

ROLA ROZWOJU POTRAUMATYCZNEGO W PODEJMOWANIU ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH U OSÓB W OKRESIE PÓŻNEJ DOROSŁOŚCI

Nina Ogińska-Bulik¹, Magdalena Zadworna-Cieślak²

¹Institut Psychologii, Uniwersytet Łódzki
Institute of Psychology, University of Lodz

²Institut Psychologii, Stosowanej, Społeczna Akademia Nauk w Łodzi
Institute of Applied Psychology, University of Social Sciences in Lodz

THE ROLE OF POSTTRAUMATIC GROWTH IN MANIFESTING HEALTH BEHAVIORS IN THE GROUP OF PEOPLE IN LATE ADULTHOOD PERIOD

Summary. The aim of the study was to establish the role of posttraumatic growth for health behaviors of people in late adulthood period. The analyzed research group was 130 people in the age of 61-88 lat ($M = 71,32$; $SD = 5,81$), 60 were men (46,2%) and 70 (53,8%) women. The group consisted of 70 generally healthy people – the participants of the Third Age University, and 60 patients of cardiology clinic. The research tools were Health Behaviors Inventory authored by Juczynski (2001) – to measure health behaviors, and Posttraumatic Growth Inventory (authored by Tedeschi and Calhoun (1996), in polish adaptation of Ogińska-Bulik and Juczyński (2010)) – to measure posttraumatic growth.

The responded seniors exhibited an average level of posttraumatic growth and above-average level of health behaviors. Age did not differentiated the level of health behaviors.

Gender and type of traumatic experience were associated with health behaviors. The correlation and regression analysis confirmed the role of gender, type of trauma and posttraumatic growth indicators in manifesting health behaviors by seniors. The importance of posttraumatic growth in predicting health behaviors was different depending on the category of health-related behaviors.

Key words: health behaviors, posttraumatic growth, late adulthood period

Adres do korespondencji: Magdalena Zadworna-Cieślak, e-mail, magzad@wp.pl

Wprowadzenie

Zachowania zdrowotne

Aktualne procesy demograficzne skłaniają do refleksji nad specyfiką funkcjonowania osób w okresie późnej dorosłości. Średnia długość życia w Polsce wydłuża się i wynosi obecnie 72,7 lat dla mężczyzn i 81,0 dla kobiet. Prognozy przewidują, że przeciętne trwanie życia wzrośnie w ciągu najbliższych trzech dziesięcioleci o około 8 lat dla mężczyzn oraz o około 3 lata dla kobiet (*Trwanie życia...*, 2013). Populacja seniorów stanowi coraz większy odsetek populacji ogólnej, a jakość życia tej grupy wiekowej staje się przedmiotem coraz liczniejszych badań naukowych.

Najnowsze dane empiryczne na temat sytuacji polskich seniorów niosą jednak zatrażające wnioski. Na tle krajów Unii Europejskiej Polska zajmuje ostatnie miejsce pod względem sytuacji seniorów w raporcie *Global Age Watch Index* (2013). Autorzy raportu porównali siłę nabywczą dochodów seniorów, ich sytuację zdrowotną, wykształcenie oraz możliwość zatrudnienia. Największym problemem dla starszych osób w Polsce jest ich sytuacja zdrowotna i dostęp do opieki medycznej. Niepokoić mogą także polskie badania PolSenior, które objęły 5695 osób w wieku senioralnym (Mossakowska, Więcek, Błędowski, 2012). Wynika z nich, iż aktywność zdrowotna w tej grupie wiekowej pozostawia wiele do życzenia, szczególnie w sferze aktywności ruchowej, sposobu żywienia czy zachowań profilaktycznych.

Zachowania człowieka w znaczącym stopniu odpowiadają za stan zdrowia. Można go wzmocnić w każdym wieku, także senioralnym, poprzez odpowiednie działania ukierunkowane na zdrowie (Stanner, 2009). Na styl życia wpływa wiele czynników, w tym wiek, płeć, status materialny, a także stan zdrowia (Dolińska-Zygmunt, 2000; Ziarko, 2006). Zmianie czy podejmowaniu nowych zachowań zdrowotnych sprzyjają różnorodne uwarunkowania psychologiczne, a także doświadczane sytuacje życiowe (Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011).

Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych

W ostatnich latach uwaga badaczy jest kierowana na występowanie pozytywnych skutków traumy, ujawnianych w postaci potraumatycznego rozwoju¹ (*post-traumatic growth*). Zjawisko to odnosi się do występowania zespołu pozytywnych zmian, obejmujących zmiany w percepcji siebie, relacjach z innymi i doceniania życia, które mogą pojawić się w następstwie podjęcia prób poradzenia sobie z doświadczonym zdarzeniem traumatycznym (Tedeschi, Calhoun, 1996, 2004, 2007)². Oznacza to, że w wyniku przeżycia traumy niektórzy ludzie stają się mocniejsi, bardziej dojrzały, zauważają swoje zwiększone umiejętności radzenia sobie i przetrwania w skrajnie trudnych warunkach, dostrzegają nowe możliwości w życiu i stawiają sobie nowe cele. Pod wpływem traumatycznego doświadczenia wielu lu-

¹ W niektórych opracowaniach termin „rozwój” stosuje się zamiennie z określeniem „wzrost potraumatyczny”, co przez innych badaczy uznawane jest za dyskusyjne.

² Zjawisko potraumatycznego rozwoju zostało szerzej opisane w książce N. Ogińskiej-Bulik (2013a). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych czyli kiedy łyzy zamieniają się w perły.*

dzi odnajduje w sobie siłę, która pozwala im z dystansem przyjrzeć się dotychczasowemu życiu i zmieniać je na lepsze. Należy podkreślić, że potraumatyczny rozwój jest czymś więcej niż tylko powrotem do stanu równowagi po doświadczonym przeżyciu traumatycznym. Zjawisko to wskazuje, że jednostka w wyniku przeżytej sytuacji przechodzi pewnego rodzaju transformację i uzyskuje wyższy niż przed traumą poziom funkcjonowania.

Prowadzone w tym zakresie badania wskazują na występowanie zjawiska rozwoju po traumie u osób, które doświadczyły różnych negatywnych wydarzeń życiowych. Pozytywne zmiany zauważono między innymi u osób uczestniczących w działaniach wojennych (Powell i in., 2003), u ludzi, którzy doświadczyli przemocy seksualnej (McMillen, Zuravin, Rideout, 1995; Frazier, Conlon, Glaser, 2001) czy straty bliskiej osoby (Davis, Nolen-Hoeksema, 2001; Cadell, Regehr, Hemsworth, 2003; Wortman, 2004; Felcyn-Koczevska, Ogińska-Bulik, 2011, 2012; Ogińska-Bulik, 2014). Występowanie pozytywnych zmian po traumie stwierdzono także u osób doświadczających różnego rodzaju katastrof, jak huragany (Cieslak i in., 2009), tornado, wypadek lotniczy czy strzelanina (McMillen, Smith, Fisher, 1997; Tennen, Affleck, 2002). Wzrost po traumie obserwowany jest także wśród pracowników służb ratowniczych, którzy doświadczają wydarzeń traumatycznych w związku z wykonywaną pracą (Ogińska-Bulik, 2013b, Ogińska-Bulik, Kaflik-Pieróg, 2013).

Najwięcej badań w tym obszarze dotyczy jednak pozytywnych zmian po traumie, będącej efektem doświadczenia przewlekłej choroby somatycznej. Rozwój po traumie zanotowano u osób zmagających się z chorobą nowotworową (Cordova i in., 2001; Weiss, 2002; Sears, Stanton, Danff-Burg, 2003; Lechner, Antoni, 2004; Widows i in., 2005; Bellizzi, Blank 2006; Mystakidou i in., 2008; Bussel, Naus, 2010; Ogińska-Bulik, 2010), kardiologiczną (Affleck i in., 1987; Sheik, 2004; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010), reumatoidalnym zapaleniem stawów (Dirik, Karanci, 2008) czy zarażonych wirusem HIV i chorych na AIDS (Milam, 2004).

W prowadzonych dotychczas badaniach dotyczących korelatów potraumatycznego rozwoju praktycznie nie uwzględniano zachowań zdrowotnych. Zagadnienie to wydaje się ważne, choćby w kontekście pytania, czy obszary zmian wyróżnione w koncepcji Tedeschiego i Calhouna wyczerpują całość możliwości wzrostowych człowieka po doświadczeniu traumatycznym. Zdaniem Milam (2004), repertuar pozytywnych zmian po doświadczeniu traumatycznym może być szerszy. Autorka, wśród możliwych pozytywnych zmian po doświadczonej traumie wymienia m.in. większe współczucie dla innych, zwiększoną wiarę w innych, korzyści materialne, większą znajomość siebie, a także zmiany w stylu życia, w tym porzucenie picia alkoholu czy zażywania środków narkotycznych. Wśród nielicznych badań prowadzonych w tym zakresie warto zwrócić uwagę na wyniki badań, wskazujące na występowanie pozytywnych zmian w zakresie podejmowanych zachowań zdrowotnych u osób chorych na AIDS (Siegel, Schrimshaw, za: Park, 2004). W Polsce nie prowadzono jeszcze badań dotyczących zależności między rozwojem po traumie a zachowaniami zdrowotnymi.

Cel i pytania badawcze

W badaniach podjęto próbę ustalenia roli potraumatycznego rozwoju w podejmowaniu zachowań związanych ze zdrowiem w grupie osób w okresie późnej dorosłości. Ponieważ badania miały charakter przekrojowy, trudno wnioskować o zależnościach przyczynowo-skutkowych, jednak zastosowane analizy statystyczne prowadziły do ustalenia, jakie działania są podejmowane po traumie i czy mają one charakter prozdrowotny.

Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Jakie zachowania zdrowotne przejawiają badani seniorzy, jakiego rodzaju traumatycznych zdarzeń doświadczyli i jakiego rodzaju pozytywne zmiany potraumatyczne prezentują?
- Czy płeć, wiek, rodzaj doświadczonego zdarzenia oraz czas, jaki od niego upłynął związane są z poziomem potraumatycznego rozwoju i podejmowanych zachowań zdrowotnych?
- Czy pozytywne zmiany potraumatyczne wiążą się z podejmowanymi przez seniorów zachowaniami zdrowotnymi?
- Które rodzaje pozytywnych zmian pełnią predykcyjną rolę dla podejmowanych zachowań zdrowotnych?

Materiał i metoda

Badaniami objęto ogółem 200 osób w wieku senioralnym, z tego 160 (80%) przyznało, że przeżyło zdarzenie traumatyczne. Do analizy włączono wyniki 70 osób ogólnie zdrowych (uczestników Uniwersytetu Trzeciego Wieku)³, którzy doświadczyli różnych zdarzeń traumatycznych oraz 60 osób chorych kardiologicznie⁴, po zawale serca, leczonych ambulatoryjnie. Wśród badanych było 60 mężczyzn (46,2%) i 70 (53,8%) kobiet. Wiek badanych mieścił się w zakresie 61-88 lat ($M = 71,32$ $SD = 5,81$). Badania miały charakter dobrowolny i anonimowy. Przeprowadzono je za zgodą badanych, w grupie osób podczas wykładów prowadzonych na Uniwersytecie Trzeciego Wieku oraz w przychodni lekarskiej przy szpitalu kardiologicznym.

W badaniach wykorzystano Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju (*Post-traumatic Growth Inventory* – PTGI), którego autorami są Tedeschi i Calhoun (1996), w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2010). Narzędzie składa się z 21 stwierdzeń opisujących różne pozytywne zmiany zaistniałe w wyniku doświadczonego wydarzenia traumatycznego (np. „Zmieniłem/am swoje priorytety odnośnie do tego, co jest w życiu ważne”), do których osoba badana ustosunkowuje się, wybierając odpowiedzi od *nie doświadczyłem tej zmiany* (0 pkt) do *doświadczyłem tej zmiany w bardzo dużym stopniu* (5 pkt). Im wyższa punktacja, tym wyższe nasilenie

³ Wyniki 20 osób odrzucono ze względu na występowanie różnego rodzaju schorzeń o charakterze przewlekłym.

⁴ Odrzucono wyniki 10 osób ze względu na współwystępowanie innych zdarzeń o charakterze traumatycznym.

pozytywnych zmian. W polskiej wersji inwentarz mierzy 4 czynniki składające się na rozwój po traumie. Są to: zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach z innymi, większe docenianie życia i zmiany duchowe. Wynik ogólny jest sumą czterech wymienionych czynników. Narzędzie uzyskało satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Wskaźnik *alfa* Cronbacha wynosi 0,93 (dla poszczególnych czynników od 0,63 do 0,87) i jest nieco wyższy niż dla wersji oryginalnej.

Do pomiaru zachowań zdrowotnych wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ, którego autorem jest Juczyński (2001). Zawiera on 24 stwierdzenia opisujące różnego typu zachowania związane ze zdrowiem (po 6 w każdej kategorii). Badany ocenia nasilenie danych zachowań, posługując się skalą ocen od 1 („prawie nigdy”) do 5 („prawie zawsze”). Po zsumowaniu częstotliwości poszczególnych zachowań ustala się ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań, tj. prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych oraz pozytywnych nastawień psychicznych. Prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniają głównie rodzaj spożywanej żywności (np. pieczywo pełnoziarniste, warzywa i owoce). Zachowania profilaktyczne dotyczą przede wszystkim przestrzegania zaleceń zdrowotnych i uzyskiwania informacji o zdrowiu i chorobie. Praktyki zdrowotne obejmują nawyki związane ze snem, rekreacją czy aktywnością fizyczną, zaś pozytywne nastawienia psychiczne dotyczą unikania zbyt silnych emocji, napięć i stresów. Wartość ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych mieści się w granicach od 24 do 120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie określonych zachowań zdrowotnych. Wyniki ogólnego wskaźnika można przeliczyć na steny. Narzędzie uzyskało zadowalające parametry psychometryczne. Zgodność wewnętrzna ustalona na podstawie *alfa* Cronbacha wynosi 0,85 dla całego Inwentarza, zaś dla jego podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65. Wskaźnik stabilności, mierzony w odstępie 6 tygodni, za pomocą testu-retestu wynosi 0,88.

Wyniki

Po sprawdzeniu normalności rozkładów analizowanych zmiennych, ustalono ich średnie wartości wraz z odchyleniami standardowymi. W analizach uwzględniono, oprócz poziomu potraumatycznego rozwoju i zachowań zdrowotnych, również płeć, wiek badanych oraz ich stan zdrowia. Do oceny różnic między średnimi wykorzystano test *t*-Studenta oraz test *F*-jednoczynnikowej analizy wariancji. W celu ustalenia związku między zmiennymi, posłużono się współczynnikami korelacji Pearsona. Do ustalenia predyktorów zachowań zdrowotnych zastosowano hierarchiczną analizę regresji. Taki rodzaj regresji pozwala na wykazanie struktury powiązań między predyktorami a zmienną zależną oraz pozwala na stwierdzenie, czy dodanie określonych zmiennych poprawia jakość przewidywania. Uzyskane średnie analizowanych zmiennych zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1. Średnie wartości analizowanych zmiennych w całej grupie badanej

| Badane zmienne | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|------------------------------------|----------|-----------|
| Zachowania zdrowotne – ogółem | 89,85 | 13,69 |
| – prawidłowe nawyki żywieniowe | 22,00 | 4,89 |
| – zachowania profilaktyczne | 22,54 | 4,33 |
| – pozytywne nastawienia psychiczne | 22,80 | 3,86 |
| – praktyki zdrowotne | 22,53 | 4,03 |
| Potraumatyczny rozwój – ogółem | 62,19 | 17,09 |
| – zmiany w percepcji siebie | 23,26 | 8,44 |
| – zmiany w relacjach z innymi | 22,59 | 7,04 |
| – większe docenianie życia | 10,97 | 3,68 |
| – zmiany duchowe | 5,37 | 3,10 |

Oznaczenia: *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe

Ogólny wynik zachowań zdrowotnych odpowiada wartości 7 stena, jest więc zaliczany do wyników ponadprzeciętnych (Juczyński, 2001). Sprawdzono również czy badane osoby różnią się w preferencjach poszczególnych zachowań. W tym celu uzyskane wartości poszczególnych czynników wchodzących w skład Inwentarza Zachowań Zdrowotnych podzielono przez ilość przypadających na nie stwierdzeń, tj. przez 6. Uzyskane średnie (odpowiednio: 3,66; 3,76; 3,80; 3,75) nie różnią się między sobą w sposób istotny statystycznie. Nie odbiegają też w sposób znaczący od średnich uzyskanych w badaniach normalizacyjnych.

Poziom potraumatycznego rozwoju jaki prezentują badani należy do wyników przeciętnych (5 sten). Odwołując się do norm, opracowanych dla Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010) można wskazać, że 30% badanych seniorów wykazuje niski, 42,3% – przeciętny i 27,7% – wysoki poziom pozytywnych zmian po doświadczonej traumie. Sprawdzono również, w którym obszarze potraumatycznego rozwoju występują największe zmiany. W tym celu uzyskane średnie poszczególnych czynników IPR podzielono przez ilość przypadających na nie stwierdzeń. Istotnie większe zmiany ($p < 0,01$) osoby badane uzyskały w czynniku 3 – docenianie życia ($M = 3,65$, $SD = 1,22$) i 2 – zmiany w relacjach z innymi ($M = 3,23$, $SD = 1,20$) niż w czynniku 1 – zmiany w percepcji siebie ($M = 2,58$, $SD = 1,89$) i 4 – zmiany w sferze duchowej ($M = 2,68$, $SD = 1,55$).

Tabela 2. Płeć a poziom zachowań zdrowotnych i potraumatycznego rozwoju

| Badane zmienne | Mężczyźni (<i>n</i> = 60) | | Kobiety (<i>n</i> = 70) | | <i>T</i> | <i>p</i> < |
|------------------------------------|-------------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|----------|------------|
| | <i>M</i> | <i>SD</i> | <i>M</i> | <i>SD</i> | | |
| Zachowania zdrowotne – ogółem | 85,76 | 14,31 | 93,35 | 12,18 | -3,26 | 0,01 |
| – prawidłowe nawyki żywieniowe | 20,11 | 5,09 | 23,61 | 4,10 | -4,33 | 0,001 |
| – zachowania profilaktyczne | 21,41 | 4,31 | 23,51 | 4,13 | -2,86 | 0,01 |
| – pozytywne nastawienia psychiczne | 22,45 | 3,76 | 23,04 | 3,95 | -0,87 | ni |
| – praktyki zdrowotne | 21,78 | 4,21 | 23,17 | 3,77 | -1,98 | 0,05 |
| Potraumatyczny rozwój – ogółem | 60,68 | 18,19 | 63,49 | 16,12 | -9,31 | ni |
| – zmiany w percepcji siebie | 23,62 | 8,82 | 22,96 | 8,14 | 0,44 | ni |
| – zmiany w relacjach z innymi | 22,95 | 7,30 | 23,06 | 6,83 | -0,81 | ni |
| – większe docenianie życia | 10,18 | 4,03 | 11,64 | 3,24 | -2,29 | 0,05 |
| – zmiany duchowe | 4,83 | 2,92 | 5,83 | 3,20 | -1,84 | ni |

Oznaczenia:

M – średnia, *SD* – odchylenie standardowe, *t* – test *t*-Studenta, *p* – poziom istotności różnic, ni. – różnice nieistotne statystycznie

Płeć jest powiązana z nasileniem zachowań zdrowotnych. Kobiety uzyskały wyższy wynik w Inwentarzu Zachowań Zdrowotnych w porównaniu z mężczyznami. Oznacza to, że prezentują bardziej prawidłowe zachowania. Dotyczy to szczególnie nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych oraz w nieco mniejszym stopniu praktyk zdrowotnych. Płeć nie różnicuje ogólnego poziomu potraumatycznego rozwoju. Jedynie w przypadku większego doceniania życia zanotowano istotne różnice – kobiety w większym stopniu doświadczają pozytywnych zmian w docenianiu życia.

Wiek nie różnicuje w sposób istotny statystycznie nasilenia pozytywnych zmian potraumatycznych (młodszy (< 71 lat): *M* = 60,83, *SD* = 15,76, starsi (≥ 71 lat)⁵: *M* = 64,11 *SD* = 18,81, *t* = 1,08). Zanotowano jedynie istotne różnice w czynniku 4, jakim są zmiany duchowe (starsi uzyskali wyższy poziom zmian w tym obszarze w porównaniu z młodszymi (*M* = 6,24, *SD* = 2,76, *M* = 4,75, *SD* = 3,20, *t* = 2,77 *p* < 0,01).

⁵ Podziału osób badanych na młodszych i starszych dokonano na podstawie średniej arytmetycznej wieku uzyskanej w badanej grupie seniorów

Wiek nie różnicuje także zachowań zdrowotnych (młodszy: $M = 89,03$, $SD = 14,20$, starsi: $M = 91,00$, $SD = 12,99$, $t = 0,81$) ani żadnego z wymiarów zachowań wchodzących w skład IZZ.

Badani doświadczali różnorodnych zdarzeń traumatycznych. Większość z nich doznała ciężkiej choroby własnej (zawał serca lub udar mózgu) (45,4%). Ponadto wśród wymienianych zdarzeń znalazły się: strata ukochanej osoby (30,8%), przejście na emeryturę (5,4%), wypadek (5,4%), niepełnosprawność (3,8%), rozwód (2,3%), utrata pracy (1,5%), trudności finansowe (1,5%), zmiana miejsca zamieszkania/pracy (1,5%), inne (2,3%).

Dla potrzeb dalszych analiz statystycznych badane osoby podzielono na dwie grupy, z których pierwszą stanowiły osoby zmagające się z własną chorobą somatyczną (60 osób) oraz osoby, które doświadczyły innych zdarzeń o charakterze traumatycznym (70 osób). Następnie sprawdzono, czy rodzaj przeżytych zdarzeń różnicuje poziom zachowań zdrowotnych i potraumatycznego rozwoju.

Tabela 3. Kategorie doświadczanych zdarzeń traumatycznych a poziom zachowań zdrowotnych i potraumatycznego rozwoju

| Badane zmienne | Własna choroba ($n = 60$) | | Inne wydarzenia traumatyczne ($n = 70$) | | T | $p <$ |
|------------------------------------|--------------------------------|-------|--|-------|-------|-------|
| | M | SD | M | SD | | |
| | Zachowania zdrowotne – ogółem | 92,97 | 13,48 | 87,17 | | |
| – prawidłowe nawyki żywieniowe | 22,58 | 5,00 | 21,50 | 4,77 | -1,26 | ni. |
| – zachowania profilaktyczne | 23,28 | 3,74 | 21,91 | 4,71 | -1,81 | ni. |
| – pozytywne nastawienia psychiczne | 23,72 | 3,80 | 21,95 | 3,75 | -2,65 | 0,01 |
| – praktyki zdrowotne | 23,28 | 3,82 | 21,80 | 4,07 | -2,27 | 0,05 |
| Potraumatyczny rozwój – ogółem | 64,85 | 15,09 | 59,91 | 18,46 | 1,65 | ni. |
| – zmiany w percepcji siebie | 22,85 | 6,97 | 23,61 | 9,56 | -0,51 | ni. |
| – zmiany w relacjach z innymi | 24,80 | 5,60 | 20,70 | 7,62 | 3,44 | 0,001 |
| – większe docenianie życia | 11,35 | 3,83 | 10,64 | 3,55 | 1,09 | ni. |
| – zmiany duchowe | 5,85 | 3,16 | 4,94 | 3,01 | 1,65 | ni. |

Oznaczenia:

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – test, t -Studenta, p – poziom istotności różnic, ni. – różnice nieistotne statystycznie

Wyróżnione dwie kategorie zdarzeń traumatycznych wiążą się w sposób istotny statystycznie z zachowaniami zdrowotnymi badanych osób w wieku senioral-

nym. Osoby, które doświadczyły traumy w związku z własną chorobą, w porównaniu z osobami, które przeżyły inne sytuacje traumatyczne, ujawniają bardziej prozdrowotne zachowania. Przejawiają się one przede wszystkim w postaci pozytywnych nastawień psychicznych oraz stosowanych praktyk zdrowotnych. Rodzaj doświadczanych zdarzeń nie różnicuje natomiast nawyków żywieniowych oraz zachowań profilaktycznych. Nie jest też powiązany z poziomem potraumatycznego rozwoju badanych seniorów, choć badani, którzy przeżyli zawał serca w porównaniu z osobami, które doświadczyły innych zdarzeń traumatycznych wykazują nieco wyższy poziom pozytywnych zmian potraumatycznych. Różnice istotne statystycznie dotyczą zmian w relacjach z innymi, które występują w większym stopniu u osób, które doświadczyły zawału serca.

Wydarzenia traumatyczne, których doświadczyli badani seniorzy miały miejsce w różnym czasie. I tak: 1. dla 13,1% badanych miało ono miejsce w okresie nie dłuższym niż 1 rok od badania, 2. dla 18,5% traumatyczna sytuacja wystąpiła w ciągu 1-2 lat, 3. dla 24,6% w ciągu 2-5 lat i dla 4. 43,8% badanych wystąpiło ono więcej niż 5 lat temu. Czas, jaki upłynął od doświadczonego wydarzenia traumatycznego nie różnicuje zachowań zdrowotnych ($F = 1,93$) badanych seniorów (1. $M = 83,35$, $SD = 16,03$, 2. $M = 93,35$, $SD = 10,92$, 3. $M = 89,28$, $SD = 15,74$, 4. $M = 90,63$, $SD = 12,38$). Czas, jaki upłynął od wydarzenia traumatycznego nie różnicuje ($F = 0,61$) również nasilenia pozytywnych zmian potraumatycznych w badanej grupie osób w wieku senioralnym (1. $M = 67,23$, $SD = 16,80$, 2. $M = 60,37$, $SD = 12,34$, 3. $M = 61,31$, $SD = 17,59$, 4. $M = 61,94$, $SD = 18,69$).

W kolejnym kroku analizy danych sprawdzono, czy występuje związek między potraumatycznym rozwojem a podejmowanymi przez seniorów zachowaniami zdrowotnymi.

Tabela 4. Współczynniki korelacji między potraumatycznym rozwojem a zachowaniami zdrowotnymi

| | IPR | Cz. 1 | Cz. 2 | Cz. 3 | Cz. 4 |
|------------------------------------|---------|---------|---------|---------|-------|
| Zachowania zdrowotne – ogółem | 0,32*** | 0,19* | 0,32*** | 0,28** | 0,17* |
| – prawidłowe nawyki żywieniowe | 0,17 | 0,08 | 0,17 | 0,17 | 0,13 |
| – zachowania profilaktyczne | 0,33*** | 0,22* | 0,30*** | 0,27** | 0,19* |
| – pozytywne nastawienia psychiczne | 0,41*** | 0,31*** | 0,39*** | 0,30*** | 0,16 |
| – praktyki zdrowotne | 0,14 | 0,02 | 0,18* | 0,19* | 0,07 |

Oznaczenia:

IPR – wynik ogólny Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju

Cz. 1. Zmiany w percepcji siebie

Cz. 2. Zmiany w relacjach z innymi

Cz. 3. Docenianie życia

Cz. 4. Zmiany duchowe

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

W dalszym etapie analiz przeprowadzono analizę regresji metodą hierarchiczną. Do równania regresji włączono kolejno zmienne, które okazały się być istotne dla zmiennej zależnej w świetle poprzednich analiz, tj. płeć, rodzaj traumy i rozwój potraumatyczny. W pierwszej analizie zmienną zależną stanowił ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych, zaś w skład zmiennych objaśniających włączono w kolejnych krokach płeć, rodzaj traumy i ogólny poziom potraumatycznego rozwoju.

Tabela 5. Predyktory ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych

| | <i>Beta</i> | <i>B</i> | Błąd <i>B</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|--------------------------------------|-------------|----------|---------------|----------|----------|
| Płeć | 0,27 | 7,34 | 2,20 | 3,35 | 0,001 |
| Rodzaj traumy | 0,19 | 5,25 | 2,21 | 2,38 | 0,019 |
| Potraumatyczny rozwój – wynik ogólny | 0,27 | 0,22 | 0,06 | 3,35 | 0,001 |
| Wartość stała | | 57,39 | 5,88 | 9,76 | 0,000 |

$R = 0,45$; $R^2 = 0,20$; skoryg. $R^2 = 0,18$

Oznaczenia:

R – współczynnik korelacji, R^2 – współczynnik determinacji, *Beta* – standaryzowany współczynnik regresji

B – niestandaryzowany współczynnik regresji, Błąd *B* – błąd niestandaryzowanego współczynnika regresji

t – wartość testu *t*, *p* – poziom istotności

Predyktorami ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych okazały się wszystkie wprowadzone zmienne, wyjaśniając łącznie 20% wariacji zmiennej zależnej. Wprowadzanie zmiennych w kolejnych krokach poprawiało istotnie współczynnik R^2 . Największy udział w predykcji ma płeć ($R^2 = 0,08$) oraz poziom rozwoju potraumatycznego ($R^2 = 0,07$), nieco mniejszy rodzaj traumy ($R^2 = 0,05$). Kobiety oraz osoby, które doświadczyły własnej ciężkiej choroby i osoby o wyższym poziomie rozwoju potraumatycznego prezentują bardziej korzystne dla zdrowia zachowania.

W kolejnym etapie przeprowadzono analizę regresji hierarchicznej dla tej samej zmiennej zależnej, włączając do równania regresji jednak zamiast wyniku ogólnego IPR, poszczególne wymiary rozwoju po traumie.

Tabela 6. Predyktory ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych (analiza szczegółowa)

| | <i>Beta</i> | <i>B</i> | Błąd <i>B</i> | <i>t</i> | <i>p</i> |
|--|-------------|----------|---------------|----------|----------|
| Płeć | 0,31 | 8,28 | 0,31 | 3,73 | 0,000 |
| Rodzaj traumy | 0,24 | 6,65 | 2,36 | 2,99 | 0,003 |
| Cz. 1. IPR – Zmiany w percepcji siebie | 0,22 | 0,35 | 1,48 | 2,67 | 0,009 |
| Wartość stała | | 58,05 | 5,25 | 9,84 | 0,000 |

$R = 0,42$; $R^2 = 0,18$; skoryg. $R^2 = 0,16$

Oznaczenia:

R – współczynnik korelacji, R^2 – współczynnik determinacji, *Beta* – standaryzowany współczynnik regresji

B – niestandardyzowany współczynnik regresji, Błąd B – błąd niestandardyzowanego współczynnika regresji

t – wartość testu t , p – poziom istotności

W trzecim kroku hierarchicznej analizy regresji istotnymi statystycznie predyktorami ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych okazały się płeć ($R^2=0,08$) oraz poziom zmian w percepcji siebie (kategoria rozwoju potraumatycznego – ($R^2=0,05$) i rodzaj traumy ($R^2=0,05$), wyjaśniając łącznie 18% wariacji zmiennej zależnej. Wprowadzanie kolejnych wskaźników szczegółowych potraumatycznego rozwoju nie poprawiało istotnie współczynników R^2 . Pozostałe kategorie potraumatycznego rozwoju nie miały więc istotnego znaczenia w predykcji ogólnego poziomu zachowań zdrowotnych.

Poszukując wyznaczników poszczególnych rodzajów zachowań zdrowotnych, ustalono, iż w przypadku prawidłowych nawyków żywieniowych jedynie płeć pełni rolę predykcyjną ($R^2=0,13$) – kobiety podejmują więcej sprzyjających zdrowiu zachowań niż mężczyźni. W przypadku zachowań profilaktycznych rolę predykcyjną pełniły także zmiany w percepcji siebie ($R^2=0,06$) i płeć ($R^2=0,06$) oraz marginalnie – rodzaj traumy ($R^2=0,03$).

Z kolei pozytywne nastawienia psychiczne wyjaśniane są głównie przez zmiany w percepcji siebie ($R^2=0,11$), niewielkie znaczenie predykcyjne ma także rodzaj traumy ($R^2=0,06$) oraz zmiany w relacjach z innymi ($R^2=0,03$). Dla rodzaju zachowań zdrowotnych – praktyki zdrowotne – wyjaśniająca moc predyktorów (płeć i rodzaj traumy) okazała się marginalna.

Dyskusja i wnioski

Badani seniorzy prezentują wyższy niż przeciętny poziom podejmowanych zachowań zdrowotnych. W porównaniu z innymi grupami badanymi Inwentarzem Zachowań Zdrowotnych przez Juczyńskiego (2001), badani seniorzy podejmują więcej zachowań sprzyjających zdrowiu w porównaniu z grupą młodszych osób, które znajdują się w okresie średniej dorosłości oraz w porównaniu z grupami specyficznymi, np. studentek, nauczycielek, kobiet w okresie menopauzy, a ich poziom aktywności zdrowotnej zbliżony jest najbardziej do zachowań zdrowotnych grupy diabetyków.

Z tendencją do podejmowania zachowań zdrowotnych przez badanych seniorów powiązana jest płeć i rodzaj doświadczonej traumy, natomiast nie stwierdzono takiej zależności w przypadku wieku. Ogólny poziom potraumatycznego rozwoju jaki prezentują badani należy do wyników przeciętnych. Pozytywne zmiany potraumatyczne są istotnie powiązane z zachowaniami zdrowotnymi w grupie seniorów. Kobiety oraz osoby, które doświadczyły własnej ciężkiej choroby i osoby o wyższym poziomie rozwoju potraumatycznego prezentują bardziej korzystne dla zdrowia zachowania. Rozwój potraumatyczny sprzyja przede wszystkim podejmowaniu zachowań zdrowotnych w wymiarze psychicznym oraz profilaktycznym, a szczególne znaczenie należy przypisać zmianom w percepcji siebie.

Różnice związane z płcią w zakresie stylu życia spójne są z większością badań w tym zakresie. W różnych grupach wiekowych kobiety dbają o zdrowie bardziej niż mężczyźni (por. Zadworna-Cieślak, Ogińska-Bulik, 2011). Wiązać się to może między innymi ze społecznymi stereotypami, określającymi w roli kobiety tendencję do dbałości o zdrowie, zaś w przypadku mężczyzn dających przyzwolenie na jej brak, a nawet na zachowania dla zdrowia ryzykowne.

Nie dziwi także większa skłonność do działań prozdrowotnych u osób, które doświadczyły traumatycznych zdarzeń o charakterze własnej choroby. Doświadczenie zagrożenia zdrowia i życia może być czynnikiem prowadzącym do podejmowania celowych i świadomych zmian w zachowaniu, w kierunku przywrócenia i ochrony zdrowia. W wyniku takich przeżyć powstają warunki do wykształcenia intencjonalnych działań zdrowotnych i zmiany zachowaniu niekorzystnych na prozdrowotne (Heszen, Sęk, 2007).

Potraumatyczny rozwój zdaje się jednak pełnić niejednoznaczną rolę w podejmowaniu aktywności zdrowotnej. Przede wszystkim różna jest jego rola w zakresie wspierania różnych form zachowań zdrowotnych. Zrozumiałą jest jego największy udział w predykcji zachowań zdrowotnych w sferze psychicznej. W innych zaś sferach – prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych i praktyk zdrowotnych – rola rozwoju po traumie jest zdecydowanie mniejsza. Jak wskazują badania, należy go rozpatrywać w kontekście rodzaju doświadczenia traumatycznego, ale także czynników podmiotowych, w tym płci, posiadanych zasobów osobistych czy podejmowanych strategii radzenia sobie z nim.

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Dobór osób badanych miał charakter celowy, a badania miały charakter przekrojowy, co nie pozwala w sposób jednoznaczny na wnioskowanie o istnieniu zależności przyczynowo-skutkowych. Na aktywność zdrowotną badanych mogły mieć wpływ także czynniki, których w badaniach nie oceniano, np. praca zawodowa. Wykorzystane techniki badawcze zawierają w sobie ponadto aspekt subiektywności w ocenie własnych cech i zachowań, na które wpływać może potrzeba aprobaty społecznej. Jednak pomimo przedstawionych ograniczeń, uzyskane dane wnoszą nowe treści w obszar zagadnień związanych ze zdrowiem osób w wieku podeszłym i sugerują, że występowanie rozwoju po traumie można uznać za sprzyjające „zdrowemu/pozytywnemu starzeniu się”.

Literatura cytowana

- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 29-35.
- Bellizzi, K.M., Blank, T.O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 25, 47-56
- Bussel, V., Naus, M. (2010). A longitudinal investigation of coping and posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28 (1), 61-78.

- Cadell, S., Regehr, C., Hemsworth, D. (2003). Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structure equation model. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 279-287.
- Cieslak, R., Benight, C., Schmidt, N., Luszczynska, A., Curtin, E., Clark, R., Kissinger, P. (2009). Predicting posttraumatic growth among Hurricane survivors living with HIV: the role of self-efficacy, social support, and PTSD symptoms. *Anxiety, Stress & Coping*, 22 (4), 449-463.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L., Carlson, C.R., Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 176-185.
- Davis, C.G., Nolen-Hoeksema, S. (2001). Loss and meaning. How do people make sense of loss? *The American Behavioral Scientists*, 44 (5), 726-741.
- Dirik, G., Karanci, A.N. (2008). Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 193-203.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2000). *Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Felcyn-Koczevska, M., Ogińska-Bulik, N. (2011). Rola prężności w rozwoju potraumatycznym osób w żałobie. W: L. Golińska, E. Bielawska-Batorowicz (red.), *Rodzina i praca w warunkach kryzysu* (s. 511-524). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Felcyn-Koczevska, M., Ogińska-Bulik, N. (2012). Psychologiczne czynniki sprzyjające wystąpieniu potraumatycznego wzrostu u osób w żałobie. W: N. Ogińska-Bulik, J. Miniszewska (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka* (s. 59-72). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Frazier, P., Conlon, A., Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1048-1055.
- Global Age Watch Index (2013). Insight report, HelpAge International, <http://www.helpage.org> [dostęp: 3.02. 2014].
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Lechner, S.C., Antoni, M.H. (2004). Posttraumatic growth and group-based intervention for persons dealing with cancer: What have we learned so far? *Psychological Inquiry*, 15 (1), 35-41.
- McMillen, J.C., Smith, E.M., Fisher, R.H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (5), 733-739.
- McMillen, J.C., Zuravin, S., Rideout, G. (1995). Perceived benefit from child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (6), 1037-1044.
- Milam, J.E. (2004). Posttraumatic growth among HIV/AIDS patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 2353-2376.
- Mossakowska, M., Więcek, A., Błędowski, P. (2012). *Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*. Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.

- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., Vlahos, L. (2008). Post-traumatic growth in advanced cancer patients receiving palliative care. *British Journal of Health Psychology*, 13, 633-646.
- Ogińska-Bulik, N. (2014). The relationship between resiliency and posttraumatic growth Following death of someone close. *Journal of Death and Dying* (w druku).
- Ogińska-Bulik, N. (2010). Potraumatyczny rozwój w chorobie nowotworowej – rola prężności. *Polskie Forum Psychologiczne*, 15 (2), 125-139.
- Ogińska-Bulik, N. (2013a). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Ogińska-Bulik, N. (2013b). Negative and positive effects of traumatic experiences in a group of emergency service workers – the role of personal and social resources. *Medycyna Pracy*, 64 (4), 463-472.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 7 (4), 129-142
- Ogińska-Bulik, N., Kaflik-Pieróg, M. (2013). Występowanie pozytywnych zmian u strażaków doświadczających wydarzeń traumatycznych w związku z wykonywanym zawodem – rola prężności psychicznej. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*. Czasopismo Społecznej Akademii Nauk w Łodzi, 14, 193-206.
- Park, C.L. (2004). The notion of growth following stressful life experiences: problems and prospects. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 69-76.
- Powell, S., Rosner, R., Butollo, W., Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2003). Posttraumatic growth after war: A study with former refugees and displaced people in Sarajevo. *Journal of Clinical Psychology*, 59 (1), 71-83.
- Sears, S.R., Stanton, A.L., Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22 (5), 487-496.
- Sheik, A.I. (2004). Posttraumatic growth in the context of heart disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, 265-273.
- Stanner, S. (2009). Diet and lifestyle measures to protect the ageing heart. *British Journal of Community*, 14 (5), 210-212.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (3), 455-471.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-8.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2007). Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: P.A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 230-248). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Tennen, H., Affleck, G. (2002). Benefit-finding and benefit-reminding. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (red.), *The handbook of positive psychology* (s. 584-597). New York: Oxford University Press.
- Trwanie życia w 2012 roku* (2013). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny, http://www.stat.gov.pl/gus/5840_4721_PLK_HTML.htm [dostęp: 2.02.2014].

- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands: An intersubjective validation study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, 65-80.
- Widows, M.R., Jacobsen, P.B. Booth-Jones, M., Fields, K.K. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*, 24 (3), 266-273.
- Wortman, C.B. (2004). Posttraumatic growth: Progress and problems. *Psychological Inquiry*, 15, 81-90.
- Zadworna-Cieślak, M., Ogińska-Bulik, N. (2011). *Zachowania zdrowotne młodzieży – uwarunkowania podmiotowe i rodzinne*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Ziarko, M. (2006). *Zachowania zdrowotne młodych dorosłych – uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.