

Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka – perspektywa psychologiczna

Coping with stress as a health behavior – psychological perspectives

EWA SYGIT-KOWALKOWSKA

Katedra Społecznej Psychologii Zdrowia, Rehabilitacji i Zarządzania, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Współczesne koncepcje psychologiczne człowieka mówią o istotnej roli środowiska dla kształtowania samopoczucia i sposobu funkcjonowania jednostki. W centrum rozważań naukowych znalazło się zagadnienie potencjalnych działań, jakie pozwalają uchronić jednostkę przed niekorzystnym wpływem otoczenia, pełnym stresowych sytuacji. Niniejsza praca koncentruje się wokół zagadnienia radzenia sobie ze stresem, przyjmując za literaturę przedmiotu, że jest to jedno z zachowań zdrowotnych człowieka, które wpływają na psychofizyczne samopoczucie człowieka.

Celem pracy jest zaprezentowanie doniesień naukowych z zakresu badań nad zależnościami między sposobami radzenia sobie z trudnościami a dobrostanem psychofizycznym człowieka. Omówione zostały zarówno korzystne efekty dla zdrowia, jak i negatywne konsekwencje indywidualnych wyborów człowieka dokonywanych w obliczu stresu.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, stres, radzenie sobie ze stresem

Contemporary psychological theories emphasize the role of environment in human health. They also focus on activities that can protect against disadvantages of stress in a human body and mind in the world of stressful situations. The article presents the aspects of coping with stress as one of human health behaviors that affect health.

The aim of the work is to describe the relation between a specific response to stress and keeping psychophysical health. The author described benefits and negative consequences of individual activity in stressful situations.

Key words: health behaviors, stress, coping with stress

© Hygeia Public Health 2014, 49(2): 202-208

www.h-ph.pl

Nadesłano: 20.12.2013

Zakwalifikowano do druku: 19.03.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Ewa Sygit-Kowalkowska

Katedra Społecznej Psychologii Zdrowia, Rehabilitacji i Zarządzania, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego

ul. Staffa 1, 85 867 Bydgoszcz

tel. 52 3708447, e-mail: ewasygit@gmail.com

Wstęp

Zachowania człowieka przejawiane w obliczu sytuacji trudnych, oddziałujące na jego stan zdrowia i samopoczucie są obiektem zainteresowań ze strony psychologów. Ludzie odmiennie spostrzegają sytuacje stresowe i tym samym reagują na nie w zindywidualizowany sposób [1]. Radzenie sobie ze stresem stanowi nie tylko o potencjalnych możliwościach jednostki w rozwiązywaniu problemów. W znaczącej mierze rozstrzyga o prowadzeniu pro- bądź antyzdrowotnego stylu życia. Wiele problemów zdrowotnych jest związanych z doświadczaniem przewlekłego stresu. Istotne jest jednak jakie działania i wysiłki podejmuje jednostka w jego obliczu.

Celem niniejszej pracy jest zaprezentowanie i omówienie zagadnienia radzenia sobie ze stresem jako zachowania mającego wpływ na stan zdrowia jednostki. Po uwagę wzięty został zarówno zindywiduali-

zowany styl radzenia sobie, jak i strategie przejawiane w obliczu konkretnych trudności. W celu szczegółowego omówienia tematu, postanowiono przyrzeć się poszczególnym formom radzenia sobie z trudnościami w relacji do konsekwencji zdrowotnych. Analiza piśmiennictwa w tym zakresie pozwoli odpowiedzieć na pytanie: w jakim stopniu radzenie sobie ze stresem jest aktywnością człowieka oddziałującą na jego dobrostan psychofizyczny.

Radzenie sobie ze stresem

Stres jest czynnikiem, który zakłóca równowagę organizmu i wpływa pośrednio na zdrowie i chorobę jednostki [2, 3]. Definiowany jako obciążenie, presja, napięcie, współcześnie określany jest trojako: jako bodziec, który przeszkadza i odrywa od aktywności, jako reakcja na taki bodziec ze środowiska zewnętrznego i jako dynamiczna relacja między człowiekiem

i otoczeniem [4]. Pomimo wieloznaczności ujęć, problematyka stresu sprowadza się do prostej zależności: w środowisku zewnętrznym i wewnętrznym człowieka występują pewne czynniki oceniane przez jednostkę jako stresogenne. Mogą powodować znaczące zmiany w funkcjonowaniu człowieka, których wpływ jest modyfikowany przez właściwości człowieka [5, 6]. Przedłużające się sytuacje stresowe mogą potencjalnie powodować stany lękowe, nerwice, zachowania agresywne oraz szereg objawów fizjologicznych jak wzrost ciśnienia krwi, zaburzenia rytmu serca czy spadek poziomu wapnia i magnezu. To jednak od predyspozycji jednostki zależy, czy stres wpływa korzystnie, mobilizująco (*eustres*) bądź negatywnie, w sposób szkodliwy (*distres*). Zależy to od indywidualnej reakcji na sytuację, dane wydarzenie [7, 8].

Tematyka działań zaradczych podejmowanych w sytuacjach trudnych jest ściśle powiązana z zagadnieniem stresu [9]. O ile wystąpią mechanizmy radzenia sobie, organizm człowieka nie jest narażony na wyczerpanie i osłabienie. Ma to na celu przywrócenie zakłóconej równowagi pomiędzy wymogami sytuacyjnymi a własnymi możliwościami sprostania im [10]. Odpowiedź na stres zależy od przyjętych działań zaradczych. K. Claus i J. Bailey (1980) jako indywidualne sposoby radzenia sobie opisali piętnaście wzorców zaradczych [11]. Do nich zaliczyli m.in.: ćwiczenia fizyczne, relaksację, masaż, integrację ciała, rozumu i ducha, rozładowywanie konfliktów czy rozwijanie umiejętności komunikowania się z innymi. W niniejszej pracy skoncentrowano się głównie wokół pojęć związanych z indywidualnymi strategiami radzenia sobie i stylami radzenia sobie jednostek. Te dwa pojęcia to nadrzędne elementy problematyki radzenia sobie ze stresem. Ponadto, stanowią bazę przytoczonych w pracy badań empirycznych. Jest to istotne z punktu widzenia prezentacji ich zdrowotnej roli.

Według definicji R. Lazarusa i S. Folkman (1984) strategię radzenia sobie ze stresem są to stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jego zasoby [12]. Autorzy wskazują na dwie funkcje takiego wysiłku: by obniżyć przykre napięcie oraz by działać w celu rozwiązania problemu [13]. Kryterium wystąpienia stresu stanowi ocena poznawcza dokonana przez podmiot. Proces poznawczej oceny według R. Lazarusa dokonuje się na dwóch poziomach [14]:

- a. pierwotnej oceny zagrożenia czyli rozpoznania znaczenia sytuacji dla podmiotu;
- b. wtórnej oceny zagrożenia tj. oceny stopnia zagrożenia, własnych możliwości i wybór sposobu radzenia sobie.

Radzenie sobie ze stresem jest procesem dynamicznym i stanowi odpowiedź na określoną sytuację [15]. To, czy podjęta zostanie dana strategia rozstrzygają m.in. indywidualne właściwości. Każda jednostka przejawia pewien specyficzny sposób reagowania na sytuacje stresowe, czyli styl radzenia sobie. Z uwagi na fakt, że jest ono uruchamiane po wzbudzeniu emocji, to winno być uważane za integralną część procesów emocjonalnych [16]. Ujmując radzenie sobie z perspektywy ogólnej dyspozycji jest to względnie stała tendencja wyznaczająca przebieg radzenia sobie ze stresem. N. S. Endler i J. D. A. Parker wymienili następujące style radzenia sobie ze stresem:

- a. styl skoncentrowany na zadaniu;
- b. styl skoncentrowany na emocjach;
- c. styl skoncentrowany na unikaniu [17, 18].

Za kryterium powyższego podziału przyjęto funkcje działań zaradczych, które w procesie radzenia sobie obejmują ukierunkowanie na rozwiązanie problemu oraz obniżenie wysokiego napięcia [19]. Przejawianie stylu skoncentrowanego na zadaniu to podejmowanie w obliczu stresu wysiłku, by rozwiązać problem. Możliwe jest to poprzez zmianę trudnej sytuacji lub przez przekształcenia poznawcze. Jednostka o dominującym stylu emocjonalnym koncentruje się na sobie oraz na własnych reakcjach. Jeżeli strategię, jakie przyjmuje – pobudzają i podtrzymują emocje pozytywne, to można im przypisać analogiczną funkcję. Z kolei styl unikowy powoduje, że jednostka doświadczająca sytuacji trudnych, stresowych, nie myśli o problemie. Jej działania ukierunkowane są na odwrócenie uwagi od źródła stresu lub poszukiwanie wsparcia społecznego [19].

Z zagadnieniem sposobów radzenia sobie ze stresem wiąże się problematyka doboru odpowiednich działań przez jednostkę. Efektywność rozwiązania sytuacji stresowej wynika z dostosowania procesu radzenia sobie do wymagań sytuacyjnych. Dzięki adekwatnej ocenie pierwotnej (odpowiednia kwalifikacja okoliczności) oraz ocenie wtórnej (analiza możliwości) możliwy jest dobór określonych strategii radzenia sobie [10]. Jak wskazują wyniki badań A. Kuczyńskiej i B. Jandy-Dębek (2002) przejawianie danego sposobu radzenia sobie ze stresem jest ściśle powiązane z kategoriałnym odbiorem sytuacji [19]. Zinterpretowanie sytuacji jako bezpiecznej lub jako wyzwania wpływa na podejmowanie zadaniowego stylu radzenia. Dla emocjonalnego stylu radzenia sobie, istotne było spostrzeganie sytuacji jako zagrożenia. Kategoriałny odbiór sytuacji nie stanowił predyktora dla unikowego stylu radzenia sobie ze stresem.

Zachowania zdrowotne i ich klasyfikacja

Funkcjonowanie człowieka w sytuacjach wyzwań i zagrożeń naraża go na straty zdrowotne. Znaczącą

rolę w utrzymaniu zdrowia jednostki pełnią zachowania zdrowotne. Jest to jedno z czołowych pojęć z zakresu psychologii zdrowia i choroby. Próbę ich zdefiniowania podejmowano wielokrotnie. Ogólnie rzecz ujmując zachowania zdrowotne to działania jednostki podejmowane ze względów zdrowotnych lub takie, które mają udokumentowany wpływ na zdrowie [20]. Wąskie ujęcie tego terminu zaproponowali M. Harris i S. Guten (1979), którzy określili zachowania zdrowotne jako aktywności prozdrowotne, które jednostka podejmuje celem ochrony, utrzymania i rozwoju zdrowia [21]. I. Helen-Klemens w definicji zachowań zdrowotnych podkreśla również celowość aktywności jednostki. Według autorki, zachowania te mają status czynności, ukierunkowanej na cele zdrowotne [22]. W literaturze przedmiotu przyjmują one zróżnicowane nazwy: zachowania zdrowotne, zachowania medyczne, praktyki zdrowotne, działania profilaktyczne, praktyki zdrowotne [23].

Szeroka definicja zachowań zdrowotnych zaprezentowana przez D. Gochmana (1988) zakłada, że do tego pojęcia zalicza się takie osobiste atrybuty, jak przekonania, oczekiwania, motyw, spostrzeżenie i inne elementy poznawcze, właściwości osobowościowe, włączając stany i cechy uczuciowe i emocjonalne, wzorce jawnego zachowania, działania i nawyki, które wiążą się z utrzymywaniem, odzyskiwaniem i polepszaniem zdrowia [15, 24]. Jest to złożona koncepcja, która akcentuje znaczenie mechanizmów psychologicznych dla kształtowania się zachowań zdrowotnych. Odwołuje się nie tylko do płaszczyzny poznawczej funkcjonowania człowieka (jego myśli, opinii), ale podkreśla rolę codziennych aktywności przejawianych w formie świadomych, celowych bądź zautomatyzowanych zachowań. Istotne jest również, że akcentuje emocjonalne motywacje jako czynniki współdecydujące o praktykach zdrowotnych. Z uwagi na kompleksowość ujęcia procesu kształtowania się zachowań zdrowotnych autorstwa D. Gochmana, w niniejszej pracy stanie się ona koncepcją podstawową.

Zachowania zdrowotne mogą wywoływać zarówno korzystny, jak i niekorzystny skutek dla dobrostanu psychofizycznego jednostki. Z tej przyczyny należy wyodrębnić podział na klasy zachowań zdrowotnych:

- a. prozdrowotne (takie jak np. przestrzeganie zasad zdrowej diety, uprawianie ćwiczeń fizycznych, radzenie sobie ze stresem);
- b. antyzdrowotne (przykładowo nadużywanie alkoholu, narkotyków, dieta wysokotłuszczowa, zachowania agresywne) [25].

Zachowania o korzystnych skutkach dla zdrowia mogą promować zdrowie, zwiększać jego potencjał,

zapobiegać chorobie i sprzyjać procesowi zdrowienia. Z kolei zachowania niekorzystne dla zdrowia mogą powodować bezpośrednie lub odległe szkody zdrowotne oraz mogą utrudniać proces zdrowienia [26]. Uwzględniając rozwój wiedzy na temat zdrowia i choroby, można dokonać szerszego podziału, przy uwzględnieniu m.in. behawioralnych, motywacyjnych i społecznych determinantów zachowań odnoszących się do zdrowia. Analiza zachowań zdrowotnych i ich związku ze zdrowiem pozwoliła I. Heszen i H. Sęk, (2008) określić bardziej szczegółowe kryteria klasyfikacji tych zachowań, mianowicie:

- a. zachowania korzystne albo niekorzystne – z punktu widzenia zachowań względem zdrowia;
- b. zachowania nawykowe bądź jako celowa czynność – według kryterium organizacji behawioralnej;
- c. z punktu widzenia poziomu świadomości i celowości (intencjonalności) zachowania;
- d. z uwagi na poziom zdrowia;
- e. związane z wypełnianiem roli społecznej;
- f. z uwagi na treść zachowania, sferę życia i aktywności [25].

Autorki tej klasyfikacji szczególną uwagę zwracają na podział zachowań zdrowotnych z uwagi na nawyki i celowe czynności zdrowotne. Podkreślają znaczącą rolę procesów socjalizacyjnych oraz wpływów kulturowych w kształtowaniu się stabilnych wzorów zachowań. Najprawdopodobniej stanowią one najstarszą kategorię zachowań istotnych dla zdrowia. Intencjonalność czynności zdrowotnych łączona jest z indywidualną świadomością. Autokreacja zdrowego stylu życia najczęściej pojawia się w sytuacji, gdy podjęcie nowych ról wyznacza nowe zadania. Zmiana zachowania w tym przypadku implikować może zmianę w aspekcie rozwojowym. W zależności od sytuacji zdrowotnej, może mieć ona charakter zarówno promocyjny, profilaktyczny bądź leczniczy.

Inni autorzy – J. O. Prochaska, C. C. DiClemente (1983) – proponują sześć wymiarów klasyfikacji zachowań zdrowotnych:

- a. przyswojenie – zaprzestanie (przykładowo: treningi fizyczne *versus* rezygnacja z wysokokalorycznej diety);
- b. uzależniające – nieuzależniające (zażywanie narkotyków *versus* zapinanie pasów bezpieczeństwa, ubiór odpowiedni do warunków atmosferycznych);
- c. częste – rzadkie (przykładowo: dbanie o higienę osobistą *versus* poddawanie się szczepieniom, badaniom lekarskim);
- d. dozwolone prawnie – prawnie zakazane (konsumpcja alkoholu *versus* prowadzenie pojazdu po spożyciu alkoholu);
- e. publiczne – prywatne (przykładowo: palenie papierosów *versus* zachowania seksualne);

f. społecznie akceptowane – nieakceptowane (gdy przykładowo spożywanie alkoholu, zażywanie narkotyków będzie nie do przyjęcia z uwagi na dane społeczeństwo czy grupę społeczną) [27].

Przedstawiona klasyfikacja odnosi się do zachowań, które zarówno zaspokajają potrzeby związane ze zdrowiem, jak i wynikają ze statusu indywidualnego – społecznego jednostki. Koncepcja J. Prochaski i C. DiClemente może posłużyć wyjaśnieniu motywacji do przyswojenia, wygaszenia bądź zmiany zachowań w obszarze zdrowia jednostki. Jednak co istotne – nie uwzględnia rozwoju technologicznego i naukowego dzięki któremu zachowania prozdrowotne mogą być rozpowszechniane. Przykładowo, w polskich warunkach badania kontrolne piersi – będące elementem profilaktyki nowotworowej – są w dalszym ciągu aktywnością mało rozpowszechnioną w grupach wykluczonych społecznie. Wyjaśnieniem tego zjawiska mogą być podmiotowe uwarunkowania podejmowania zachowań zdrowotnych. Pośród zmiennych indywidualnych wymienia się m.in.: zmienne demograficzne (np. wykształcenie, dochód) i osobowościowo-temperamentalne (np. przekonania zdrowotne), zmienne życiorysowe, które mają istotny wpływ na aktywność zdrowotną jednostki [27]. Podkreślić należy, że procesy kształtowania się zachowań zdrowotnych charakteryzują się heterogenicznością – są regulowane poprzez liczne zmienne i mechanizmy. Motywacją do działań na płaszczyźnie zdrowia mogą być lepsze relacje społeczne, bezpośrednia gratyfikacja czy wzmacnianie własnej samooceny.

Podsumowując, należy wskazać, że zachowania zdrowotne obejmują szereg aktywności człowieka, zdeterminowanych własnymi przeżyciami i przekonaniami. Klasyfikacja zachowań zdrowotnych może być rozpatrywana zarówno z perspektywy konsekwencji (zachowania pro- i antyzdrowotne) czy właściwości społecznych i psychofizycznych jednostki (koncepcja I. Heszen i H. Sęk). To indywidualne cechy każdego człowieka stanowią o jego motywacji do aktywności zdrowotnej.

Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne jednostki

Stan zdrowia jednostki oraz jego kondycja psychiczna zależą od charakteru zdarzeń stresowych oraz od wysiłków podejmowanych w celu ich korzystnego przekształcenia [28]. Panowanie nad samym sobą jest fundamentem zdrowia psychicznego [29]. Stąd radzenie sobie ze stresem można wpisać w grupę zachowań, mających wpływ na dobrostan człowieka [21]. S. Folkman, R. S. Lazarus i wsp. (1986) ukazują trzy możliwe drogi wpływu procesu radzenia sobie na zdrowie:

- a. radzenie sobie ze stresem może wpływać na reakcje neurochemiczne (ich częstotliwość, intensywność, czas trwania);
- b. radzenie sobie ze stresem może wiązać się z podejmowaniem zachowań antyzdrowotnych, np. używaniem substancji potencjalnie uzależniających;
- c. pewne formy radzenia sobie, np. zaprzeczanie, mogą mieć wpływ na niepodjęcie adaptacyjnych zachowań zaradczych [30].

Proces zmagania się ze stresem ma swoje odpowiedniki fizjologiczne. Interpretacje rzeczywistości dokonywane w ośrodkowym układzie nerwowym przekazywane są do układu limbicznego. Wzrost pobudzenia emocjonalnego to aktywacja wzorców zachowań, wzorców odpowiedzi ze strony układu nerwowego i hormonalnego. Hormony wydzielane pod wpływem stresu silnie oddziałują na komórki odpornościowe [31, 32]. Stres zmniejsza opór ze strony układu immunologicznego a jeśli jest silny i utrzymuje się stale – może długotrwale obniżyć jego sprawność. Zaoszczędzoną energię z komórek odpornościowych organizm może wykorzystać w potencjalnie zagrażającej sytuacji. Behawioralne i neurochemiczne wzorce emocji stanowią osiowy proces, który kształtuje nasze zdrowie. Stres może działać na rozwój choroby niedokrwiennej poprzez aktywację układu sympatycznego i wzrost poziomu tłuszczu we krwi. Dlatego indywidualna zdolność do radzenia sobie ze stresem może przyczyniać się do zmiany w długoterminowej obecności stanu stresu [33, 34]. Stres psychologiczny moduluje funkcjonowanie układu odpornościowego. Badania interdyscyplinarne pokazują, że przewlekłe doświadczanie stresu działa hamująco na jego funkcjonowanie [31]. Doświadczanie stresów życiowych odgrywa znaczącą rolę w etiologii zaburzeń depresyjnych. Badania pokazują, że depresja kliniczna jest związana ze zmianami odporności na poziomie komórkowym, wzrostem ilości białych krwinek.

Jak wskazali S. Folkman, R. S. Lazarus i wsp. (1986) radzenie sobie ze stresem może wiązać się z podejmowaniem zachowań antyzdrowotnych [30]. Taki sposób radzenia sobie obejmuje m.in. stosowanie środków psychoaktywnych. Używanie substancji odurzających w celu radzenia sobie ze stresem realizuje głównie funkcje regulacji stanu emocjonalnego. Efekty ich oddziaływania to redukcja napięcia, wzmaganie poczucia osobistej mocy [10, 28]. Używanie tych substancji zaliczane jest do strategii ucieczkowo-unikowych. Środki odurzające (alkohol, leki uspokajające i przeciwbólowe, narkotyki) znoszą racjonalny ogląd rzeczywistości. Swoje działanie antystresowe wypełniają poprzez działanie uspokajające, zanik zmęczenia czy otwartość w kontaktach towarzyskich. W konsekwencji zasoby radze-

nia sobie ulegają zubożeniu, trwałemu zablokowaniu. Zanika osobista gotowość do angażowania się w inne sposoby zaradcze. Stąd przyjęte zostało określenie autodestruktywnych strategii radzenia sobie. Analogicznie oceniane jest uprawianie gier hazardowych, kompulsywne objadanie się, długotrwałe oglądanie telewizji [13, 28].

Twórcy koncepcji S. Folkman i R. S. Lazarus (1986) uznali aktywne rozwiązywanie problemów jako te o charakterze prozdrowotnym [30]. Stwarzają one możliwość doświadczania emocji pozytywnych, przy jednoczesnej koncentracji nad przebiegiem stresowej sytuacji. Zaprzeczanie stanowi z kolei ucieczkę od stresora. Powoduje odsunięcie od siebie nieprzyjemnych myśli, doznań.

Jak pisze G. Chojnacka-Szawłowska (2009) indywidualne zdolności do radzenia sobie mogą przyczynić się do podwyższania bądź ograniczania obecności stanu stresu. Możliwość unikania doświadczania przykrych napięć zapoczątkowuje i podtrzymuje nieprawidłowe zachowania żywieniowe [33]. Jak podaje K.B. Matheny i wsp. (1986) dzięki przejadaniu się, możliwa jest ucieczka od uczucia złości, zmartwienia czy samotności [18]. To, jakie człowiek spożywa pokarmy i jak to robi jest ściśle powiązane z jego emocjami. Nadmierne spożywanie żywności, w szczególności tłuszczu, cukru i alkoholu może być spowodowane nieumiejętnością radzenia sobie ze stresem. Nadmierne jedzenie jest formą zmagania się z kłopotami. Zwiększona potrzeba jedzenia jest bowiem wynikiem przeżywanych negatywnych emocji i pozwala na odwracanie od nich uwagi [35]. Nadmierne jedzenie może być formą zwrócenia na siebie uwagi, usprawiedliwieniem doznawanych porażek. Czynniki psychologiczne w określonych przypadkach są powodem wystąpienia nadwagi a sama otyłość stwarza osobom chorym problemy emocjonalne. Wzmoczone łaknienie i wtórna nadwaga może być reakcją psychiczną na ostrą sytuację stresową. Nieprawidłowe nawyki żywieniowe mają u swojego podłoża braki w odpowiednim radzeniu sobie ze stresem. Badania A. Brytek-Matery (2009) wykazały, że pacjentki z jądłowstrętem psychicznym rzadziej niż zdrowe kobiety podejmują działania polegające na pokonywaniu danego zdarzenia oraz pozytywnie przewartościowują własną sytuację [36]. Natomiast częściej zaprzeczają, że dana sytuacja miała miejsce. Z kolei kobiety z bulimią częściej zaprzestają działań w celu pokonania źródła stresu oraz piją alkohol lub zażywają inne środki. Oznacza to stosowanie przez nie strategii skoncentrowanych na emocjach. Etiologia zaburzeń odżywiania typu anoreksja wskazuje również na czynniki chorobotwórcze związane z relacjami rodzinnymi. Badania na rodzinach, w których któryś z członków był dotknięty anoreksją, przeprowadziła H. Bruch (1987). Wyniki wskazują, że osoby chore

nie były zachęcane do samodzielnej ekspresji swoich przeżyć ani do podejmowania działań według własnych potrzeb [37].

C. S. Carver i wsp. (1989), analizując poszczególne typy radzenia sobie, uwzględnili perspektywę konsekwencji zdrowotnych, jakie niosą ze sobą indywidualne reakcje stresowe jednostki [38]. Jak podkreślają twórcy tej koncepcji, styl radzenia sobie jest cechą charakterystyczną danego człowieka. Reakcje skoncentrowane na problemie są oceniane jako zdrowe i najbardziej przystosowawcze (przykładowo: planowanie, aktywne radzenie sobie, poszukiwanie wsparcia). Przelewanie złości, frustracji na otoczenie, nieakceptowanie rzeczywistości to potencjalnie destrukcyjne reakcje [39-41]. Potwierdzają to J. Strelau i wsp., uzasadniając, że redukcja stanu stresu, w odróżnieniu od koncentracji na emocjach, jest procesem gospodarowania zasobami [42]. Na potwierdzenie powyższych koncepcji należy przytoczyć prace autorstwa S. Moos i A. Schaeffer (1993). Wyróżnione zostały konstruktywne i niekonstruktywne strategie radzenia sobie ze stresem [28]. Badania S. Moos i A. Schaeffer pokazały, że osoby stosujące strategie unikowe uzyskują gorsze rezultaty adaptacyjne niż osoby wykorzystujące częściej strategie związane z rozwiązywaniem problemów. Prozdrowotny charakter przypisano również strategii pozytywnego przewartościowania. Badania autorstwa C.M. Aldwin i T.A. Revenson (1987) wykazały ponadto, że aktywne (instrumentalne) i planowe rozwiązywanie problemów chroni przez nasileniem symptomów psychologicznych (depresyjnych, lękowych), nawet w obliczu sytuacji wysoko stresowych [29]. Skrócenie czasu doświadczania stresu jest jednym z ważniejszych aspektów stosowania tych strategii. Z kolei częste stosowanie strategii ucieczkowych to wyjściowo gorszy stan zdrowia psychicznego. Korzystanie z tego typu nieefektywnych strategii radzenia sobie może skutkować narastaniem psychologicznego dystresu.

Według I. Heszen-Niejodek (1997) nie dowiedziono jednoznacznej zdrowotnej przewagi któregoś ze stylów radzenia sobie. Należy brać pod uwagę kontekst sytuacyjny, jak i kryterium ze względu na które oceniana jest efektywność działań jednostki [43]. Korzyści ze strategii radzenia sobie mogą być mierzone wyłącznie jego skutkami. Doświadczanie sytuacji przewlekłego stresu (np. w związku z chorobą), na którą posiada się ograniczony wpływ, aktywuje określone style radzenia sobie. Strategia unikowa może być częściej stosowana. O ile jednak początkowo może być ona bardziej przystosowawcza, to przy dłuższym oddziaływaniu stresora staje się nieskuteczna [44]. Stąd konieczność elastycznego podejścia do radzenia sobie z trudnościami. Badania wskazują, że ocena sytuacji jako możliwej do zmiany częściej skłania ku strategiom skoncentro-

wanym na rozwiązaniu problemu. Niskie poczucie wpływu i osobistej kontroli nakierowuje jednostki na strategię skoncentrowane na emocjach [28].

Należy pamiętać, że zachowanie zdrowotne pod postacią radzenia sobie ze stresem może pozostawać w interakcji z innymi czynnikami behawioralnymi co w efekcie będzie warunkowało stan zdrowia jednostki. Prawdopodobieństwo wystąpienia schorzenia może być modyfikowane przez sumowanie poszczególnych zachowań szkodzących zdrowiu. Dodatkowo stosowanie niekorzystnych strategii radzenia sobie ze stresem może być czynnikiem dodatkowo wzmagającym działanie innego zachowania antyzdrowotnego [45]. Przykładowo, radzenie sobie skoncentrowane na emocjach wśród chorych na astmę współwystępuje z niedostosowaniem się do zaleceń lekarskich. Jak wskazuje C. Barton i wsp. (2003), zmiany sposobów radzenia sobie w tej grupie chorych znacząco poprawiały funkcjonowanie w chorobie [46].

Podsumowanie

Podsumowując, literatura przedmiotu wskazuje na znaczący wpływ oddziaływania sposobów radzenia sobie w sytuacjach stresujących na zdrowie jednostki. Analizując zagadnienie działań zaradczych w obliczu stresu, istotne jest zorientowanie na problem efektywności takich zachowań. Piśmiennictwo w zakresie psychologii wskazuje, że koncentracja na zadaniu jest oceniana jako najzdrowsza forma funkcjonowania w sytuacjach trudnych. Pozwala pokonywać trudności, wzmacniając tym samym pozytywne nastawienie człowieka. Niemniej jednak to właściwości danej sytuacji oraz subiektywny odbiór własnego życia rozstrzygają, jakie sposoby radzenia sobie spełniają funkcję adaptacyjną. Radzenie sobie ze stresem może chronić zdrowie jednostki. Wyniki badań empirycznych wskazują na regulacyjną rolę aktywności zaradczych. Jeśli strategie nie prowadzą do zmiany sytuacji czy samopoczucia bądź nie sprzyjają konstruktywnemu spojrzeniu na problem to są zachowaniem niekorzystnym. Stąd reakcje na stres mogą pełnić zarówno rolę prewencyjną, jak i patogenną.

Piśmiennictwo / References

- Friedman HS. Uzdrawiająca osobowość. GWP, Gdańsk 2003.
- Wrońska-Polańska H. Zdrowie i jego psychobiologiczne mechanizmy. [w:] Zdrowie – stres – choroba. Wrońska-Polańska H (red). Impuls, Kraków 2008: 17-36.
- Chopra D. Creating Health – Beyond Prevention, Toward Perfection. Houghton Mifflin Company, Boston 1987.
- Moryś J, Jeżewska M. Problematyka stresu. Historyczne, społeczne i medyczne aspekty problematyki stresu. [w:] Psychologia w medycynie. Borys B, Majkowicz M (red). AM, Gdańsk 2006: 67-79.
- Sygit E. Długoletni staż zawodowy pielęgniarzek – droga ku wypaleniu zawodowemu? *Ann Med Stetin* 2009, 55(2): 83-90.
- Schneiderman N. Psychosocial, Behavioral & Biological Aspects of Chronic Diseases. *Curr Dir Psychol Sci* 2004, 13(6): 247-251.
- Huber L. Style adaptacyjne do sytuacji stresowych w różnych grupach wiekowych, a choroby cywilizacyjne XXI wieku. *Probl Hig Epidemiol* 2010, 91(2): 268-275.
- Boenisch E, Haney CM. Twój stres. GWP, Gdańsk 2002.
- Mietzel G. Wprowadzenie do psychologii. GWP, Gdańsk 2008.
- Bargiel-Matusiewicz K, Podbielski Z i wsp. Współczesne rozumienie stresu. *Wiad Lek* 2004, 3-4: 188-192.
- Claus K, Bailey J. Living with Stress and Promoting Well-Being. Mosby, St Louis 1980.
- Folkman S. Personal control and stress, and coping processes: A theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol* 1984, 6(4): 839-852.
- Chmiel-Baranowska A. Stres i radzenie sobie z nim. [w:] Opieka paliatywna nad dziećmi. Dangl T (red). Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, 2008, 16: 211-213.
- Kulmatycki L. Emocje i stres. [w:] Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Wojnarowska B (red). PWN, Warszawa 2008: 403-422.
- Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość Stres a zdrowie. Difin, Warszawa 2008.
- Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. Mc Graw-Hill, NY 1966.
- Terelak JF. Człowiek i stres. Branta, Bydgoszcz-Warszawa 2008.
- Sheridan ChL, Radmacher SA. Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. IPZ, Warszawa 1998.
- Kuczyńska A, Janda-Dębek B. Subiektywna interpretacja sytuacji a style radzenia sobie ze stresem. [w:] Konteksty stresu psychologicznego. Heszen-Niejodek I (red). UŚ, Katowice 2002: 13-26.
- Łuszczynska A. Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają? GWP, Gdańsk 2004.
- Harris DM, Guten S. Health-protective behavior: an exploratory study. *J Health Soc Behav* 1979, 20: 17-29.
- Sęk H. Zdrowie behawioralne. [w:] Psychologia. Podręcznik akademicki. tom 3. Strelau J (red). GWP, Gdańsk 2002: 533-553.
- Dolińska-Zygmunt G. Behawioralne wyznaczniki zdrowia. [w:] Podstawy psychologii zdrowia. Dolińska-Zygmunt G (red). UW, Wrocław 2001: 33-67.
- Gochman DS. Health Behavior: Plural Perspectives. [in:] Health Behavior. Emerging Research Perspectives. Gochman DS (ed). Plenum Press, NY 1988: 3-18.
- Heszen I, Sęk H. Poznawcze uwarunkowania zdrowia i choroby. [w:] Psychologia zdrowia. Heszen I, Sęk H (red). PWN, Warszawa 2007: 106-121.

26. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna – podstawy teoretyczne i metodyczne. [w:] Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Woynarowska B (red). PWN, Warszawa 2007: 21-25.
27. Prochaska JO, Di Clemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983, 51: 390-395.
28. Makowska H, Poprawa R. Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. [w:] Dolińska-Zygmunt G (red). Podstawy psychologii zdrowia. UW, Wrocław 2001: 71-102.
29. Persaud R. Pozostać przy zdrowych zmysłach. Jacek Santorski & Co, Warszawa 1998.
30. Folkman S, Lazarus RS, et al. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Personal Soc Psychol* 1986, 50(5): 992-1003.
31. Olf M. Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles. *Psychiatry Res* 1999, 85: 7-15.
32. Goleman D. Working with emotional intelligence. Bantam Books, New York 1998.
33. Chojnacka-Szawłowska G. Zmęczenie a zdrowie i choroba. Perspektywa psychologiczna. Impuls, Kraków 2009.
34. Frijda NH. The emotions. Cambridge University Press, Cambridge 1986.
35. Pietrzykowska E, Wierusz-Wysocka B. Psychologiczne aspekty nadwagi, otyłości i odchudzania się. *Pol Merk Lek* 2008, 143: 472-476.
36. Brytek-Matera A. Konfrontacja ze stresem u kobiet z nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi. *Endokrynol Otyłość Zaburz Przem Materii*, 2009, 5(4): 213-219.
37. Bruch H. The changing picture of an illness anorexia nervosa in attachment and the therapeutic process. Int Univ Press, Madison 1987.
38. Hobfoll SE. Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu. GWP, Gdańsk 2006.
39. Colbert D. Deadly Emotions: Understand the Mind – Body – Spirit Connection That Can Heal Or Destroy You. Thomas Nelson, Nashville 2003.
40. Salmon P. Psychologia w medycynie. Wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. GWP, Gdańsk 2002.
41. Bradley JR, Cartwright S. Social Support, Job Stress, Health, and Job Satisfaction Among Nurses in the United Kingdom. *Int J Stress Manag* 2002, 9(3): 163-182.
42. Strelau J, Zawadzki B, Oniszczenko W, Sobolewski A, Pawłowski P [w:] Osobowość a ekstremalny stres. Strelau J (red). GWP, Gdańsk 2004: 48-64.
43. Heszen-Niejodek I. Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych. [w:] Psychologia zdrowia. Heszen-Niejodek I, Sęk H (red). PWN, Warszawa 1997: 23.
44. Ledwoń M, Wróbel M. Regulacja nastroju oraz radzenie sobie ze stresem wśród metek dzieci chorych na chorobę nowotworową. *Psychoonkol* 2006, 10(2): 41-50.
45. Dolińska-Zygmunt G. Behawioralne wyznaczniki zdrowia. [w:] Podstawy psychologii zdrowia. Dolińska-Zygmunt G (red). UW, Wrocław 2001: 33-70.
46. Barton C, Clarke D, Sulaiman N, et al. Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respir Med* 2003, 97: 747-761.