ($p<0,050$), zdecydowanie rzadziej wykorzystujące alkohol i inne środki odurzające w rozwiązywaniu sytuacji trudnych (styl: $p<0,014$; strategia: $p<0,041$). Dla tych osób typowe są ponadto znacząco bardziej nasilone reakcje w postaci emocjonalnej i poznawczej akceptacji ($p<0,021$) oraz behawioralnego przystosowania ($p<0,030$), cechuje je także wyraźnie mniejsza skłonność do depresyjnego reagowania na posiadane ograniczenia ($p<0,038$). Drugie skupienie koncentruje osoby preferujące przede wszystkim styl i strategię radzenia wyrażające się w poszukiwaniu wsparcia społecznego (istotnie bardziej niż osoby z pierwszego skupienia: styl – $p<0,042$; strategia – $p<0,045$), cechujące się zdecydowanie wyższą dyspozycyjnością do zmagania się z emocjami towarzyszącymi pojawiającym się problemom ($p<0,051$). Charakterystyczne jest, iż typowe dla tych osób jest zbliżona częstotliwość stosowania szerokiego spektrum sposobów radzenia. Zatem badani wchodzący w skład tego skupienia doświadczając zróżnicowanych sytuacji trudnych wykazują wyższą tendencję do stosowania różnorodnych sposobów do ich rozwiązania. Zaznaczająca się specyfika radzenia sobie koresponduje z wyższym nasileniem reakcji wyraźnie nieprzystosowawczych w postaci depresji i uwewnętrznzonego gniewu oraz stosunkowo niskiej akceptacji dysponowanych ograniczeń.

Podsumowując wyniki analizy skupień należy wskazać, że badani z niską i wysoką oceną własnej kondycji zdrowotnej cechują się określoną typowością w radzeniu sobie z problemami i reagowaniu na trwałą niesprawność ruchową. Przy czym osoby z wysoką samooceną zdrowia wykazują wyraźniejszą preferencję zarówno w stosowaniu pewnych stylów i strategii radzenia sobie z trudnościami, jak również przejawianiu reakcji przystosowawczych. Wyrażają one skłonność do bardziej adaptacyjnych sposobów pokonywania napotykanym trudności korespondujących z konstruktywnym i rozwojowym reagowaniem na posiadanie trwałych ograniczeń. Z kolei badani z niską samooceną zdrowia wykorzystują w zmaganiu się z problemami zarówno adaptacyjne, jak i nieadaptacyjne sposoby radzenia, niejako poszukując odpowiednich możliwości ich pokonywania, wyraźnie dążąc do pozyskiwania pomocy od innych. Uzyskane rezultaty pozwalają sugerować cechującą ich swoistą bezradność znajdującą potwierdzenie w ujawnianych reakcjach na doświadczaną niepełnosprawność, szczególnie nasilonych w zakresie depresji i gniewu skierowanego do siebie. Wyniki w obrębie akceptacji sugerują brak gotowości u badanych do przyjęcia zmian wywołanych nabyciem trwałej niesprawności. Zatem niska ocena zdrowia u tych badanych wydaje się być konsekwencją ujawnionych sposobów zaradczych i reakcji zdecydowanie niesprzyjających wzrostowi i zaangażowanym dążeniom do rekonstrukcji swojego życia i funkcjonowania zgodnie z aktualnie posiadanymi możliwościami.

DYSKUSJA

Dotychczasowe dane empiryczne zaprezentowane we wprowadzeniu sugerują zróżnicowany zakres sposobów radzenia sobie z trudnościami stosowanymi przez osoby

po nabyciu urazu rdzenia kręgowego. Ustalono tutaj rezultaty wskazują, że mogą one podlegać różnicowaniu przez subiektywną ocenę zdrowia. Dowiedzione w literaturze adaptacyjne funkcje zadaniowego radzenia sobie znajdują potwierdzenie w wynikach zaprezentowanych w niniejszym opracowaniu. Uzyskane tutaj rezultaty wykazują pewną zbieżność z wynikami przedstawionymi przez P. Kennedy'ego i współpracowników [8]. Niemniej zawarte tu dane, uwzględniające samoocenę zdrowia, wyraźnie sugerują, że wysokie parametry w zakresie tej zmiennej mogą być znaczące dla wyboru i stosowania zadaniowych sposobów zaradczych. Ponadto analizowane wyniki zostały pozyskane w ramach badań poprzecznych kumulujących osoby ze zróżnicowanym czasem doświadczenia urazu rdzenia. W kolejnych badaniach należałoby przyjąć zmienną różnicującą w postaci nie tylko subiektywnej oceny zdrowia, ale również czasu, jaki upłynął od momentu nabycia trwałego uszkodzenia. Ujawniona w niniejszych badaniach pośrednicząca rola subiektywnej oceny zdrowia w kształtowaniu reakcji przystosowawczych, choć istotna z punktu widzenia poznawczego, wymaga dodatkowej weryfikacji empirycznej. Przeprowadzone w tym zakresie analizy warto poszerzyć w celu rozstrzygnięcia, czy rozbudowana subiektywna ocena zdrowia nie stanowi jednego z elementów konstruktywnego procesu przystosowywania się do życia z trwałą niepełnosprawnością, w tym z urazem rdzenia. Wskazywana w opracowaniu Z. Chevalier, P. Kennedy'ego i O. Sherlock [15] rola zmiennych pośredniczących w ustalaniu relacji między radzeniem sobie i przystosowaniem u osób z uszkodzeniem rdzenia znajduje pewne potwierdzenie w prezentowanych wynikach badań. Subiektywna ocena zdrowia jest tutaj zmienną różnicującą charakter powiązań między wymienionymi zmiennymi. Niezależnie od poziomu oceny stwierdzone współczynniki korelacji wskazują na słabe i nieliczne umiarkowane związki między stylami i strategiami radzenia oraz reakcjami przystosowawczymi, niemniej zakres tych powiązań jest stosunkowo szeroki (szczególnie u osób z wysoką samooceną zdrowia). Istotnych dowodów w prezentowanej kwestii dostarczają także rezultaty analizy skupień, dowodzące swoistej typowości zarówno w sposobach radzenia, jak i reakcjach przystosowawczych charakteryzujących osoby z niską i wysoką subiektywną oceną zdrowia. W następnym etapie badań warto przeprowadzić analizę pozwalającą ustalić kierunek oddziaływania obu procesów: radzenia sobie i przystosowania u osób różniących się oceną własnej kondycji zdrowotnej.

WNIOSKI

Przeprowadzone analizy dostarczają wartościowych informacji w odniesieniu do zagadnienia w niewielkim stopniu eksplorowanego na gruncie polskim. Przyjmują one charakter istotnych przesłanek do dokonywania wstępnych założeń uzasadniających słuszność kolejnych badań w zakresie skomplikowanych powiązań między subiektywną oceną zdrowia oraz procesami radzenia sobie i przystosowania do życia z trwałymi ograniczeniami wynikającymi z urazu rdzenia kręgowego. Odpowiadając na postawione problemy badawcze można sformułować następujące wnioski:

Subiektywna ocena zdrowia jest zmienną różnicującą zarówno style, jak i strategię radzenia badanych. Osoby z wysoką samooceną zdrowia cechują się zdecydowanie wyższą dyspozycyjnością do zadaniowego radzenia sobie

z problemami, wykazując przy tym tendencję do ich zaakceptowania. W porównaniu z osobami z niską samooceną zdrowia wyrażają wyższą skłonność koncentracji na emocjach wywołanych przez napotykaną trudności, znacząco częściej pokładając zaufanie w Bogu niż we wsparciu możliwym do uzyskania od najbliższego otoczenia. Zdecydowanie rzadziej wykorzystują strategię radzenia sobie polegającą na używaniu alkoholu i innych środków odurzających.

Wysoka samoocena zdrowia jest zmienną istotną dla kształtowania się konstruktywnych reakcji przystosowawczych w postaci poznawczej i emocjonalnej akceptacji oraz behawioralnego przystosowania. Przy niskiej ocenie własnej kondycji zdrowotnej zostały ujawnione reakcje wyraźnie nieprzystosowawcze wyrażające się w depresji, uwewnętrznionym gniewie czy uwewnętrznionej wrogości, przy jednocześnie słabym nasileniu akceptacji posiadanych ograniczeń.

Związki korelacyjne stwierdzone zarówno u osób z niską, jak i wysoką samooceną zdrowia pozwalają wnioskować, iż adaptacyjne style i strategię radzenia sobie wykazują powiązania z konstruktywnymi reakcjami przystosowawczymi, natomiast wyraźnie nieadaptacyjne z reagowaniem nieprzystosowawczym. Szerszy zakres korelacji ustalony w grupie badanych z wysoką samooceną zdrowia sugeruje, że oba procesy: radzenia sobie i przystosowania do życia z trwałą niepełnosprawnością pozostają w istotnych i licznych powiązaniach, których natura jest trudna do rozstrzygnięcia w ramach zastosowanej analizy.

Badani różniący się poziomem subiektywnej oceny zdrowia cechują się pewną typowością w preferowaniu dyspozycyjnych i sytuacyjnych sposobów radzenia sobie oraz ujawnianiu reakcji przystosowawczych na nabycie trwałych ograniczeń. Swoistość owej typowości wyraża się nie tylko w prezentowaniu odmiennych stylów i strategii radzenia sobie oraz sposobów reagowania na niesprawność, ale także w ich nasileniu i wyrazistości. Osoby z wysoką samooceną zdrowia wykazują wyraźniej zaznaczające się preferencje zarówno w aktywności zaradczej, jak również w reakcjach przystosowawczych.

PIŚMIENNICTWO

1. Kirenko J. Psychospołeczne przystosowanie osób z paraplegią. Lublin: Wyd. UMCS; 1991.
2. Byra S. Ewolucja poglądów dotyczących przystosowania do życia z nabytą niepełnosprawnością. Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo 2006; 2: 49-64.
3. Falvo D. Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability. Gaithersburg: Aspen Publishers; 1999.
4. Livneh H. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework. Rehabilitation Counseling Bulletin. 2001; 44(1): 151-160.
5. Galvin LR, Godfrey HPD. The impact of doping on emotional adjustment to spinal cord injury (SCI): review of the literature and application of a stress appraisal and doping formulation. Spinal Cord. 2001; 39(6): 615-627.
6. McColl MA, Lei H, Skinner H. Structural relationships between social support and coping. Soc Sci Med. 1995; 41(3): 395-407.
7. DeGraff AH, Schaffer J. Emotion-focused coping: A primary defense against stress for people living with spinal cord injury. J Rehabil. 2008; 74(1): 19-24.
8. Kennedy P, Marsh N, Lowe R, Grey N, Short E, Rogers B. A longitudinal analysis of psychological impact and coping strategies following spinal cord injury. Br J Health Psychol. 2000; 5(1): 157-172.
9. Elfstrom M, Ryden A, Kreuter M, Persson L-O, Sullivan M. Linkages between coping and psychological outcome in the spinal cord lesioned: development of SCI-related measures. Spinal Cord. 2002; 40(1): 23-29.

10. Kennedy P, Duff J, Evans M, Beedie A. Coping effectiveness training reduces depression and anxiety following traumatic spinal cord injury. *Br J Clin Psychol.* 2003; 42(1): 41-52.
11. Elliott T et al. Problem solving appraisal and psychological adjustment following spinal cord injury. *Cogn Ther Res.* 1991; 15(3): 387-398.
12. Moore AD, Bombardier CH, Brown PB, Patterson DR. Coping and emotional attribution's following spinal cord injury. *Inter J Rehabil Res.* 1994; 17(1): 39-48.
13. Martz E, Livneh H, Priebe M, Wuermsler LA, Ottomanelli L. Predictors of psychosocial adaptation among people with spinal cord injury or disorder. *Arch Phys Med Rehabil.* 2005; 86(6): 1182-1192.
14. Pollard C, Kennedy P. A longitudinal analysis of emotional impact, coping strategies and post-traumatic psychological growth following spinal cord injury: A 10-year review. *Br J Health Psychol.* 2007; 12(3): 347-362.
15. Chevalier Z, Kennedy P, Sherlock O. Spinal cord injury, coping and psychological adjustment: a literature review. *Spinal Cord.* 2009; 47(7): 778-782.
16. Elfstrom ML, Ryden A, Kreuter M, Taft C, Sullivan M. Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *J Rehabil Med.* 2005; 37(1): 9-16.
17. Ravesloot C, Seekins T, Young Q-R. Health promotion for people with chronic illness and physical disabilities: The connection between health psychology and disability prevention. *Clin Psychol Psychother.* 1998; 5(1): 76-85.
18. Krause JS, Saladin LK, Adkins RH. Disparities in subjective well-being, participation, and health after spinal cord injury: A 6-year longitudinal study. *Neurorehabil.* 2009; 24(1): 47-56.
19. Saadat S et al. Health-related quality of life among individuals with long-standing spinal cord injury: a comparative study veterans and non-veterans. *Publ Health.* 2010; 10(6): 1-7.
20. Pentland W, McColl MA, Rosenthal C. The effect of aging and duration of disability on long term health outcomes following spinal cord injury. *Paraplegia.* 1995; 33(4): 367-373.
21. Jamoom et al. Expert panel on health status measurement. Age at disability onset and self-reported health status. *Publ Health.* 2008; 8: 10.
22. Krahn GJ, 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(4): 575-584.
23. Elfstrom ML, Ryden A, Kreuter M, Taft C, Sullivan M. Relations between coping strategies and health-related quality of life in patients with spinal cord lesion. *J Rehabil Med.* 2005; 37(1): 9-16.
24. Krause JS, Stanwyck CA, Maides J. Locus of control and life adjustment. Relationship among people with spinal cord injury. *Rehabil Couns Bull.* 2005; 41(3): 162-172.
25. Livneh H, Wilson LM. Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psychosocial adaptation. *Rehabil Couns Bull.* 2003; 46(1): 194-208.
26. Byra SH, Livneha IR. Antonaka koncepcja adaptacji do życia z niepełnosprawnością. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja.* 2008; 4: 3-21.

Coping in difficult situations and adaptation to living with disability among individuals with spinal cord impairment, with various levels of self-reported health

Abstract

Introduction: Coping and adaptation processes determine the quality of functioning of individuals with permanent disabilities, including those with spinal cord impairments. The recent tendency in analyzing the adaptation to living with disability has incorporated elements of coping, indicating that remedial activities undertaken by an individual are significantly and intricately interrelated with the ways of reacting to the development of permanent impairments.

Objective: The objective of the study was determination of the nature of the interrelation between dispositional and situational coping with difficult situations, and adaptive reactions displayed by individuals with spinal cord impairments who differ in terms of their subjective health assessment.

Materials and methods: The study covered 113 patients suffering from paraplegia, the majority of them males (82.00%). The respondents with high and low self-reported health status were identified. The following research tools were used: the COPE developed by Carver, Scheier and Weintraub in the Polish adaptation by Piątek and Wrześniewski, as well as the Reactions to Impairment and Disability Inventory (RID) developed by Livneh and Antonak, prepared by Kirenko and Byra (experimental version). Self-reported health was assessed with the use of a 1-item scale consisting of the question: How healthy do you think you are?

Results: Self-reported health proved to be a significant intervening variable differentiating both styles and strategies of coping, as well as adaptive reactions to the development of permanent impairments. The respondents with high self-reported health considerably more often preferred the adaptive ways of coping and revealed more creative adaptive reactions, compared to those who evaluated their health status in low terms.

Conclusions: Dispositional and situational coping is considerably interrelated with adaptive reactions of individuals with spinal cord impairments. Nature of this interrelation is to a significant extent determined with the use of self-reported health.

Key words

coping styles and strategies, adaptive reactions, spinal cord impairment