

Paulina Rosińska

Instytut Psychologii, WFCh, UKSW

Kondycja zdrowotna młodych dorosłych a troska o zdrowie i strategie radzenia sobie ze stresem

Health condition of young adults and their care for the health and strategies for coping with stress

STRESZCZENIE

Cel: Ocena zależności pomiędzy stanem zdrowia młodych dorosłych a prezentowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem.

Metoda: Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia Goldberga (GHQ-28), Kwestionariusz Zaburzeń Psychosomatycznych Tylki, Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Carvera i wsp. oraz Skali Troski o Zdrowie Rosińskiej. W badaniach uczestniczyło 100 młodych dorosłych.

Wyniki: Zanotowano występowanie dodatnich związków pomiędzy poszczególnymi skalami GHQ-28 a strategiami: zwrot ku religii, koncentracja na emocjach i ich wyładowanie, odwracanie uwagi i zaprzestanie działań. Ujemne zależności wykryto między strategiami: aktywne radzenie sobie, unikanie konkurencyjnych działań, pozytywne przewartościowanie oraz akceptacja. Zaobserwowano zależności między wskaźnikami zaburzeń psychosomatycznych a: powstrzymaniem się od działania, zwrotem ku religii, akceptacją, zaprzeczaniem, odwracaniem uwagi, zaprzestaniem działań, aktywnym radzeniem sobie, planowaniem, pozytywnym przewartościowaniem i rozwojem oraz zażywaniem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych.

Wnioski: Młodzi dorośli stosują aktywne i unikowe strategie radzenia sobie. Badania są wstępem do dalszych analiz nad różnymi korelatami dbałości o zdrowie, której elementem jest radzenie sobie ze stresem.

Słowa kluczowe: kondycja psychiczna, zaburzenia psychosomatyczne, strategie radzenia sobie ze stresem, młodzi dorośli.

Adres do korespondencji:

dr Paulina Rosińska, Instytut Psychologii, Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, ul. Wóycickiego 1/3, 01-938 Warszawa, e-mail: p.rosinska@uksw.edu.pl

ABSTRACT

Purpose: The aim of this paper is to search for a correlation between health condition of students and their strategies for coping with stress.

Method: The variables were measured with the use of following methods: General Health Questionnaire of Goldberg, Psychosomatic Disorders Scale by Tylka, The COPE inventory by Carver et al., and Care for Health Scale by Rosińska. The study was conducted in the group of 100 young adults.

Results: The result of the study has revealed positive correlations between particular scales GHQ-28 and strategies: turn to religion, focus on and venting of emotions, mental disengagement and restraint coping. The study has shown negative correlation between anxiety, insomnia (GHQ-B), social dysfunction (GHQ-C) and strategies: active coping, suppression of competing activities, positive reinterpretation and growth and acceptance. The correlation was observed between indicators of psychosomatic disorders and: restraint, turn to religion, acceptance, denial, mental disengagement, behavioral disengagement, active coping, planning, positive reinterpretation and growth and substance use.

Conclusions: Young adults use both active and avoidant strategies for coping with stress. The research serves as an introduction to further study on different correlates related to care for the health, where coping with stress is one of components.

Key words: mental health condition, psychosomatic disorders, strategies for coping with stress, young adults.

Wprowadzenie

Bee (2004) pisze, że w rozwoju fizycznym i psychospołecznym młodzi dorośli (w wieku 20–23) często osiągają szczytową formę (np. w rozwoju poznawczym czy pod względem sprawności fizycznej). Niemniej jednak, jak podkreśla ten sam autor, to też jest czas, kiedy obserwuje się najwyższy poziom depresji i osamotnienia.

Może się to wiązać z faktem, że wówczas u młodego dorosłego pojawiają się liczne konflikty wewnętrzne oraz nowe stresujące sytuacje (rozpoczęcie studiów często wiąże się z opuszczeniem domu rodzinnego, nową grupą rówieśniczą albo podjęciem pierwszej pracy), z którymi musi się zmierzyć. Konieczność dokonywania wyborów życiowych spotyka się niejednokrotnie z presją ze strony rodziny, społeczeństwa, a rzadko zależy od własnego rozwoju, decyzji. Na pytanie „Czy na studiach przeżywasz stres?” blisko 90% badanych studentów odpowiada twierdząco, a zdecydowana większość badanych (75%)

uważa, że stres istotnie negatywnie wpływa na zdrowie (Skrzypek i wsp., 2001).

W literaturze przedmiotu można znaleźć liczne doniesienia, że młodzi dorośli coraz częściej cierpią na nerwice oraz manifestują nie tylko pojedyncze objawy depresyjne. Wyjątkowo niepokojące w tym okresie rozwojowym wydaje się być rozpowszechnienie występowania myśli samobójczych. Raporty z lat 2008–2010 dostarczają informacji, że osoby w wieku od 19 do 29 lat stanowiły 17% wszystkich pacjentów leczonych psychicznie, a ta liczba wciąż się zwiększa (Bolek, 2013; Kisielewska, 2011; Mroczkowska, Białkowska, 2014; Skrzypek i wsp., 2001).

W grupie czynników ryzyka utraty zdrowia wymieniane są: zachowania antyzdrowotne (złe nawyki dietetyczne, brak aktywności fizycznej), ale i bieda, dezorganizacja życia rodzinnego czy utrudniony dostęp do specjalistycznej opieki medycznej. Podczas analizy danych z piśmiennictwa zauważa się, że subiektywna ocena kondycji zdrowotnej wygląda nieco inaczej. Przeważnie młodzi doro-

śli oceniają swoje zdrowie jako bardzo dobre lub dobre, połowa z nich uważa swoje życie za wspaniałe lub udane i nawet mimo trudnych doświadczeń przypisują mu sens i dużą wartość. Niezgodność między obiektywnymi i subiektywnymi wskaźnikami zdrowia zdaje się być kolejnym argumentem do pogłębionych analiz.

W tym kontekście nie budzi wątpliwości konieczność oceny kondycji psychicznej młodych ludzi w ramach promocji zdrowia. W krajach o wysokim rozwoju świadomości wartości zdrowia (Szwecja, USA, Finlandia) profilaktyką objęte są już praktycznie wszystkie grupy społeczne w ich okresach rozwojowych (Rośńska, 2014).

Rezultaty prowadzonych badań zostały fragmentarycznie przedstawione na XXII Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej pt. „Psychosomatyka – aktualne trendy i nowe perspektywy” (sesja posterowa, Łódź 2016).

Kondycja zdrowotna

W kontekście prowadzonych badań autorka przyjmuje, że w definicję kondycji zdrowotnej wpisuje się ocena stanu zdrowia psychicznego, a także występowanie zaburzeń psychosomatycznych.

W ujęciu Goldberga (2011) istotnym wskaźnikiem dobrostanu psychicznego jest brak objawów somatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń funkcjonowania oraz symptomów depresyjnych. Ważne jest nawet chwilowe pogorszenie stanu zdrowia, gdyż pozwala na przewidywanie ryzyka rozwoju choroby psychicznej.

Zaburzenia psychosomatyczne są niewątpliwie konsekwencją oddziaływania stresu na organizm człowieka. Aleksander określa choroby psychosomatyczne jako nerwicę narządową, uwarunkowaną wpływem afektu (czyli emocjonalnością uczuć czy nastrojem) na czynność układu вегетatywnego. Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego takie zaburzenia są spowodowane zwiększeniem stanu normalnej i fizjologicznej ekspresji emocji (Liśkiewicz, 2005).

Interesującą i celną definicję podaje Tylka (2000, s. 11): „Zaburzenia psychosomatyczne to takie, których etiologia, przebieg oraz terapia są uwarunkowane czynnikami psychicznymi (głównie emocjonalnymi) i socjokulturowymi. Silne reakcje emocjonalne pojawiają się najczęściej pod wpływem stresu (również eustresu)”.

Do najczęstszych zaburzeń psychosomatycznych wywołanych stresem zalicza się zaburzenia snu. Wśród typowych dolegliwości wymienia się między innymi: niemożność zaśnięcia, sen nie dający wypoczynku, sen niespokojny, zbyt wczesne budzenie się lub sen trwający za krótko. Dodatkowo osoba może odczuwać także zmęczenie, brak energii, ale i drażliwość, osłabienie koncentracji, uwagi, obniżenie ogólnej sprawności (Liśkiewicz, 2005).

Konsekwencją odczuwanego stresu mogą być migrenowe bóle głowy (stres poprzez układ вегетatywny może wywołać skurcz lub rozszerzenie się tętnic), ale także bóle pleców czy sztywność karku.

Innym zaburzeniem z kręgu psychosomatycznych jest brak łaknienia lub nadmierne objadanie się. Otyłość można postrzegać jako rezultat indywidualnego sposobu (nieadaptacyjnego) radzenia sobie ze stresem. Następstwem otyłości mogą być inne groźne choroby, takie jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zapalenia kostno-stawowe, choroby układu krwionośnego (Tylka, 2000).

Poprzez działanie stresu na organizm może dojść do nieprawidłowego funkcjonowania narządów wewnętrznych. I chociaż bóle brzucha, zaporcia i biegunki, trudności z oddawaniem moczu, drętwienia, mrowienia, pieczenie palców, bóle mięśniowe nie obejmują całości ustroju i jego funkcji zasadniczych, to są jak wiadomo bardzo dokuczliwe (Liśkiewicz, 2005).

Zaburzenia psychosomatyczne są pewną czasową dysfunkcją danego narządu lub układu. Jednakże w połączeniu z mniejszą dbałością o zdrowie (m.in. nieadekwatnym radzeniem sobie ze stresem) mogą skutkować pojawieniem się choroby.

Troska o zdrowie

W strukturze troski o zdrowie można odnaleźć trzy ze sobą powiązane komponenty: poznawczy, emocjonalny i behawioralny. W aspekcie poznawczym troska o zdrowie pojawia się na skutek dostrzegania zdrowia jako wartości wysoko lokalizowanej w hierarchii. Towarzyszą temu procesowi różne emocje (m.in. obawa o stan zdrowia bądź zadowolenie ze stanu zdrowia). I wreszcie na poziomie behawioralnym przejawem troski o zdrowie są wszelkie działania podejmowane na rzecz zdrowia (nazywane zachowaniami prozdrowotnymi). Podsumowując, troskę o zdrowie winno się rozumieć jako pozytywne nastawienie w stosunku do własnego zdrowia oraz wszelkie formy aktywności prozdrowotnej (holistyczne ujmowanie zdrowia) (Rosińska, 2014).

Do grupy zachowań związanych z troską o zdrowie fizyczne zalicza się m.in.: prawidłowe nawyki żywieniowe, uprawianie aktywności fizycznej i poddawanie się badaniom profilaktycznym, także właściwa ilość i jakość snu.

Umiejętności radzenia sobie ze stresem (np. odrzucanie używek a wybór innych strategii), emocjami (głównie nieprzyjemnymi, takimi jak gniew, lęk), ale też właściwe i rozważne wykorzystywanie czasu wolnego to zachowania, które wpisują się w obszar działań na rzecz dobrostanu psychicznego.

Dbałość o duchowość (element zdrowia psychicznego) przejawia się w poszukiwaniu sensu istnienia, co może przejawiać się w stawianiu sobie konkretnych i realistycznych celów życiowych czy podejmowaniu praktyk religijnych, które wspomagają równowagę (psychofizyczną) w życiu.

Na troskę o zdrowie społeczne składają się zachowania takie jak: dobre relacje z innymi (satysfakcjonujące życie rodzinne, zawieranie i podtrzymywanie przyjaźni), pełnienie różnych ról społecznych oraz działania związane z otrzymywaniem wsparcia społecznego (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Rasińska, 2010; Rosińska, 2014).

Radzenie sobie ze stresem

Jednym z przejawów dbałości o zdrowie jest wypracowanie adekwatnych sposobów radzenia sobie ze stresem. Badacze zajmujący się zależnościami między przeżywanym stresem a funkcjonowaniem i zdrowiem człowieka najczęściej odwołują się do podejścia transakcyjnego. W kontekście radzenia sobie bardziej istotna zdaje się być ocena wtórna (Lazarus, Folkman, 1984). Jednostka odnosi się wówczas do źródeł stresu, a także do posiadanych zasobów (wewnętrznych – np. własnych kompetencji, właściwości osobowości oraz zewnętrznych, takich jak wsparcie społeczne).

Lazarus i Folkman rozumieją radzenie sobie jako „poznawcze i behawioralne wysiłki podmiotu mające na celu sprostanie specyficznym wymaganiom zewnętrznym lub/i wewnętrznym, ocenianym jako wyczerpujące lub przekraczające zasoby jednostki” (za Heszten-Niejodek, 2000, s. 476). Wspomniani autorzy wyróżniają dwie podstawowe funkcje radzenia sobie. Pierwsza z nich – instrumentalna, łączy się ze sposobami radzenia sobie ukierunkowanymi na problem. Ma na celu opanowanie stresora poprzez zmniejszenie lub usunięcie jego stresujących właściwości. Druga – regulacyjna, zawiera w sobie strategię radzenia sobie skoncentrowane na emocjach. Za jej pomocą można wspomagać radzenie sobie przez kontrolę reakcji emocjonalnych.

Obok dwóch funkcji zaproponowanych przez Lazarusa i Folkmana – Endler i Parker (1990) dodają styl skoncentrowany na unikaniu. Zaznaczają też, że jest on traktowany jako bardziej adaptacyjny w rozwiązywaniu problemów krótkotrwałych niż w doświadczaniu długotrwałego stresu (np. choroby).

Cel pracy

Celem badań była ocena zależności pomiędzy stanem zdrowia młodych dorosłych a prezentowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem.

Pytania badawcze

Czy istnieje związek pomiędzy kondycją zdrowotną a dbałością o zdrowie?

Czy gorszy lub lepszy stan zdrowia pozostaje w zależności z wyborem różnych strategii radzenia sobie ze stresem?

W ślad za tak sformułowanymi pytaniami postawiono następujące hipotezy:

HIPOTEZA 1

Istnieje ujemny związek między troską o zdrowie a kondycją zdrowotną.

HIPOTEZA 2

Stwierdza się istnienie zależności pomiędzy nasileniem zaburzeń psychosomatycznych a strategiami aktywnymi i unikowymi.

HIPOTEZA 3

Zakłada się występowanie ujemnych zależności pomiędzy lepszym stanem zdrowia badanych a wyborem poszczególnych aktywnych strategii.

HIPOTEZA 4

Istnieje dodatnia korelacja pomiędzy gorszą kondycją zdrowotną a strategiami należącymi do stylu unikowego.

Grupa badana

Badania przeprowadzono w lutym oraz w czerwcu 2016 roku (czas sesji egzaminacyjnej). Osobami badanymi byli studenci pierwszego roku psychologii (zarówno w trybie stacjonarnym, jak i niestacjonarnym) Wydziału Filozofii Chrześcijańskiej Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego. Wiek badanych mieścił się w przedziale: 19–24 lata.

Za kryterium kwalifikujące do badań przyjęto: brak zdiagnozowanej choroby przewlekłej (obiektywna ocena), wiek do 25 roku życia, a także fakt nieposiadania dzieci.

Pierwszy etap badań obejmował 100 osób (60 K i 40M). Nie różnicowano wówczas grupy ze względu na subiektywną ocenę stanu zdrowia ani częstość i intensywność do-

znań bólowych. Do etapu drugiego zakwalifikowano wyłącznie osoby ($N=92$, 71 K i 21 M), które w ankiecie osobowej oceniły swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry (subiektywna ocena) oraz potwierdziły sporadyczne i/lub słabe nasilenie dolegliwości bólowych w ostatnich kilku tygodniach.

Narzędzia

Do zbadania zmiennych użyto: Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia Goldberga (GHQ-28), Kwestionariusza Zaburzeń Psychosomatycznych Tyłki, Wielowymiarowego Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (COPE) Carvera i wsp. i Skali Troski o Zdrowie Rosińskiej.

Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 służy do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych. Pozwala na wyodrębnienie osób, których stan psychiczny uległ czasowemu lub długookresowemu załamaniu w wyniku doświadczanych trudności, problemów lub na skutek choroby psychicznej. Wersja GHQ-28 oprócz wyniku ogólnego ma cztery skale: symptomy somatyczne, niepokój i bezsenność, zaburzenia funkcjonowania i symptomy depresji (Goldberg i wsp., 2001).

Kwestionariusz Zaburzeń Psychosomatycznych powstał na bazie doświadczeń i obserwacji klinicznych oraz opisów zaburzeń psychosomatycznych dostępnych w literaturze przedmiotu. Ma na celu oszacowanie ogólnego natężenia zaburzeń psychosomatycznych oraz jego czterech wskaźników, tj. symptomów wegetatywnych, dolegliwości fizycznych, symptomów psychosomatycznych i dysfunkcji psychicznych (Liśkiewicz, 2005).

Wielowymiarowy Inwentarz COPE autorstwa Carvera, Scheiera i Weintrauba w adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik nawiązuje do modeli: stresu Lazarusa (1984) oraz samoregulacji zachowania Scheiera (1988). Służy do badania sposobu, w jaki ludzie reagują na stres. Pozwala na ocenę 15 strategii reagowania w sytuacjach stresowych. Strategie te to: Aktywne Radzenie Sobie, Planowanie, Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój, Unikanie

Konkurencyjnych Działań, Powstrzymanie się od Działania (tworzą czynnik o nazwie aktywne radzenie sobie), Zaprzeczanie, Odwracanie Uwagi, Zaprzestanie Działań, Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych, Poczucie Humoru, Akceptacja (czynnik drugi: zachowania unikowe), Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego, Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego, Zwrot ku Religii i Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie (tworzą czynnik trzeci: poszukiwanie wsparcia i koncentracja na emocjach) (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2012).

Skala Troski o Zdrowie autorstwa Rosińskiej (2014) jest wykorzystywana do pomiaru behawioralnego (zachowania zdrowotne) aspektu troski o zdrowie; składa się z 10 stwierdzeń. Ocenia się ogólny wskaźnik nasilenia troski o zdrowie oraz poszczególne wymiary, takie jak: aktywna postawa wobec własnego zdrowia (dbałość o zdrowie psychospołeczne) i praktyki zdrowotne (troska o zdrowie fizyczne).

Wyniki

Celem zweryfikowania stawianych hipotez zastosowano statystyki z użyciem współczynników korelacji liniowej r -Pearsona.

HIPOTEZA 1

Zamieszczona poniżej tabela 1 prezentuje ujemne związki między ogólnym poziomem troski o zdrowie, jej składowymi, czyli aktywną postawą wobec własnego zdrowia i praktykami zdrowotnymi, a ogólnym poziomem nasilenia zaburzeń psychosomatycznych oraz symptomami wegetatywnymi, dolegliwościami fizycznymi, symptomami psychosomatycznymi oraz dysfunkcjami psychicznymi.

Najsilniejszy związek uwidocznił się pomiędzy aktywną postawą wobec własnego zdrowia a ogólnym natężeniem zaburzeń psychosomatycznych. Oznacza to, że osoba, która dba o zdrowie psychospołeczne (brak napięć, stawianie realnych i konkretnych celów życiowych czy dbałość o relacje interpersonalne), wykazuje mniej zaburzeń psychosomatycznych, w tym manifestuje mniej dysfunkcji psychicznych (takich jak skłonność do płaczu lub szybkie wyczerpanie).

Zaobserwowano również ujemne zależności między ogólnym poziomem troski o zdrowie, jej składowymi, czyli aktywną postawą wobec własnego zdrowia i praktykami zdrowotnymi, a symptomami somatycznymi, niepokojem i bezsennością, zaburzeniami funkcjonowania i symptomami depresji, co uwidacznia tabela 2.

Jak widać w powyższej tabeli, związki te są nieco niższe niż w przypadku powiązań

Tabela 1. Współczynniki korelacji pomiędzy ogólnym poziomem nasilenia zaburzeń psychosomatycznych i poszczególnymi składowymi a troską o zdrowie i jej wymiarami

| Wskaźniki | Ogólny wskaźnik zaburzeń psychosomatycznych | Symptomy wegetatywne | Dolegliwości fizyczne | Symptomy psychosomatyczne | Dysfunkcje psychiczne |
|--|---|----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Ogólny poziom troski o zdrowie | -0,399** | -0,296** | -0,405** | -0,410** | -0,381** |
| Aktywna postawa wobec własnego zdrowia | -0,475** | -0,418** | -0,411** | -0,380** | -0,433** |
| Praktyki zdrowotne | -0,190 | -0,101 | -0,249* | -0,221* | -0,232* |

** korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,01$

* korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,05$

Tabela 2. Współczynniki korelacji pomiędzy wskaźnikami kondycji zdrowotnej a troską o zdrowie i jej wymiarami

| Wskaźniki | Symptomy somatyczne | Niepokój i bezsenność | Zaburzenia funkcjonowania | Symptomy depresji |
|--|---------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------|
| Ogólny poziom troski o zdrowie | -0,370** | -0,432** | -0,284** | -0,305** |
| Aktywna postawa wobec własnego zdrowia | -0,291** | -0,458** | -0,271* | -0,335** |
| Praktyki zdrowotne | -0,286** | -0,278** | -0,285** | -0,150 |

** korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,01$ * korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,05$

troski o zdrowie i zaburzeń psychosomatycznych. Najwyższy współczynnik korelacji zanotowano pomiędzy niepokojem i bezsennością a troską o zdrowie psychospołeczne. Oznacza to, że osoba, która aktywnie radzi sobie z uciążliwościami dnia codziennego oraz troszczy się o kontakty międzyludzkie, zgłasza mniej skarg związanych z wewnętrznym napięciem i trudnościami ze snem.

Wykonując tożsame analizy przy prowadzeniu II etapu badań, okazało się, że różnice w wynikach są niewielkie.

HIPOTEZA 2

Zanotowano dodatnie zależności między ogólnym poziomem nasilenia zaburzeń psychosomatycznych oraz symptomami wegetatywnymi, dolegliwościami fizycznymi, symptomami psychosomatycznymi oraz dysfunkcjami psychicznymi a zwrotem ku religii, powstrzymaniem się od działania, zaprzeczaniem oraz zaprzestaniem działań. Ujemną zależność wykryto pomiędzy dysfunkcjami psychicznymi a pozytywnym przewartościowaniem i rozwojem (tabela 3).

Tabela 3. Współczynniki korelacji pomiędzy nasileniem zaburzeń psychosomatycznych a strategiami radzenia sobie

| Wskaźniki | Ogólny wskaźnik zaburzeń psychosomatycznych | Symptomy wegetatywne | Dolegliwości fizyczne | Symptomy psychosomatyczne | Dysfunkcje psychiczne |
|---------------------------------------|---|----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Zwrot ku religii | 0,421* | 0,292 | 0,387* | 0,385* | 0,316 |
| Pozytywne przewartościowanie i rozwój | -0,240 | -0,177 | -0,201 | -0,219 | -0,505** |
| Powstrzymanie się od działania | 0,536** | 0,505** | 0,440** | 0,575** | 0,386* |
| Zaprzeczanie | 0,329 | 0,349 | 0,158 | 0,305 | 0,353* |
| Zaprzestanie działań | 0,174 | 0,133 | 0,042 | 0,112 | 0,416* |

** korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,01$ * korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,05$

Tabela 4. Współczynniki korelacji pomiędzy nasileniem zaburzeń psychosomatycznych a różnymi strategiami radzenia sobie

| Wskaźniki | Ogólny wskaźnik zaburzeń psychosomatycznych | Symptomy wegetatywne | Dolegliwości fizyczne | Symptomy psychosomatyczne | Dysfunkcje psychiczne |
|--|---|----------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Aktywne radzenie sobie | -0,188 | -0,123 | -0,131 | -0,256** | -0,164 |
| Planowanie | -0,111 | -0,052 | -0,179 | -0,259** | -0,224* |
| Pozytywne przewartościowanie i rozwój | -0,399** | -0,223* | -0,325** | -0,336** | -0,427** |
| Powstrzymywanie się od działania | 0,249* | 0,207* | 0,243* | 0,232* | 0,154 |
| Akceptacja | 0,201 | 0,242* | 0,066 | 0,150 | 0,119 |
| Koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu | 0,140 | 0,130 | 0,193 | 0,165 | 0,268* |
| Zaprzeczanie | 0,372** | 0,366** | 0,287* | 0,430** | 0,337** |
| Odwracanie uwagi | 0,351** | 0,248* | 0,213* | 0,376** | 0,327** |
| Zaprzestanie działań | 0,396** | 0,313** | 0,305** | 0,351** | 0,394** |

** korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,01$ * korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,05$

Najwyższe współczynniki korelacji zauważa się pomiędzy powstrzymywaniem się od działania a globalnym nasileniem zaburzeń psychosomatycznych oraz poszczególnymi podskalami (przede wszystkim symptomami psychosomatycznymi). Oznacza to, że osoby preferujące strategię polegającą na wyczekiwaniu na właściwy moment (tym samym unikające przedwczesnych działań) zgłaszają więcej skarg takich jak: osłabienie, zawroty głowy czy napady utrudnionego oddechu.

W grupie osób ($N=92$), które w ankiecie osobowej oceniły swój stan zdrowia jako „dobry” lub „bardzo dobry” i/lub nie zgłaszały dolegliwości bólowych, zaobserwowano nieco niższe zależności, ale i wybór nieco odmiennych strategii radzenia sobie ze stresem.

Ogólny poziom nasilenia zaburzeń psychosomatycznych, symptomy wegetatywne, dolegliwości fizyczne, symptomy psychosomatyczne oraz dysfunkcje psychiczne były powiązane z wyborem następujących strategii: aktywne

radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie i rozwój, powstrzymywanie się od działania, akceptacja, koncentracja na emocjach i ich wyładowanie, zaprzeczanie, odwracanie uwagi i zaprzestanie działań. Powyższe zależności ilustruje tabela 4.

Do najwyższych korelacji należały te pomiędzy zaprzeczaniem a symptomami psychosomatycznymi, a także pozytywnym przewartościowaniem a dysfunkcjami psychicznymi. Stosunkowo silne okazały się zależności między różnymi zaburzeniami psychosomatycznymi a zaprzestaniem działań. Osoby, które manifestują symptomy psychosomatyczne, mogą ignorować lub odrzucać fakt zaistniałej sytuacji lub odznaczać się bezradnością i rezygnować z podejmowanych wysiłków. Z kolei jednostki, które zgłaszają rzadko skargi, takie jak nadmierna płaczliwość czy szybkie wyczerpanie, mogą wybierać strategię polegającą na dostrzeganiu w danym zdarzeniu wartości dla rozwo-

Tabela 5. Współczynniki korelacji między poszczególnymi wskaźnikami ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych a strategiami radzenia sobie

| Wskaźniki | Symptomy somatyczne | Niepokój i bezsenność | Zaburzenia funkcjonowania | Symptomy depresji |
|--|---------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------|
| Aktywne radzenie sobie | -0,430** | -0,266 | -0,516** | -0,277 |
| Unikanie konkurencyjnych działań | -0,241 | -0,210 | -0,372* | -0,289 |
| Zwrot ku religii | 0,368* | 0,358* | 0,306 | 0,384* |
| Koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu | 0,236 | 0,150 | 0,447** | 0,065 |
| Odwracanie uwagi | 0,090 | 0,329 | 0,183 | 0,361* |
| Zaprzestanie działań | 0,208 | 0,626** | 0,497** | 0,435* |

** korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,01$ * korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,05$

ju lub spostrzeganiu jej w korzystniejszym świetle.

HIPOTEZA 3 I HIPOTEZA 4

Zaobserwowano ujemne związki pomiędzy objawami somatycznymi, niepokojem i bezsennością, zaburzeniami funkcjonowania, symptomami depresyjnymi a aktywnym radzeniem sobie, unikaniem konkurencyjnych działań.

Zanotowano istotne dodatnie zależności między wskaźnikami stanu zdrowia a zwrotem ku religii, koncentracją na emocjach i ich wyładowaniu, odwracaniem uwagi oraz zaprzestaniem działań. Powyższe zależności zostały zaprezentowane w tabeli 5.

Zaprzestanie działań wiąże się z prawie każdym wskaźnikiem stanu zdrowia oprócz objawów fizycznych. Oznacza to, że im więcej osoba manifestuje przejawów słabszej kondycji psychicznej, takich jak napięcie, bezsenność, gorsze funkcjonowanie i symptomy depresyjne, tym cechuje ją większe poczucie bezradności i postawa rezygnacji.

Strategie należące do grupy aktywnego radzenia sobie ze stresem łączą się odwrotnie proporcjonalnie z symptomami fizycznymi oraz gorszym funkcjonowaniem. Jednostki, które stosują sposoby takie jak aktywne radzenie sobie oraz unikanie konkurencyjnych dział-

łań (niezajmowanie się aktywnościami niezwiązanymi z problemem), nie narzekają na występowanie objawów somatycznych ani na gorsze funkcjonowanie.

Analogicznie do poprzednich analiz w tabeli 6 umieszczono wyniki osób włączonych do badania na etapie drugim.

Podobnie jak w przypadku zależności pomiędzy wybieranymi strategiami a zaburzeniami psychosomatycznymi – w grupie osób oceniających swoje zdrowie bardzo pozytywnie (subiektywny osąd i brak skarg dotyczących dolegliwości bólowych), związki między preferowanymi strategiami a poszczególnymi wskaźnikami ryzyka pogorszenia stanu zdrowia są o wiele niższe. Najwyższy współczynnik zanotowano pomiędzy objawami somatycznymi, napięciem i bezsennością, gorszym funkcjonowaniem oraz symptomami depresji a strategią z grupy unikowych, tj. zaprzestaniem działań.

Dodatkowo zaobserwowano związki symptomów fizycznych z pozytywnym przejawaniem oraz akceptacją. Były to ujemne zależności, co można interpretować w ten sposób, że osoby, które uskarżają się na różne dolegliwości fizyczne, są mniej skłonne do stosowania strategii aktywnych.

Tabela 6. Współczynniki korelacji między poszczególnymi wskaźnikami ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych a strategiami radzenia sobie

| Wskaźniki | Symptomy somatyczne | Niepokój i bezsenność | Zaburzenia funkcjonowania | Symptomy depresji |
|--|---------------------|-----------------------|---------------------------|-------------------|
| Aktywne radzenie sobie | -0,211* | -0,113 | -0,153 | -0,109 |
| Pozytywne przewartościowanie i rozwój | -0,288** | -0,187 | -0,163 | -0,169 |
| Akceptacja | -0,213* | -0,071 | -0,069 | -0,023 |
| Koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu | 0,212* | 0,268** | 0,078 | 0,074 |
| Odwracanie uwagi | 0,200* | 0,266** | 0,158 | 0,243* |
| Zaprzestanie działań | 0,273** | 0,360** | 0,306** | 0,306** |

** korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,01$ * korelacja jest istotna na poziomie $p < 0,05$

Dyskusja i wnioski

Wyniki wykonanych analiz pozwoliły na przyjęcie Hipotezy 1 zakładającej, że istnieje ujemne zależności pomiędzy dbałością o własne zdrowie a występowaniem zaburzeń i psychosomatycznych oraz kondycją psychofizyczną.

Rezultaty badań potwierdzają najsilniejszą zależność pomiędzy troską o zdrowie psychospołeczne (aktywna postawa wobec własnego zdrowia) a spadkiem dolegliwości psychosomatycznych. Osoby, które wybierają prozdrowotny styl życia, rzadziej narzekają na dolegliwości psychosomatyczne. Wynik ten nie budzi wątpliwości, gdyż w literaturze przedmiotu ocena stanu zdrowia (głównie subiektywna) jest jednym z uwarunkowań podejmowania troski o własne zdrowie (Derkacz, 2011; Heszen-Klemens, 1979; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Rasińska, 2010; Rosińska, 2014).

Warto poddać rozważce, dlaczego związki ze wskaźnikami kondycji zdrowotnej okazały się niższe. Być może jest to związane z samym faktem wykorzystywania kwestionariusza GHQ-28. Jednym z jego celów może być prognozowanie pojawienia się ryzyka pogorszenia stanu zdrowia. Trudności ze snem, stany napięcia lub depresyjne mogą mieć charakter

czasowy i przemijający i wówczas mogą być postrzegane jako czynniki sytuacyjne słabo korespondujące z dbałością o własne zdrowie, której źródłem jest pewna względnie stała postawa wobec zdrowia (por. Rosińska, 2014).

Potwierdziła się Hipoteza 2, wskazująca na powiązania zaburzeń psychosomatycznych zarówno ze strategiami aktywnymi, jak i unikowymi.

Młodzi dorośli w sytuacjach stresowych korzystają z repertuaru różnych strategii wchodzących w obszar trzech stylów. Dane z piśmiennictwa potwierdzają, że elastyczny styl radzenia sobie polegający na umiejętności dopasowania strategii do aktualnej sytuacji (w zależności od czynników sytuacyjnych i rodzaju stresowej transakcji) powoduje lepsze przystosowanie i radzenie sobie ze stresem, co w konsekwencji w najmniejszym stopniu zagraża zdrowiu (Dolińska-Zygmunt, 2001; Heszen, Sęk, 2007).

Nader interesującym rezultatem okazało się, że młodzi dorośli, którzy oceniali różnie swój stan zdrowia (jako „zadowolający” lub nawet „niezadowolający” oraz narzekali na dolegliwości bólowe), w sytuacji pojawiania się symptomów psychosomatycznych (pogorszenie się kondycji zdrowotnej) skłaniali się bardziej ku aktywnym strategiom radzenia sobie. Związek taki znajduje swoje uzasadnienie

nie we wnioskach płynących z innych badań wskazujących na fakt, że osoby chore bardziej interesują się własnym zdrowiem i preferują aktywne sposoby radzenia sobie (Derkacz, 2011).

Dane uzyskane w wyniku przeprowadzanych analiz skłaniają do przyjęcia Hipotezy 3 i Hipotezy 4, w których stwierdzono istnienie związków między wskaźnikami stanu zdrowia a wyborem poszczególnych strategii.

Najsilniejszą zależność niezależnie od subiektywnej oceny zdrowia oraz doświadczania bólu wykryto pomiędzy poszczególnymi komponentami dobrostanu psychicznego a strategią nazywaną zaprzestaniem działań. Zaliczana jest ona do grupy zachowań unikowych i jest tożsama z bezradnością i postawą rezygnacji. Drugi silny związek zaobserwowano pomiędzy symptomami fizycznymi i pogorszeniem funkcjonowania a aktywnym radzeniem sobie, ale wyłącznie w grupie osób z różną oceną stanu zdrowia i nasileniem dolegliwości bólowych.

Nasuwa się skojarzenie, że im więcej pojawia się skarg tzw. somatycznych, tym większa skłonność do aktywnego radzenia sobie. Natomiast w przypadku dolegliwości psychosomatycznych natury bardziej psychicznej, np. symptomy depresyjne lub trudności ze snem (skale GHQ-B i dysfunkcje psychiczne), częściej stosowane są strategie unikowe.

Generalnie najwyższe współczynniki korelacji uzyskano między strategiami unikowymi a stanem zdrowia. Endler i Parker (1990) wyraźnie wskazywali na używanie tego stylu jako bardziej adaptacyjnego w przypadku rozwiązywania problemów krótkotrwałych (np. czas sesji egzaminacyjnej), a nie w sytuacji przewlekłego stresu (np. choroby). Warto przypomnieć, że do właściwych analiz włączono wyniki wyłącznie osób zdrowych. Planuje się w przyszłości porównanie grup osób zdrowych i chorych pod kątem wyboru strategii radzenia sobie ze stresem.

Po próbie uchwycenia charakteru relacji pomiędzy kondycją zdrowotną a strategiami radzenia sobie ze stresem wyprowadzono następujące wnioski:

1. Najsilniejszy związek wykryto pomiędzy niepokojem i bezsennością (GHQ-B) a strategią nazywaną zaprzestaniem działań, która charakteryzuje się bezradnością oraz rezygnacją z podejmowania wysiłków osiągnięcia celów. Osoby, które uskarżają się na ogólny niepokój i bezsenność, są skłonne do stosowania strategii postrzeganej jako zachowania unikowe. Z kolei brak działania, aktywnego poradzenia sobie z sytuacją stresową, może w konsekwencji doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia.
2. Zanotowano również silny ujemny związek między symptomami psychosomatycznymi (SP) a aktywną strategią – powstrzymywanie się od działania. Polega ona na powstrzymaniu się przed działaniem przedwczesnym i wyczekiwaniem na właściwy moment. Symptomy psychosomatyczne mogą ograniczać wszelką aktywność, tym samym sprzyjając większej refleksji nad rozwiązaniem danego problemu.
3. Dysfunkcje psychiczne zdają się być bardziej powiązane ze strategiami unikowymi, natomiast dolegliwości fizyczne lub/i zaburzenia psychosomatyczne ze strategiami aktywnymi.
4. Badania są częścią szerszego projektu dotyczącego poszukiwania uwarunkowań zachowań zdrowotnych (troski o zdrowie) w różnych grupach osób zdrowych.

Początek studiów i później obszar nauka-praca to potencjalne źródło stresu, a okres studiów daje możliwości nauczenia się różnych sposobów radzenia sobie ze stresem. Zasadne wydaje się, żeby właśnie wtedy wprowadzić więcej treningów interpersonalnych, radzenia sobie ze stresem, z trudnymi emocjami, aby tym samym wzmacniać pozytywny obraz siebie.

Słuszny zdaje się postulat większego dostępu do poradni zdrowia psychicznego, ale i większego zainteresowania zdrowiem psychofizycznym studentów. Wydaje się to także istotne z uwagi na charakter studiów.

Piśmiennictwo

- Bee H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Bolek M. (2013). *Raport z badania dotyczącego stanu zdrowia psychicznego oraz głównych problemów związanych z higieną psychiczną studentów Uniwersytetu Śląskiego*. Katowice: Uniwersytet Śląski, Stowarzyszenie Razem.
- Derkacz M., Chmiel-Perzyńska I., Nowakowski A., Grywalska E. (2011). Zdrowie jako wartość dla pacjentów z cukrzycą. *Curr. Problem Psychiatrii*, (12) 4, 575–579.
- Dolińska-Zygmunt G. (2001). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski.
- Endler N.S., Parker D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844–854.
- Goldberg D., Williams P., Makowska Z., Merez D. (2001). *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Heszen-Klemens I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Wrocław: Ossolineum.
- Heszen-Niejodek I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. Strelau J. (red.), *Psychologia*, t. 3, 465–492. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Juczyński Z., Ogińska-Bulik N. (2012). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kisielewska D. (2011). Młodzi 2011. *Meritum – pismo Kujawsko-Pomorskiej Izby Lekarskiej*, 5. Toruń: Okręgowa Rada Lekarska.
- Liśkiewicz C. (2005). *Wypalenie zawodowe i psychosomatyczne przejawy stresu u policjantów o długim i krótkim stażu pracy*. Warszawa: Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, UKSW. Niepublikowana praca magisterska.
- Mroczkowska D., Białkowska J. (2014). Style radzenia sobie ze stresem jako zmienne determinujące jakość życia młodych dorosłych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20 (3), 265–269.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008). *Osobowość. Stres a zdrowie*. Warszawa: Centrum Doradztwa i Informacji Diffin.
- Rasińska R. (2010). *Analiza wybranych wyznaczników kształtowania postaw prozdrowotnych młodzieży akademickiej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego*. Poznań: Wydział Nauk i Zdrowiu. Praca doktorska
- Rosińska P. (2014). *Psychologiczne wyznaczniki troski o zdrowia u rodziców małych dzieci*. Warszawa: Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, UKSW. Niepublikowana praca doktorska.
- Skrzypek M., Piątkowski W., Brysiewicz A., Wszędyrówny M. (2001). Analiza jakości życia studentów w kontekście stylu radzenia sobie ze stresem. Raport z badań. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*. Lublin. XXVI, 261–275.
- Tylka J. (2000). *Psychosomatyka*. Warszawa: ATK.