

MICHAŁ SKRZYPEK, WŁODZIMIERZ PIĄTKOWSKI,
ANNA BRYŚIEWICZ, MACIEJ WSZĘDYRÓWNY

*Analiza jakości życia studentów w kontekście stylu
radzenia sobie ze stresem. Raport z badań**

The Analysis of the Quality of Life of University Students
in the Context of Coping Style. Report on Investigations

UWAGI WPROWADZAJĄCE

Dokonujące się w obszarze socjologii medycyny przesunięcie zainteresowań badawczych w kierunku kategorii „zdrowie”, znajdujące odzwierciedlenie w ewolucji nazwy dyscypliny określanej obecnie jako „socjologia zdrowia, choroby i medycyny”, pociąga za sobą wyodrębnianie nowych pól badawczych, do których należy wspólny dla medycyny i nauk o zachowaniu obszar badań nad **jakością życia** (*quality of life*), jej korelatami i psychospołecznymi uwarunkowaniami. Źródłem i inspiracją dla takiego podejścia badawczego upatrywać należy w ewolucji kluczowego dla obu dyscyplin pojęcia „zdrowie”, która doprowadziła do definiowania zdrowia nie tylko w kontekście braku patologii, ale – jak zapisano w 1948 roku w tekście konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia

* Skrócona wersja pracy została przedstawiona w formie referatu podczas 11th European Symposium of Somatotherapy, 4th European Symposium on Psychosomatic Education, CM UJ, Kraków, 26–28.10.2001. Streszczenie publikowane w materiałach zjazdowych.

(WHO) – pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu.¹ Zdrowie w takim ujęciu ma charakter „pozytywny” i jest ujmowane jako „wartość [...] subiektywna i względna, posiadająca rozmaite znaczenia dla konkretnych jednostek, zajmujących zróżnicowane miejsca w strukturze społecznej i wyposażonych w różne cechy i doświadczenia kulturowe”.² Jak podaje W. Piątkowski, nowe reinterpretacje definicji WHO podkreślają, że zdrowie stwarza możliwości wszechstronnego rozwoju człowieka i można je utożsamiać z umiejętnościami adaptacyjnymi i zdolnością podołania wyzwaniom życiowym.³ Wieloaspektowa definicja zdrowia WHO, akcentująca jego szeroki psychospołeczny kontekst z uwzględnieniem aspektów subiektywnych, stanowi dogodny punkt wyjścia do interdyscyplinarnych badań nad zdrowiem, w których uzasadniony jest nacisk na kategorię **radzenia sobie ze stresem** (*coping*), jako jeden z kluczowych determinantów zdrowia. Pojęcie *coping*, użyte po raz pierwszy przez Z. Freuda w roku 1933 w kontekście problematyki mechanizmów obronnych, rozumiane jest obecnie w psychologii jako „świadome, wybierane przez podmiot sposoby radzenia sobie ze stresem”.⁴ Radzenie sobie zaliczane jest w świetle dominującego we współczesnej psychologii ujęcia stresu – teorii relacyjnej R. Lazarusa, do procesów pośredniczących pomiędzy stresem a jego skutkami i definiowane jest jako „nieustannie zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki osoby zmierzającej do tego, by sprostać (ograniczyć, zminimalizować, opanować lub wytrzymać) wewnętrznym lub zewnętrznym wymaganiom, które wynikają z relacji osoba–środowisko, ocenianej jako wymagająca wysiłku lub przekraczająca osobiste środki zaradcze”.⁵ R. Lazarus i S. Folkman wyróżnili dwa rodzaje strategii radzenia sobie: **strategie zorientowane problemowo** (*problem-oriented strategies*) oraz **strategie zorientowane emocjonalnie** (*emotion-oriented strategies*). Strategie zorientowane problemowo pełnią funkcję instrumentalną i obejmują aktywność ukierunkowaną na konfrontację z problemem, próbę jego rozwiązania, a także racjonalne postępowanie i opanowywanie emocji, natomiast strategie zorientowane emocjonalnie mają za zadanie samoregulację przykrych emocji, a ich zadanie polega na „kierowaniu somatycznymi i subiektywnymi składnikami emocji związanych ze stresem tak, aby nie wymknęły się spod kontroli i nie uszkodziły ani nie załamały odporności psychicznej ani spo-

¹ Zob. Z. Stońska, M. Misiuna, *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Warszawa 1993, s. 68–69.

² W. Piątkowski, *Zdrowie w socjologii*, [w:] T. B. Kulik, I. Wrońska [red.], *Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*. Stalowa Wola 2000, s. 127–159.

³ Id., *Socjologia medycyny czy socjologia zdrowia?* Referat wygłoszony na XI Ogólnopolskim Zjeździe Socjologicznym w Rzeszowie, Sesja nr 35, Rzeszów–Tyczyn 2000.

⁴ P. Oleś, *Z problematyki interwencji kryzysowej i radzenia sobie ze stresem*, Studia z Psychologii w KUL, t. 8, 1996, 249–265.

⁵ Id., *Zagadnienie stresu, kryzysu i radzenia sobie*, „Roczniki Filozoficzne” 1993, nr 4, s. 5–22.

łecznego funkcjonowania”.⁶ Zdaniem R. Lazarusa, dla przystosowania osiąganego przez człowieka w efekcie stresowych transakcji decydujące znaczenie ma radzenie sobie i tej problematyce powinno się poświęcać szczególną uwagę w badaniach nad ludzkim funkcjonowaniem.⁷ W takiej perspektywie badawczej centralne miejsce zajmuje aktywność podejmowana przez człowieka w sytuacji stresu, a mniej miejsca poświęca się charakterystyce stresora, gdyż to właśnie aktywność człowieka (w tym przede wszystkim radzenie sobie) w głównej mierze decyduje zarówno o bezpośrednich, jak i odległych skutkach stresu, wśród których centralne miejsce zajmuje zdrowie somatyczne i psychiczne.

Pojęcie „jakości życia” upowszechniło się w naukach społecznych w latach 40. XX w. w Stanach Zjednoczonych oraz krajach Europy Zachodniej i stosowane było początkowo do oceny poziomu rozwoju cywilizacyjnego, najpierw w kategoriach obiektywistycznych, odnoszących się do wskaźników ekonomicznych (ogółu dostępnych dóbr), następnie zaś zastąpionych podejściem przyjmującym subiektywne oceny jako podstawę określania jakości życia, uwzględniającym zróżnicowane sposoby reagowania ludzi na zmiany cywilizacyjne.⁸ U początków zainteresowania zagadnieniem „jakości życia” w naukach medycznych, rozwiniętego w latach 70. XX w., spoczywa założenie, że przedmiotem badań będą determinanty jakości życia, które są bezpośrednio związane ze zdrowiem: stąd określenie „jakość życia zależna od stanu zdrowia” (*health-related quality of life*, HRQOL). Zdaniem B. Tobiasz-Adamczyk, podstawy teoretyczne analiz problematyki jakości życia w medycynie opierają się na wielowymiarowej koncepcji zdrowia WHO, obejmującej pięć różnych koncepcji zdrowia, z uwzględnieniem zdrowia fizycznego, psychicznego, społecznego funkcjonowania, pełnienia ról i ogólnego dobrostanu. W ujęciu jakości życia przyjętym przez WHO z roku 1995 (WHOQOL GROUP), cytowanym przez tę autorkę, jakością życia to „kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, a także relacji ze środowiskiem i osobistych wierzeń i przekonań”.⁹ Intensyfikacja badań nad problematyką jakości życia w medycynie miała miejsce w latach 90. XX w., kiedy dokonał się znaczący postęp zarówno w konceptualizacji zdrowia, jak i w metodologii pomiaru zdrowia za pomocą standaryzowanych kwestionariuszy surveyowych. W tym okresie miały miejsce intensywne dyskusje nad problematyką przekładów narzędzi badaw-

⁶ R. Lazarus, *Paradygmat stresu i radzenia sobie*, przekł. B. Łapiński, „Nowiny Psychologiczne” 1986, nr 3–4, s. 2–39.

⁷ *Ibidem*.

⁸ B. Tobiasz-Adamczyk, *Jakość życia w naukach społecznych i medycynie*, „Sztuka Leczenia” 1996, nr 2, s. 33–40.

⁹ Ead., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Kraków 2000, s. 239 i n. Zob. także: ead., *Jakość życia...*, s. 33–40.

czych do oceny jakości życia, ich standaryzacji i adaptacji transkulturowej. Obecnie funkcjonuje na gruncie nauk medycznych wiele narzędzi badawczych do oceny jakości życia, skonstruowanych na podstawie wielu różnych koncepcji zdrowia, w tym m.in. ujmujących zdrowie w kategoriach funkcjonalnych (co ludzie mogą robić) (*functioning*), w kategoriach samopoczucia (*well-being*), a także w kategoriach samooceny stanu zdrowia (*self-rated health*). Jednym z najczęściej stosowanych na świecie narzędzi do oceny jakości życia jest kwestionariusz „The MOS 36-item Short-Form Health Survey”, w skrócie „SF-36™ Health Survey”, skonstruowany na podstawie ośmiu różnych operacyjnych definicji zdrowia, wyłonionych spośród wielu innych badanych w ramach programu Medical Outcomes Study (MOS). Realizacja przekładów kwestionariusza SF-36, ich walidacja i normalizacja w wielu krajach świata (według danych z roku 1998 w 45 krajach, w tym w Polsce), koordynowana i nadzorowana jest w ramach zainicjowanego w roku 1991 International Quality of Life Assessment Project (IQOLA).

Opierając się na założeniu, według którego stan zdrowia i jakość życia, opisująca ten parametr w ujęciu subiektywnym, są istotnymi wskaźnikami efektywności radzenia sobie ze stresem, za cel pracy obrano próbę przeprowadzenia analizy jakości życia studentów w kontekście stylu radzenia sobie ze stresem. Podjęcie tematyki radzenia sobie ze stresem stanowi w pewnym sensie kontynuację badań realizowanych w ramach programu „Uczelnia promująca zdrowie” w latach 1993–1995 w Akademii Medycznej w Lublinie. Program, zainspirowany danymi opisującymi zły stan zdrowia środowiska studenckiego, miał na celu „ustalenie zależności pomiędzy warunkami studenckiego życia i codziennymi zachowaniami młodzieży a zaburzeniami zdrowotnymi [...] i wprowadzenie w życie optymalnego programu promocji zdrowia”.¹⁰ Wstępny etap realizacji programu stanowiła ankieta audytoryjna przeprowadzona w grupie 3500 studentów pięciu wyższych uczelni Lublina, uwzględniająca blok zagadnień dotyczących stresu. Na pytanie „czy na studiach przeżywasz stres?” blisko 90% badanych studentów odpowiedziało twierdząco i była to jedna z najbardziej jednorodnych i jednoznacznych odpowiedzi, jaką uzyskano w badaniach.¹¹ Stwierdzono również, że studenci wykazują wysoką świadomość związku pomiędzy stresem a zdrowiem: zdecydowana większość badanych (75%) uważała, że stres istotnie negatywnie wpływa na zdrowie. Z uwagi na fakt, iż kategoria radzenia sobie ze stresem nie była w cytowanym programie przedmiotem szerszej i pogłębionej eksploracji, podjęto w niniejszej pracy próbę pomiaru tej kategorii badawczej za pomocą standaryzowanego narzędzia. Testowano główną hipotezę

¹⁰ M. K. Klamut, *Wstęp*, [w:] Z. Kawczyńska-Butrym [red.], *Uczelnia promująca zdrowie*, Lublin 1995, s. 11–16.

¹¹ W. Piątkowski, *Stres i formy jego przezwyciężania – aktywność fizyczna i wypoczynek* [w:] Z. Kawczyńska-Butrym [red.], *op. cit.*, s. 55–79.

badawczą, że strategie i sposoby radzenia sobie ze stresem wiążą się z jakością życia studentów. Ten główny problem badawczy stanowił punkt wyjścia do opisanego jakości życia i stylu radzenia sobie ze stresem wśród studentów różnych kierunków studiów, a także zbadania powiązań między tymi kategoriami a wybranymi cechami socjodemograficznymi opisującymi badaną grupę.

GRUPA BADANA I METODYKA

Badaniami objęto 173 studentów wybranych kierunków medycznych i humanistycznych, w tym 129 kobiet i 44 mężczyzn, wiek średni – 21,5, min. – 18 lat, max. – 38, odchylenie standardowe 2,8. Osoby w stanie cywilnym wolnym stanowiły 91,32% badanych. Badaniami objęto 119 studentów Akademii Medycznej (69% badanych), w tym z kierunków analityka – 23 osoby, wydział lekarski – 57 osób, farmacja – 39 osób, oraz 54 studentów uniwersytetu (31% badanych), w tym socjologia dzienna – 21 osób, socjologia zaoczna – 19 osób, filozofia – 14 osób. Rozkład badanej grupy ze względu na rok studiów przedstawia się następująco: rok pierwszy – 62 osoby, drugi – 58 osób, trzeci – 24 osoby, czwarty – 27 osób i piąty – 2 osoby. Szczegółową charakterystykę badanej grupy z uwzględnieniem wybranych cech socjodemograficznych zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy pod względem wybranych cech socjodemograficznych i stanu zdrowia

wiek	średnio min. / max. odch. stand.	21,5 18 / 38 2,8	
płeć	kobiety mężczyźni	129 44	(75%) (25%)
stan cywilny	wolny/wolna żonaty/zamężna	158 15	(91,32%) (8,67%)
uczelnia	Akademia Medyczna, w tym: analityka wydz. Lekarski farmacja Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej – w tym: socjologia st. dzienne socjologia st. zaoczne filozofia	119 23 57 39 54 21 19 14	(69%) (13,29%) (32,94%) (22,54%) (31%) (12,13%) (10,98%) (8,09%)
rok studiów	pierwszy drugi trzeci czwarty piąty	62 58 24 27 2	(35,83%) (33,52%) (13,87%) (15,60%) (1,18%)

pochodzenie	chłopskie	17	(10,05%)
	robotnicze	53	(31,36%)
	rzemieślnicze	10	(5,91%)
	inteligentkie	89	(52,68%)
miejsce stałego zamieszkania	wieś	35	(20,23%)
	miasto do 20 tys.	29	(16,76%)
	miasto 20–100 tys.	39	(22,54%)
	miasto 101–500 tys.	62	(35,83%)
	miasto 501 tys. i więcej mieszk.	8	(4,62%)
dochód	średnio	574 zł	
	0 – 500 zł	84	(55,26%)
	501 – 1000 zł	60	(39,47%)
	1001 – 1500 zł	3	(1,97%)
	1501 – 2000 zł	3	(1,97%)
	2001 – 2500 zł	2	(1,31%)
ocena warunków materialnych	dobrze	63	(36,41%)
	średnio	97	(56,06%)
	złe	12	(6,93%)
choroby przewlekłe	tak	11	(6,35%)
	nie	162	(93,64%)
przyjmowanie leków stale	tak	15	(8,67%)
	nie	158	(91,32%)

Do oceny strategii i sposobów radzenia sobie ze stresem zastosowano Skalę Sposobów Radzenia Sobie ze Stresem S. Folkman i R. Lazarusa (Ways of Coping Checklist), w przekładzie i adaptacji P. Olesia z Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.¹² Skala jest operacjonalizacją relacyjnego ujęcia stresu R. Lazarusa. Składa się z 80 stwierdzeń, opisujących różne sposoby radzenia sobie ze stresem. Każde ze stwierdzeń ma formę zdania twierdzącego z czterema możliwościami odpowiedzi, dotyczącymi tego, jak często osoba badana stosuje dany sposób: nigdy – 0, rzadko – 1, często – 2, bardzo często – 3. Skala zawiera 13 podskal szczegółowych, ujmujących następujące sposoby radzenia sobie ze stresem: 1) opanowanie (Op) – skłonność osoby do rozważnego postępowania i opanowywanie emocji w sytuacji stresowej, 2) poszukiwanie rozwiązania (Ro) – zdolność do aktywnego radzenia sobie ze stresem, 3) mobilizacja do działania (Mo) – stopień, w jakim jednostka mobilizuje się do działania w sytuacji stresowej, 4) poszukiwanie informacji (Pi) – stopień, w jakim jednostka poszukuje informacji o samej sytuacji i sposobach jej rozwiązania, 5) poszukiwanie wsparcia (Ws) – stopień, w jakim jednostka poszukuje wsparcia w środowisku, kiedy znajduje się w stresowej sytu-

¹² P. Oleś, *Kryzys „połowy życia” u mężczyzn. Psychologiczne badania empiryczne*, Lublin 1995, s. 69–72 oraz 233–234. Na zastosowanie skali w badaniach uzyskano zgodę P. Olesia.

acji, 6) rezygnacja i bierność (Rg) – pasywne sposoby radzenia sobie, poprzez rezygnację z wysiłku i bierne oczekiwanie, 7) autoagresja i negatywne emocje (Au) – skłonność osoby do reagowania na sytuację stresową negatywnymi uczuciami skierowanymi ku sobie, jak autoagresja i samoobwinianie się, 8) dezorganizacja i ucieczka od rzeczywistości (De) – tendencje do unikania stresowej konfrontacji oraz do ucieczki od rzeczywistości w związku z dezorganizacją działania pod wpływem stresu, 9) bagatelizowanie (Ba) – skłonność do umniejszania znaczenia i bagatelizowania stresowej sytuacji, 10) kompensowanie (Ko) – skłonność osoby do wynagradzania sobie przykrości związanych ze stresową sytuacją i podejmowania działań, które dają możliwość kompensacji, 11) strategii religijne (Re) – stopień, w jakim osoba odwołuje się do wiary religijnej w radzeniu sobie ze stresem, 12) optymizm (Oo) – skłonność do optymistycznej interpretacji sytuacji stresowej i oczekiwania pozytywnego jej rozwiązania, 13) dojrzewanie (Do) – przekonanie osoby o tym, że trudne, stresowe sytuacje sprzyjają kształtowaniu jej osobowości, nabywaniu doświadczenia i dojrzałości.¹³ Trzy pierwsze sposoby składają się na ogólną strategię zorientowaną problemowo (PFS = Op + Ro + Mo), która obejmuje aktywne metody radzenia sobie ze stresem, natomiast siedem dalszych (EFS = Pi + Ws + Rg + Au + De + Ba + Ko) wchodzi w skład ogólnej strategii zorientowanej emocjonalnie, która polega na redukowaniu emocji, zmniejszaniu przykrego napięcia, a także bierności w sytuacji stresowej. Trzy ostatnie podskale (Re, Oo, Do) nie wchodzi w skład dwóch ogólnych strategii radzenia sobie i rozpatrywane są odrębnie w stosunku do dwóch głównych strategii radzenia sobie. Radzenie sobie ze stresem rozpatrywane było w niniejszej pracy w kategoriach stylu (trwałej dyspozycji)¹⁴: od osób badanych uzyskiwano ocenę tego, jak **na ogół** postępują w stresowej sytuacji. Przyjęto definicję stylu radzenia sobie podaną przez I. Heszen-Niejodek jako „będącego w dyspozycji jednostki i charakterystycznego dla niej zbioru strategii czy sposobów radzenia sobie, z których część uruchamiana jest w procesie radzenia sobie z konkretną konfrontacją stresową”.¹⁵

Do oceny jakości życia zastosowano narzędzie „The MOS 36-item Short-Form Health Survey”, w skrócie SF-36™ Health Survey, w tłumaczeniu M. Jaremy (Inst. Psych. i Neurol., Warszawa).¹⁶ Ten wypełniany przez osoby badane kwestionariusz, składający się z 36 pytań, przeznaczony do badania osób po ukończeniu 14 roku życia, skonstruowany został w USA przez badaczy J. E. Ware oraz

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ K. Wrześniewski, *Pomiar radzenia sobie ze stresem – wybrane zagadnienia*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1996, nr 8–9, s. 34–46.

¹⁵ I. Heszen-Niejodek, *Podstawowe zagadnienia psychologicznej teorii stresu i radzenia sobie*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1996, nr 8–9, s. 7–20.

¹⁶ Narzędzie stosowane było na podstawie licencji International Quality of Life Assessment Project (IQOLA), Boston, Massachusetts, USA uzyskanej przez M. Skrzypka.

C. D. Sherbourne¹⁷ dla celów międzynarodowych badań nad jakością życia. Podskale kwestionariusza reprezentują różne operacyjne definicje zdrowia, z których każda testowana jest odrębnie w stosunku do pozostałych. Są to: 1. podskala – „**funkcjonowanie fizyczne**” (Physical Functioning, PF), ujmująca ograniczenia wydolności wysiłkowej spowodowane stanem zdrowia, 2. podskala – „**ograniczenia w realizacji ról związane ze stanem zdrowia fizycznego**” (Role Functioning – Physical, RP), ujmująca ograniczenia w realizacji codziennych aktywności, w tym zawodowych, spowodowane stanem zdrowia fizycznego, 3. podskala – **ból somatyczny** (Bodily Pain, BP), ujmująca nasilenie bólu somatycznego i jego wpływ na codzienne czynności domowe i zawodowe, 4. podskala – „**ogólna ocena stanu zdrowia**” (General Health Perceptions, GH), ujmująca samoocenę stanu zdrowia, 5. – podskala „**funkcjonowanie społeczne**” (Social Functioning, SF), ujmująca wpływ zdrowia na aktywności społeczne (health-related effects on social activities), 6. podskala – „**ograniczenia w realizacji ról związane z problemami emocjonalnymi**” (Role Functioning–Emotional, RE), 7. podskala – „**ogólne zdrowie psychiczne**” (Mental Health, MH), oparta na samoocenie samopoczucia psychologicznego, 8. – podskala „**witalność**” (Vitality, VT), ujmująca poziom energii i zmęczenia. Wynik łączny w pierwszych czterech podskalach (PF + RP + BP + GH) tworzy sumaryczny wskaźnik „**zdrowie fizyczne**” (Physical Component Summary, PCS), natomiast zliczona suma wyników w pozostałych trzech podskalach (SF + RE + MH + VT) tworzy wskaźnik „**zdrowie psychiczne**” (Mental Component Summary, MCS).

WYNIKI BADAŃ¹⁸

RÓŻNICE W ZAKRESIE JAKOŚCI ŻYCIA I RADZENIA SOBIE ZE STRESEM A RODZAJ UCZELNI

Stwierdzono, że studenci Akademii Medycznej różnią się istotnie od studentów uniwersytetu pod względem ogólnej jakości życia oraz sposobów radzenia sobie ze stresem: studenci uczelni medycznej cechują się niższą jakością życia

¹⁷ J. E. Ware, C. D. Sherbourne, *The MOS 36-item short – form health survey (SF-36)*, „Medical Care” 1992, nr 6, s. 473–483; *How to score the SF-36 health survey*, Medical Outcomes Trust, Boston 1994; J. E. Ware, B. Gandek, *Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project*, „Journal of Clinical Epidemiology” 1998, nr 11, s. 903–912. Zob. także stronę internetową: www.sf-36.com

¹⁸ W obliczeniach statystycznych, po przetestowaniu normalności rozkładu badanych zmiennych (większość zmiennych nie spełniała założenia o normalności), wykorzystano metody nieparametryczne: test U Manna-Whitneya oraz korelację rang R Spearmana. Stosowano również regresję wielokrotną krokową. Obliczenia wykonano za pomocą komputerowego pakietu statystycznego STATISTIKA 5.0. W tekście pracy podano poziomy istotności, przy których zachodziły testowane zależności oraz w wybranych przypadkach wielkość współczynnika korelacji r Spearmana (rS).

w aspekcie psychicznym (MCS SF-36, $p < 0,05$) i rzadziej stosują strategię radzenia sobie zorientowaną problemowo (PFS, $p < 0,05$). Grupa studentów kierunków medycznych wykazuje zróżnicowanie w zakresie sposobów radzenia sobie ze stresem: studenci wydziału lekarskiego istotnie częściej niż studenci pozostałych kierunków medycznych stosują ogólną strategię radzenia sobie skoncentrowaną emocjonalnie (EFS, $p < 0,05$) oraz należące do niej szczegółowe sposoby radzenia sobie, takie jak rezygnacja i bierność (RG, $p < 0,05$) oraz autoagresja i negatywne emocje (AU, $p < 0,05$), a także przejawiają niższy poziom optymizmu (OO, $p < 0,05$).

RÓŻNICE W ZAKRESIE JAKOŚCI ŻYCIA I RADZENIA SOBIE ZE STRESEM A ROK STUDIÓW

Wśród studentów starszych roczników daje się zauważyć tendencję zmian w zakresie radzenia sobie: wzrasta częstość stosowania strategii radzenia sobie zorientowanej problemowo (PFS, $p < 0,05$) oraz należących do niej takich szczegółowych sposobów radzenia sobie, jak opanowanie (OP, $p < 0,05$) i mobilizacja do działania (MO, $p < 0,05$), spada natomiast częstość stosowania strategii emocjonalnej (EFS, $p = 0,01$). Wśród studentów starszych roczników rzadsze jest stosowanie religijnej strategii radzenia sobie (RE, $p < 0,05$), rośnie natomiast poziom optymizmu (OO, $p < 0,01$). W zakresie jakości życia wraz z postępowaniem studiów poprawia się jakość życia w aspekcie psychicznym (MCS SF-36, $p < 0,05$). Biorąc pod uwagę poszczególne podskale, wraz z postępowaniem studiów spada nasilenie dolegliwości bólowych (SF-36 BP, $p = 0,05$), wzrasta witalność (SF-36 VT, $p < 0,05$), poprawia się samoocena zdrowia psychicznego (SF-36 MH, $p = 0,05$), a także poprawie ulega funkcjonowanie fizyczne (SF-36 SF, $p < 0,05$). Opisany powyżej kierunek zmian w zakresie radzenia sobie i jakości życia związany z postępowaniem studiów obserwowano analogicznie w odniesieniu do wieku studentów.

RÓŻNICE W ZAKRESIE JAKOŚCI ŻYCIA I RADZENIA SOBIE ZE STRESEM A PŁEĆ

Stwierdzono istotne różnice w zakresie radzenia sobie i niektórych wskaźników jakości życia zależne od płci. Kobiety istotnie częściej poszukują wsparcia w procesie zmagania się ze stresem (WS, $p = 0,0001$), a także częściej stosują takie, należące do strategii emocjonalnej sposoby radzenia sobie, jak: rezygnacja i bierność (RG, $p = 0,01$), autoagresja i negatywne emocje (AU, $p = 0,01$) oraz kompensowanie (KO, $p = 0,01$), co sprawia, że ogólna strategia skoncentrowana na emocjach jest w tej grupie istotnie częściej wykorzystywana w procesie radzenia sobie (EFS, $p < 0,001$). Biorąc pod uwagę różnice w zakresie jakości życia zależne od płci, w grupie kobiet stwierdzono niższą jakość życia w aspekcie psychicznym (MCS SF-36, $p < 0,05$).

RADZENIE SOBIE ZE STRESEM A JAKOŚĆ ŻYCIA

Wynik łączny w skali SF-36 jest skorelowany na wysokich poziomach istotności ze sposobami radzenia sobie ze stresem. Zaznaczają się w tym względzie znamienne prawidłowości: o ile częstość stosowania strategii emocjonalnej (EFS, $p < 0,0001$, $rS = -0,45$) i należących do niej sposobów szczegółowych (RG, AU, DE, $p < 0,0001$) wiąże się z niższą jakością życia, to częstość stosowania strategii problemowej (PFS, $p < 0,0001$, $rS = 0,38$) i współtworzących ją sposobów szczegółowych (OP, $p < 0,0001$, RO, $p = 0,05$, MO, $p < 0,0001$) związana jest z wyższą jakością życia. Warto odnotować, że zarówno wyższy poziom optymizmu (OO, $p < 0,0001$), jak i tendencja do dojrzewania pod wpływem stresu (DO, $p < 0,01$) wiążą się z wyższą jakością życia. Biorąc pod uwagę jakość życia w aspekcie psychicznym i fizycznym, należy stwierdzić, iż stosowanie emocjonalnej strategii radzenia sobie jest predyktorem niższej jakości życia w obu tych aspektach (odpowiednio dla MCS $p < 0,0001$, $rS = -0,45$ i PCS $p = 0,0001$, $rS = -0,29$), natomiast częstość stosowania problemowej strategii radzenia sobie wiąże się z wyższą jakością życia w obu tych aspektach (odpowiednio dla MCS $p < 0,0001$, $rS = 0,39$ i PCS $p < 0,01$, $rS = 0,21$). Biorąc pod uwagę podskale szczegółowe SF-36, trzeba podkreślić, iż częstość stosowania strategii problemowej (PFS) koreluje dodatnio na wysokim poziomie istotności z jakością życia w takich jej aspektach, jak: ogólna ocena stanu zdrowia (SF-36 GH, $p < 0,01$), witalność, (SF-36 VT, $p < 0,0001$), aktywność społeczna (SF-36 SF, $p < 0,0001$), realizacja codziennych aktywności zależna od stanu emocjonalnego (SF-36 RE, $p < 0,001$), subiektywnie ocenione zdrowie psychiczne (SF-36 MH, $p < 0,0001$), oraz jest dodatnio skorelowana z poziomem codziennej aktywności zależnym od zdrowia fizycznego (SF-36 RP, $p < 0,05$). Odwrotne zależności zaobserwowano w odniesieniu do strategii radzenia sobie ze stresem skoncentrowanej na emocjach (EFS): wszystkie opisane powyżej korelacje mają w odniesieniu do wyniku w skali EFS znak ujemny, co oznacza, że częstość stosowania emocjonalnej strategii radzenia sobie ze stresem wiąże się z niższą jakością życia w wymienionych aspektach.

REGRESJA WIELOKROTNA JAKOŚCI ŻYCIA OCENIONEJ SKALĄ SF-36 WZGLĘDEM SPOSOBÓW RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

Za pomocą analizy regresji wielokrotnej dokonano wyboru podzbioru zmiennych niezależnych najlepiej objaśniających jakość życia ocenioną za pomocą skali SF-36. Uwzględniono trzynaście zmiennych objaśniających – sposobów radzenia sobie ze stresem ocenianych skalą Sposobów Radzenia Sobie ze Stresem S. Folkman i R. Lazarusa. Zastosowano regresję wielokrotną krokową – zmienne niezależne usuwane były z równania regresji w każdym kroku regresji, aż do uzyskania najlepszego równania regresji. Podzbiór zmiennych objaśniają-

cych, które weszły w skład najlepszego równania regresji, przedstawiono w tabeli 2. Równanie miało postać:

$$SF-36 = 117,56 - 0,57 X_1 - 1,05 X_2 + 0,99 X_3$$

Współczynnik determinacji R^2 – stanowiący wskaźnik jakości dopasowania modelu do danych, wyniósł – 0,4821, co oznacza, że 48,21 % zmienności wyniku w skali SF-36 zostało wyjaśnione przez regresję, a 51,79 % pozostało w zmienności resztowej.

Tabela 2. Regresja wielokrotna jakości życia ocenionej skalą SF-36 względem istotnego podzbioru zmiennych niezależnych – sposobów radzenia sobie ze stresem ($R^2=0,4821$ $F^o=11,3$, $p<0,0000$)

zmienne niezależne		współczynnik regresji	t	istotność
stała		117,56		
X_1	AU	-0,57	-1,99	0,04
X_2	DE	-1,05	-3,76	0,0002
X_3	BA	0,99	2,16	0,03

Skróty stosowane w tabeli: AU – autoagresja i negatywne emocje, DE – dezorganizacja i ucieczka od rzeczywistości, BA – bagatelizowanie

Stwierdzono, że częstość stosowania trzech sposobów radzenia sobie ze stresem, należących do strategii emocjonalnej, to jest: autoagresja i negatywne emocje, dezorganizacja i ucieczka od rzeczywistości oraz bagatelizowanie, objaśnia 48% zmienności w zakresie jakości życia studentów.

DYSKUSJA

W badaniach nad radzeniem sobie konieczne jest precyzyjne odróżnienie „radzenia sobie” od „poradzenia sobie”, czyli działania od wyniku tego działania¹⁹, co oznacza postawienie pytania o kryteria oceny efektywności radzenia sobie ze stresem. W literaturze wskazywane są różnorodne kryteria efektywności radzenia sobie, m.in. realizacja podstawowych funkcji radzenia sobie, tj. rozwiązanie problemu oraz poradzenie sobie z emocjami, utrzymanie poczucia dobrostanu (*well-being*), redukcja napięcia i jego wykładników psychofizycznych, utrzymanie normalnego funkcjonowania społecznego, podtrzymanie codziennej aktywności czy pozytywnej samooceny.²⁰ Cytowane kryteria odzwier-

¹⁹ W. Wrześniewski, *op. cit.*

²⁰ D. Włodarczyk, *Efektywność radzenia sobie ze stresem – kryteria oceny i uwarunkowania*, „Sztuka Leczenia” 1998, nr 1, s. 35–41.

ciędlają różne sposoby definiowania zdrowia, co oznacza, że za kluczowe kryterium oceny efektywności radzenia sobie ze stresem uznać można skuteczność ochrony jednostki przed niekorzystnymi dla zdrowia skutkami stresu. Podejście takie zgodne jest ze stanowiskiem wielu badaczy uznających radzenie sobie za kluczowy mediator zależności stres – zdrowie somatyczne i psychiczne. R. Lazarus podaje, że stresu nie można uważać za jedyne źródło nieprzystosowania w takim wymiarze, jak zdrowie fizyczne, gdyż jest ono w równej mierze tyle efektem oddziaływania stresorów i wymagań otoczenia, ile niewłaściwego radzenia sobie. Zdaniem tego badacza, jeżeli chce się powiązać stres z nieprzystosowaniem, należy „skoncentrować uwagę nie tyle na stresorach, ile na poznawczych i zaradczych mechanizmach pośredniczących”.²¹ Zdaniem H. Makowskiej i R. Poprawy, do natychmiastowych efektów radzenia sobie należą m.in. emocje i związane z nimi zmiany fizjologiczne, do odległych natomiast stan zdrowia somatycznego, wobec czego „wpływ stresu na zdrowie musi być rozpatrywany z uwzględnieniem procesu radzenia sobie”.²²

Stwierdzono, że częstość stosowania ogólnej strategii radzenia sobie zorientowanej emocjonalnie i należących do niej szczegółowych sposobów radzenia sobie jest predyktorem niskiej jakości życia studentów, zarówno w wymiarze somatycznym, jak i psychicznym, natomiast częstość stosowania ogólnej strategii radzenia sobie zorientowanej problemowo i należących do niej szczegółowych sposobów radzenia sobie jest predyktorem wysokiej jakości życia studentów, zarówno w wymiarze somatycznym jak i psychicznym, a sposoby radzenia sobie ze stresem, konceptualizowane w ujęciu relacyjnym, należące do strategii radzenia sobie skoncentrowanej na emocjach, objaśniają blisko połowę zmienności w zakresie jakości życia studentów. Odnosząc się do uzyskanych wyników, stwierdzić należy, że w literaturze zaznaczają się poważne rozbieżności dotyczące tego, które ze strategii radzenia sobie są bardziej adaptacyjne dla człowieka. F. Cohen na podstawie metaanalizy 30 różnych badań podaje, że – przyjmując za kryterium adaptacyjności zdrowie fizyczne człowieka – strategie unikowe są korzystniejsze na krótką metę, aktywne zaś działanie i poszukiwanie informacji dają lepsze przystosowanie w dłuższej perspektywie czasowej.²³ P. Oleś podaje, że „na dużym poziomie ogólności [...] strategii zorientowane problemowo są bardziej korzystne od strategii zorientowanych emocjonalnie”, a style radzenia sobie, polegające na wycofywaniu się, zaprzeczaniu czy wypieraniu, nie tylko są mniej skuteczne, ale przyczyniają się do powstawania zabu-

²¹ R. Lazarus, *op. cit.*

²² H. Makowska, R. Poprawa, *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia* [w:] G. Dolińska-Zygmunt [red.], *Elementy psychologii zdrowia*, Wrocław 1996, s. 69–100.

²³ F. Cohen, *Measurement of coping*, [w:] S. V. Kasl, C. L. Cooper [red.], *Stress and health: issues in research methodology*, New York 1987, s. 282–305, Za: P. Oleś, *Zagadnienie stresu, kryzysu i radzenia sobie*.

rzeń zdrowia fizycznego.²⁴ W późniejszej publikacji P. Oleś prezentuje pogląd, że w 98% sytuacji ludzie stosują zarówno strategie zorientowane problemowo, jak i emocjonalnie, oraz że kwestią dyskusyjną jest niższa w kategoriach przystosowawczych wartościowość form radzenia sobie ukierunkowanych na emocje, ponieważ związane z nimi procesy intrapsychiczne mogą znacząco poprawiać funkcjonowanie jednostki w obliczu sytuacji trudnych.²⁵ R. Lazarus podkreśla, że optymalne funkcjonowanie wymaga zastosowania strategii ukierunkowanych na regulację emocji szczególnie w sytuacjach niekontrolowanych, w których nie można zrobić nic lub bardzo niewiele. Według tego badacza, osoby skutecznie radzące sobie stosują strategie zaradcze ukierunkowane zarówno na regulację emocji, jak i na rozwiązanie problemu.²⁶ Zdaniem D. Włodarczyk, aktywne radzenie sobie ukierunkowane na rozwiązanie problemu wiąże się z lepszym przystosowaniem psychologicznym i zdrowotnym, jednak w sytuacjach, których kontrolowanie nie jest możliwe, bardziej przydatne wydają się sposoby skoncentrowane na emocjach.²⁷ G. Dolińska-Zygmunt podaje, że obecny stan badań nie pozwala na jednoznaczne stwierdzenie, czy strategie ucieczkowo-wypierające, a więc skoncentrowane na emocjach, czy też charakteryzujące się czujnością i gotowością do konfrontacji ze stresem, a więc zorientowane problemowo, są korzystniejsze dla zdrowia. Zdaniem tej autorki, najbardziej efektywny i w najmniejszym stopniu zagrażający zdrowiu jest elastyczny styl radzenia sobie, polegający na stosowaniu różnych strategii w zależności od czynników sytuacyjnych i rodzaju stresowej transakcji.²⁸

Stwierdzono istotne zróżnicowanie w zakresie radzenia sobie i jakości życia pomiędzy studentami różnych kierunków studiów: studenci kierunków medycznych wykazują niższą jakość życia w wymiarze psychicznym w porównaniu do studentów uniwersytetu, co może wiązać się z rzadszym stosowaniem przez studentów kierunków medycznych strategii radzenia sobie zorientowanej problemowo. W cytowanych wyżej badaniach zrealizowanych w ramach programu „Uczelnia promująca zdrowie” stwierdzono, że studenci Akademii Medycznej deklarowali najwyższy spośród pozostałych uczelni lubelskich poziom stresu, upatrując jego źródeł w mechanizmach działania samej uczelni, w stresorodnym systemie egzaminów, zaliczeń i kolokwii oraz w zbyt dużym obciążeniu nauką.²⁹ W świetle cytowanego piśmiennictwa nie można wykluczyć, że wysoki poziom obciążenia stresem związanym ze strukturą i programem studiów, a więc

²⁴ P. Oleś, *Zagadnienie stresu, kryzysu i radzenia sobie*.

²⁵ Id., *Z problematyki interwencji kryzysowej i radzenia sobie ze stresem*.

²⁶ R. Lazarus, *op. cit.*

²⁷ D. Włodarczyk, *op. cit.*

²⁸ G. Dolińska-Zygmunt, *Psychologiczne uwarunkowania podatności na choroby*, [w:] G. Dolińska-Zygmunt [red.], *op. cit.*, s. 137–157.

²⁹ W. Piątkowski, *Stres i formy jego przezwyciężania...*

słabo poddającym się kontroli, wymusza w tej grupie stosowanie strategii radzenia sobie umożliwiającej regulację emocji, która okazuje się mieć małą wartość adaptacyjną, jeśli wziąć pod uwagę jakość życia studentów. Stwierdzono również, że płeć jest czynnikiem różnicującym sposoby radzenia sobie ze stresem i jakość życia: kobiety częściej stosują ogólną strategię zorientowaną emocjonalnie, wykazują również niższą jakość życia w aspekcie psychicznym. Sposoby radzenia sobie studentów zmieniają się z wiekiem i postępowaniem studiów: zarysowuje się w tym względzie tendencja do częstszego stosowania strategii problemowej radzenia sobie, co może wiązać się z zaobserwowaną poprawą jakości życia w wymiarze psychicznym. Porównania sposobów percepcji stresu i radzenia sobie u studentów poszczególnych lat studiów dokonano w cytowanych badaniach z roku 1995, w świetle których studenci II i IV roku studiów nie różnili się istotnie pod względem subiektywnej oceny poziomu stresu i efektywności radzenia sobie (w badaniach pytano o poziom radzenia sobie).³⁰ Uzyskane w ramach niniejszych badań wyniki uzupełniają te dane, wskazując, że podobnie oceniana efektywność radzenia sobie może być wynikiem skrajnie odmiennych strategii copingu, stosowanych przez studentów początkowych i końcowych lat studiów, na co wskazywać może dokonująca się w miarę postępu studiów ewolucja stylu radzenia sobie ze stresem w kierunku częstszego stosowania przez studentów bardziej adaptacyjnej problemowej strategii radzenia sobie.

Podsumowując, stwierdzić należy, że w ramach przyjętego modelu badawczego nie jest możliwe rozstrzygnięcie o kierunku oddziaływania w ramach zależności radzenie sobie ukierunkowane na emocje – niska jakość życia czy też radzenie sobie ukierunkowane na problem – wysoka jakość życia, ani też o istnieniu w tym względzie związku przyczynowo-skutkowego. Opierając się na uzyskanych wynikach i traktując jakość życia jako kryterium przystosowania, nie można jednak – jak się wydaje – uznać wzoru radzenia sobie ze stresem ukierunkowanego na emocje za adaptacyjny.

SUMMARY

The objective of this study was to determine if the ways of coping are associated with quality of life in medical, sociology and philosophy students (n=173, female – 29, mean age 21.5). **Methods.** Subjects were approached with self-administered questionnaires. Ways and strategies of coping were assessed with the “Ways of Coping Checklist” translated and adapted by P. Oleś. Quality of life assessment was made by means of the “SF-36 Health Survey”, under agreement from International Quality of Life Assessment Project (IQOLA). **Results.** Emotion-focus coping strategy was inversely correlated with the total SF-36 score (p. < 0.001) while problem-focus strategy positively

³⁰ *Ibidem.*

correlated with quality of life ($p. < 0.001$). Essential differences of quality of life depending on the year and type of studies were found, i.a. university students in comparison with medical ones more frequently used problem-focus coping strategy ($p. = 0.02$) and show a higher quality of life score in the mental aspect ($p. = 0.003$). Conclusions. Strategies of coping have an important measurable impact on quality of life scores in students: problem-focus strategy predicts a higher quality of life while emotion-focus strategy predicts a lower quality of life. The results obtained will be discussed on the basis of Lazarus and Folkman stress theory, where quality of life will be conceptualized as a measure of adaptation.