

**Agnieszka Kulik**

Katedra Psychologii Klinicznej  
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

## **KONDYCJA BIOPSYCHOSPOŁECZNA NASTOLATKÓW A POCZUCIE KOHERENCJI I STRATEGIE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM**

### **ADOLESCENTS' BIOPSYCHOSOCIAL HEALTH, SENSE OF COHERENCE AND COPING WITH STRESS**

**Summary.** Literature of object pays attention on increasing different dysfunction and disturbances of health among adolescents. From 4% for 50% of young people tell that their functioning worse in different areas of lives. Research in schools indicates on 80% young people experiencing school stress. The aim of analyses is to evaluation the link between sense of coherence and biopsychosocial health and to show determinants. There were examined 381 young people (221 females and 160 males) aged 16-18. It was used the following measures: the Polish modification of Cumulative Fatigue Questionnaire by R. Kosugo, Sense of Coherence Questionnaire by A. Antonovsky and Stress Coping Inventory by W. Janke, G. Erdmann, W. Boucsein. Results show negative statistically important relationship of sense of coherence with increasing health dysfunction and link between health dysfunction and coping with stress too.

### **Wprowadzenie**

W naukach zajmujących się człowiekiem sposób rozumienia osoby i jej problemów oparty jest często na paradygmacie biopsychospołecznym (Engel, 1980). Zakłada on, że jednostka jako żywy system stanowi niepodzielną całość złożoną z wzajemnie zależnych podsystemów (czynników): biologicznego, psychicznego i społecznego. Systemy te tworzą określoną hierarchię i pozostają w stanie dynamicznej równowagi dzięki wymianie informacji. Wzajemne wpływy czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych są bardzo złożone i tworzą niepowtarzalny układ interakcji. Jednocześnie człowiek, pozostając pełnym systemem, wchodzi jako podsystem w skład szerszych systemów: rodziny, społeczności, narodu itd. Rozumienie zdrowia fizycznego w tym paradygmacie oznacza uznanie wpływu czynników psychicznych i społecznych na powstawanie i rozwój dysfunkcji somatycznych, a także – w odniesieniu do zdrowia

---

Adres do korespondencji: Agnieszka Kulik, e-mail, [akulik@kul.lublin.pl](mailto:akulik@kul.lublin.pl)

psychicznego – uwzględnienie stanu fizjologicznego i uwarunkowań środowiskowych na problemy natury psychicznej.

Istotną rolę w tym modelu przypisuje się sytuacji społecznej, w jakiej znajduje się osoba, z tego względu, że uczestniczy ona w określonej grupie społecznej i podziela z nią jej doświadczenie. Choroba nie jest tylko sprawą indywidualną, lecz także społeczną, ponieważ rodzaj i nasilenie objawów zależą od otoczenia społecznego i jego przyzwolenia, a subiektywne doświadczenie stanu choroby/zdrowia zmienia się w zależności od natury i rodzaju wydarzeń, przyjęcia określonej koncepcji poprawności kulturowej, społecznej i politycznej (Rotholz, 2002). Jednocześnie tempo zmian w kategoriach poprawności, dostępność różnych możliwości wyboru rozwiązania stwarza prawdopodobieństwo przyjęcia postawy, według innych niewłaściwej. Rodzi to niepokój o własny status na drabinie społecznej.

Niepokój ten szczególnie dotyka ludzi młodych, stojących przed wyborem swojego miejsca w społeczeństwie, podejmujących ważne życiowe decyzje, a także wchodzących w okres dorastania. Wiek dorastania jest ze swej natury okresem dynamizmu zmian, podejmowania nowych zadań i ról oraz sytuacji, w których nastolatek kształtuje swoją tożsamość. Nastolatek, nie mając własnego doświadczenia w rozwiązywaniu problemów, korzysta z proponowanych, wypracowanych przez ponowoczesne społeczeństwo wzorców. Cechą tych propozycji jest zmienność, tymczasowość, poszukiwanie przyjemności, zanik trwałych związków (Bauman, 1993). W konsekwencji na stresory wieku dorastania nakładają się stresory tła, co stwarza sytuację braku poczucia kontroli. Skutkiem długotrwałego oddziaływania takich stresorów jest m.in. spadek kondycji biopsychosocjalnej u nastolatków.

Według danych polskich 15-20% dzieci i młodzieży wymaga specjalistycznej opieki ze względu na stan zdrowia (Woynarowska, Pułtorak, 1994). W badaniach populacji warszawskich nastolatków ujawniono, że około 43% badanych doświadcza złego samopoczucia (Czabała i in., 2005). Inne badania wskazują na występowanie różnych dolegliwości bólowych u ponad 50% nastolatków (Bolanowski i in., 2004). W badaniach Kulik i Szewczyka (2004), co trzeci nastolatek ma złe samopoczucie, co dziesiąty zgłasza różne dolegliwości somatyczne, przy czym więcej skarg występuje wśród dziewcząt niż chłopców. Wśród niemieckich nastolatków w wieku 12-17 lat najczęściej występują zaburzenia psychosomatyczne (46%) i choroby chroniczne (29%) (Rainer, Reiner, 2004).

Około 30% badanych nastolatków (gimnazjalistów) ujawnia zakłócenia kondycji psychicznej, a u około 11-13% występują poważne problemy psychiczne (Czabała i in., 2005). Zaobserwowano znaczne nasilenie problemów u dziewcząt w porównaniu z chłopcami (Dumont i in., 2000; Rola, 2005). Wśród najczęściej występujących trudności psychicznych wymieniane są w literaturze objawy lękowe i depresyjne (około 4-21%), myśli samobójcze (około 21%) (Hetland i in., 2001; Czabała i in., 2005). Według Kulik i Szewczyka (2004) co trzeci nastolatek ujawnia skłonności agresywne, co czwarty tendencje neurotyczne, co piąty tendencje subdepresyjne. Wysokiemu nasileniu lęku, zwłaszcza u dziewcząt, towarzyszy wysoki poziom agresywności (Borecka-Biernat, Węglowska-Rzepa, 2000).

Według badań prowadzonych przez Woynarowską (1998) 11% nastolatków czuje się samotnymi, a co piąty ma trudności w relacjach z rówieśnikami; sytuacja dziewcząt jest w tym aspekcie gorsza niż chłopców. Badania Kulik i Szewczyka (2004) pokazują, że około 25% nastolatków ma problemy w szkole. Różańska-Kowal (2004) podaje nawet wskaźnik 80% uczniów, dla których szkoła jest głównym źródłem stresu.

Zasygnalizowany rozmiar trudności psychospołecznych i symptomów fizjologicznych u nastolatków wskazuje nie tylko na pogorszenie kondycji biopsychospołecznej, ale także skłania do poszukiwania uwarunkowań takiej sytuacji. W powszechnym przekonaniu funkcjonuje teza, że ten mniej choruje, kto jest bardziej odporny na różne stresujące wydarzenia. Odporność ta może być rozumiana dwojako: osoba ma odpowiednie predyspozycje uodparniające na stres albo umie sobie ze stresem poradzić. Stąd koncepcje dyspozycji i radzenia sobie włączono w poszukiwania uwarunkowań kondycji biopsychospołecznej u nastolatków.

Wśród dyspozycji wspomagających odporność na stres na uwagę zasługuje poczucie koherencji. Według doniesień literatury może pełnić ono funkcję predyktora subiektywnego poczucia zdrowia (Torsheim, Aaroe, Wold, 2001; Kuuppelomäki, Utriainen, 2003; Togari i in., 2008). Poczucie koherencji jest ogólną (globalną) orientacją osoby względem świata (Antonovsky, 1995). Wyraża się w przekonaniu, że: 1) bodźce napływające ze środowiska mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytlumaczalny, co umożliwi kontrolę poznawczą nad swoim otoczeniem, 2) osoba posiada odpowiednie zasoby, które pozwolą jej sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce, co daje możliwość indywidualnego radzenia sobie, 3) wymagania te są warte wysiłku, co motywuje osobę do zaangażowania, 4) zaangażowanie to dotyczy konkretnych, istotnych sfer życia. Poczucie koherencji konstytuują trzy dyspozycje: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności i poczucie sensowności.

Poczucie koherencji wyrasta z indywidualnego doświadczenia i ujawnia związek z okresem życia. Wyniki badań Mroziak (1994) wskazują na poczucie sensowności jako najbardziej diagnostycznego składnika poczucia koherencji w okresie późnej adolescencji. Obserwuje się także różnice związane z płcią. U dziewcząt w wieku 13-22 lat stwierdza się niższy poziom poczucia koherencji niż u chłopców, różnice ujawniają się zwłaszcza w okresie 15-17 lat (Räty i in., 2005).

Poczucie koherencji pełni różne funkcje. U nastolatków wyższe poczucie koherencji wiąże się z bardziej pozytywną oceną zdrowia (Zwoliński, 1997; Bergh i in., 2006; Jellesma i in., 2006), mniejszym nasileniem trudności psychicznych (Jorgensen, Frankowski, Carey, 1999; Kuuppelomäki, Utriainen, 2003), lepszą adaptacją do niepomyślnych wydarzeń (Surtees, Wainwright, Khaw, 2006).

Poczucie koherencji określane jest w literaturze jako bufor stresowy. Badania nastolatków (Jorgensen, Frankowski, Carey, 1999; Torsheim, Aroe, Wold, 2001) nie potwierdzają bezpośredniego związku poczucia koherencji ze stresowymi wydarzeniami życiowymi. Wskazują jednak, że jest istotnym czynnikiem pośrednim w procesie radzenia sobie ze stresem, przez: 1) udział na etapie oceny rodzaju i siły wydarzenia (Jelonkiewicz, 1994; Antonovsky, 1995), 2) uruchamianie mechanizmów radzenia sobie (Kosińska-Dec, Jelonkiewicz, 1997), 3) związek z cechami osobowości, np. niską wrażliwością, dużą odpornością emocjonalną oraz wysoką aktywnością (Łosiak,

2008), sumiennością, ugodowością, wewnętrzną integracją (Räty i in., 2005; Jellesma i in., 2006; Julkunen, Ahlström, 2006). Poczucie koherencji, przez osłabianie wpływu stresora na osobę i/lub uruchamianie innych zasobów do radzenia sobie, przyczynia się do pomniejszenia rozmiaru skutków stresopochodnych dla kondycji zdrowotnej. Im większe zasoby, tym lepsze zdrowie u nastolatków (Kosińska-Dec, Jelonkiewicz, 2004).

Istotnym elementem w procesie pogarszania się kondycji biopsychospołecznej nastolatków jest nieskuteczne radzenie sobie z problemami. Aktywność podejmowana przez osobę w celu przezwyciężenia trudności określana jest jako radzenie sobie ze stresem. Jest ona wynikiem oceny sytuacji pod kątem znaczenia dla osoby, posiadanych możliwości (zasobów), przewidywanych skutków. Może pełnić różne funkcje: zmierzać do rozwiązania problemu, dążyć do regulacji pobudzenia emocjonalnego, koncentrować wysiłki na unikaniu problemu (ucieczce), poszukiwać wsparcia społecznego (Heszen, Sęk, 2007). Aktywność tę występującą jako ciąg spójnych powtarzających się w zachowaniu osoby sposobów działania, czyli utrwalony wzorzec reakcji, można określić jako strategię. Strategie radzenia sobie są takie same niezależnie od wieku, natomiast występują różnice w zakresie ich preferencji – wraz z wiekiem wzrasta koncentracja na rozwiązaniu zadania i zmniejsza się dążenie do unikania (Amirkhan, Auyeung, 2007). Istotna jest także rola płci. Dziewczeta różnią się od chłopców w wyborze strategii, ale nie są to zależności prostoliniowe (Hampel, Petermann, 2006).

Na efektywność radzenia sobie ze stresem u nastolatków wpływa złożoność i zróżnicowanie posiadanych zasobów, czyli tego, z czego nastolatki korzystają, by poradzić sobie ze stresem. Im większe bogactwo i różnorodność dostępnych zasobów, tym lepsze radzenie sobie. Skuteczność radzenia sobie ze stresem u młodzieży zależy nie tylko od posiadanych zasobów, ale także od rodzaju stresu, a przede wszystkim od wzajemnego dopasowania zasobów i rodzaju stresu oraz wyboru adekwatnych form radzenia sobie (Utsey, Giesbrecht, 2008). Brak spójności między zasobami, rodzajem stresu i strategiami radzenia pociąga za sobą brak oczekiwanych efektów, w konsekwencji nasila doświadczanie stresu i jego skutków. Stąd pogorszenie się różnych wymiarów kondycji zdrowotnej u nastolatków powinno być wyjaśnianie przez różną konfigurację zasobów i strategii radzenia sobie (Kosińska-Dec, Jelonkiewicz, 2004).

Celem prezentowanych badań jest: 1) określenie związku poczucia koherencji z różnymi wymiarami zdrowia/choroby (biologiczne, psychiczne, społeczne), 2) określenie związku między radzeniem sobie a różnymi wymiarami zdrowia/choroby, 3) określenie determinant kondycji somatycznej, psychicznej i społecznej u nastolatków.

Sformułowano następujące hipotezy badawcze:

- 1) dziewczęta w porównaniu z chłopcami gorzej oceniają swoje zdrowie biopsychospołeczne;
- 2) nieskuteczne strategie radzenia sobie nasilają zaburzenia w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej u nastolatków;
- 3) poczucie koherencji i jego wymiary (rozumiałość, zaradność, sensowność) wiążą się z kondycją zdrowotną u nastolatków w taki sposób, że: a) pozwalają na przewidywanie kondycji somatycznej, psychicznej i społecznej oraz b) wpływają na kondycję zdrowotną, zmniejszając skutki nieadaptacyjnego radzenia sobie ze stresem.

W pracy przyjęto następujące założenia:

- 1) percepcja swojego funkcjonowania, podobnie jak obiektywna ocena, może być dobrym wskaźnikiem zdrowia/choroby;
- 2) zaburzenia sfery somatycznej określane są przez nasilenie skarg somatycznych;
- 3) zaburzenia sfery psychicznej określane są przez nasilenie objawów lękowych, depresyjnych i agresywnych;
- 4) zaburzenia sfery społecznej określane są w terminach trudności z nauką i szkołą (nauczycielami, rówieśnikami).

## Metoda

### Osoby badane

Przebadano 381 osób, uczniów szkół ponadgimnazjalnych (323 z liceum, 58 z technikum) w wieku 16-18 lat. W grupie było 160 chłopców i 221 dziewcząt.

### Narzędzia

**Kwestionariusz do Badania Zmęczenia R. Kosugo**, w polskiej adaptacji Kulik i Szewczyka (2005), zastosowano do pomiaru objawów kondycji biopsychospołecznej u nastolatków.

Narzędzie składa się z 59 zdań, dotyczących wystąpienia różnych objawów psychicznych (osłabienie witalności z elementami subdepresyjnymi, przeciążenie psychiczne z elementami agresywności, niepokój o swoje możliwości), somatycznych (ogólne samopoczucie, symptomy fizjologiczne) i społecznych (zniechęcenie nauką i szkołą) zdrowia/choroby w okresie ostatnich sześciu miesięcy. Badany ustosunkowuje się do twierdzenia, wybierając jedną z trzech odpowiedzi: nigdy (wartość 0), czasem (wartość 1), często (wartość 2). Zakres możliwych wyników dla poszczególnych skal mieści się w przedziale 0-20, z wyjątkiem skali symptomów fizjologicznych, dla której zakres możliwych wyników wynosi 0-18.

Metoda posiada dobre wskaźniki psychometryczne. Współczynnik zgodności wewnętrznej dla twierdzeń wynosi 0,94. Korelacje między skalami mieszczą się w granicach od 0,56 do 0,77, za wyjątkiem skali zniechęcenia nauką i szkołą (0,34 do 0,54). Normy dla osób w wieku 13-19 lat, uwzględniające wiek i płeć mają charakter tymczasowy i służą oszacowaniu wyników w celach orientacyjnych.

**Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC-29** (*Sense of Coherence Questionnaire* zwany też *Orietation to Life Questionnaire*) A. Antonovsky'ego, w wersji polskiej (Koniarek i in., 1993), wykorzystano do pomiaru poczucia koherencji.

Kwestionariusz zawiera 29 twierdzeń odnoszących się do różnych aspektów życia. Badany udziela odpowiedzi, wybierając jedną z możliwych odpowiedzi od 1 (skrajnie negatywna) do 7 (skrajnie pozytywna). Odpowiedzi są według odpowiedniego klucza przeliczane na wynik ogólny oraz skale: poczucie zrozumiałości (PZR), poczucie zaradności (PZ), poczucie sensowności (PS). Odwróconą punktację ma 13 twierdzeń.

Metoda pozwala na obliczenie takich wskaźników, jak: ogólne poczucie koherencji (zakres wyników 29-203), poczucie zaradności (zakres wyników 1-70), poczucie zrozumiałości (zakres wyników 1-77), poczucie sensowności (zakres wyników 1-56).

Metoda posiada zadowalające współczynniki psychometryczne (Koniarek i in., 1993; Kulik, 2010). Wskaźniki podawane w literaturze wahają się od 0,68 do 0,92 i są porównywalne z badaniami własnymi wśród młodzieży (0,69-0,86). Współczynniki wewnętrznej zgodności  $\alpha$ -Cronbacha w badaniach własnych na grupie młodzieży osiągają wskaźniki od 0,69 do 0,87. Dane te pozwalają zastosować narzędzie do pomiaru poczucia koherencji dla dorosłych, pomiaru dyspozycji u nastolatków, podobnie jak w badaniach Hagquista i Andricha (2004).

**Kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem** W. Janke, G. Erdmann, W. Boucsein, funkcjonujący w polskiej wersji jako Kwestionariusz Sposobów Opracowania Stre-su – KSOS, przeznaczony jest do pomiaru specyficznych sposobów radzenia sobie ze stresem (Januszewska, 2005).

Kwestionariusz SVF zawiera 114 twierdzeń, za pomocą których osoba badana określa jak często zachowuje się w określony sposób w sytuacji stresu. Badany ustosunkowuje się do każdej z propozycji, wybierając jedną z możliwych odpowiedzi: nigdy, rzadko, czasami, często, zawsze. Odpowiedziom przypisane są określone wartości od 0 do 4. Wynik jest sumą uzyskanych punktów surowych w każdej ze skal. Poszczególne twierdzenia przyporządkowane są według odpowiedniego klucza jednej z 19 skal. Maksymalny zakres wyników w skali to 0-24. Skale tworzą cztery strategie: zadaniową, emocjonalną, syntoksyczną (współdziałanie z innymi) i ucieczkową.

Narzędzie posiada porównywalne z wersją podstawową walory statystyczne (Januszewska, 2005).

## **Wyniki badań**

Wyniki przeanalizowano pod kątem oceny kondycji biopsychofizycznej nastolatków, związku strategii radzenia sobie i poczucia koherencji z objawami zakłóceń zdrowia biopsychospołecznego oraz uwarunkowań tych zakłóceń.

### **Kondycja biopsychospołeczna nastolatków**

Na podstawie przesłanek o zróżnicowanej percepcji zdrowia w zależności od płci, analizy przeprowadzono oddzielnie dla dziewcząt i chłopców. Do oceny nasilenia wartości określających kondycję zdrowotną zastosowano średnią i odchylenie standardowe. Istotność różnic między średnimi uzyskanymi przez dziewczęta i chłopców obliczono za pomocą testu *t*-Studenta. Wyniki obrazujące kondycje biopsychospołeczną nastolatków pokazuje tabela 1.

Tabela 1. Wartości średnie i odchylenia standardowe dotyczące wymiarów kondycji zdrowotnej u nastolatków ze względu na płeć

Zespoły objawów kondycji zdrowotnej	Dziewczęta <i>N</i> = 221		Chłopcy <i>N</i> = 160		Istotność różnic <i>p</i> <
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
	Kondycja biologiczna				
Ogólne samopoczucie	11,07	4,65	8,26	4,60	0,001
Objawy fizjologiczne	6,66	3,87	4,52	3,31	0,001
	Kondycja psychiczna				
Oslabienie witalności	9,85	4,15	6,88	3,85	0,001
Przeciążenie	11,21	4,20	7,29	3,84	0,001
Niepokój	10,84	3,80	7,19	3,88	0,001
	Kondycja społeczna				
Zniechęcenie	9,14	5,04	7,21	4,15	0,001

Na podstawie wyników zamieszczonych w tabeli 1 można stwierdzić, że u dziewcząt wszystkie wyniki są istotnie statystycznie ( $p < 0,001$ ) wyższe niż u chłopców. Oznacza to, że dziewczęta postrzegają więcej zakłóceń i trudności dotyczących sprawności biopsychospołecznej niż chłopcy. Z analizy profilu wynika, że najwięcej objawów zakłóceń wiąże się u dziewcząt z przeciążeniem psychicznym i ogólnym złym samopoczuciem. U chłopców najbardziej nasilone są objawy złego samopoczucia.

W dalszej części przeanalizowano częstość występowania bardzo wysokich wyników ( $> 75\%$  możliwej wartości) w poszczególnych zespołach objawów. Odpowiednie dane prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Liczebności (*N*; %) nastolatków, u których nasilenie problemów związanych z kondycją zdrowotną jest bardzo wysokie

Zespoły objawów kondycji zdrowotnej	Dziewczęta <i>N</i> = 221		Chłopcy <i>N</i> = 160	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
	Kondycja biologiczna			
Ogólne samopoczucie	43	19,5	12	7,5
Objawy fizjologiczne	11	5,0	2	1,2
	Kondycja psychiczna			
Oslabienie witalności	24	10,9	4	2,5
Przeciążenie	40	18,1	4	2,5
Niepokój	28	12,7	4	2,5
	Kondycja społeczna			
Zniechęcenie	30	13,6	6	3,7

Z wyników zamieszczonych w tabeli 2 wynika, że wśród dziewcząt w porównaniu z chłopcami jest około 2,5 razy więcej osób, które doświadczają złego samopoczucia, około 4 razy więcej osób, które uskarżają się na nasilone dolegliwości bólowe, około 4-5 razy więcej osób, które mają trudności psychiczne i około 3 razy więcej osób z problemami społecznymi.

Ze względu na różnice związane z płcią, w percepcji objawów somatycznych i trudności psychospołecznych dalsze analizy będą prowadzone oddzielnie dla dziewcząt i chłopców.

### Strategie radzenia sobie i poczucie koherencji a objawy zakłóceń zdrowia

Analiza danych zmierza do odpowiedzi na pytanie o związek zmiennych objaśniających (strategie radzenia sobie i poczucie koherencji) ze zmienną objaśnianą (kondycja biopsychospołeczna) u dziewcząt i u chłopców. Do pomiaru związku zmiennych objaśniających ze zmienną objaśnianą zastosowano współczynnik *r*-Pearsona.

Tabela 3. Zależności (*r*-Pearsona) między strategiami radzenia sobie a kondycją biopsychospołeczną u dziewcząt (*N* = 221) i chłopców (*N* = 160)

Zespoły objawów kondycji zdrowotnej	Strategia zadaniowa		Strategia emocjonalna		Strategia syntoksyczna		Strategia ucieczkowa	
	Dz	Ch	Dz	Ch	Dz	Ch	Dz	Ch
Ogólne samopoczucie	-0,18**	0,09	0,43***	0,48***	-0,12	0,15	0,23***	0,17*
Objawy fizjologiczne	-0,10	0,09	0,31***	0,34***	-0,05	0,09	0,27***	0,20*
Oslabienie witalności	-0,25***	0,17*	0,57***	0,65***	-0,19**	0,14	0,20**	0,10
Przeciążenie	-0,22**	0,04	0,59***	0,67***	-0,09	0,21**	0,45***	0,29***
Niepokój	-0,18**	0,10	0,57***	0,70***	-0,01	0,19*	0,15*	0,06
Zniechęcenie	-0,25***	0,11	0,41***	0,39***	-0,16*	0,17*	0,23***	0,27**

\**p* < 0,05; \*\**p* < 0,01; \*\*\**p* < 0,001

Założono, że nieskuteczne strategie radzenia sobie nasilają zaburzenia w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej u nastolatków. Na podstawie wyników zamieszczonych w tabeli 3 można stwierdzić, że u dziewcząt najistotniejsze dodatnie korelacje występują pomiędzy kondycją zdrowotną a strategią emocjonalną. Oznaczają one, że im bardziej dziewczęta próbują sprostać sytuacji stresowej przez koncentrację na emocjach, tym gorsza jest ich kondycja zdrowotna. Istotny, aczkolwiek słabszy jest związek kondycji zdrowotnej ze strategiami ucieczkowymi. Relacje między kondycją biopsychospołeczną a strategią zadaniową zaznaczają się głównie w wymiarze psychicznym i społecznym, mają charakter ujemny i są praktycznie mało znaczące. Strategia syntoksyczna nie ma znaczenia dla kondycji zdrowotnej u dziewcząt.



U chłopców natomiast związek kondycji zdrowotnej i wszystkich analizowanych strategii radzenia sobie ze stresem ma charakter dodatni. Znak dodatni wskazuje, że im większe nasilenie strategii radzenia sobie u chłopców, tym gorsza ich kondycja zdrowotna. Najbardziej znacząca jest jednak korelacja ze strategią emocjonalną. Pozostałe korelacje jakkolwiek są istotne, to mają słabą siłę. Dla kondycji społecznej istotna jest strategia ucieczkowa, dla kondycji psychicznej – strategia syntoksyczna.

Kolejną testowaną hipotezą była zależność między poczuciem koherencji a kondycją biopsychospołeczną (tabela 4).

Tabela 4. Zależności (*r*-Pearsona) między poczuciem koherencji a kondycją biopsychospołeczną u dziewcząt (*N* = 221) i chłopców (*N* = 160)

Zespoły objawów kondycji zdrowotnej	Poczucie koherencji		Poczucie zrozumiałości		Poczucie zaradności		Poczucie sensowności	
	Dz	Ch	Dz	Ch	Dz	Ch	Dz	Ch
Ogólne samopoczucie	-0,57***	-0,49***	-0,42***	-0,34***	-0,51***	-0,46***	-0,49***	-0,43***
Objawy fizjologiczne	-0,44***	-0,39***	-0,29***	-0,26**	-0,44***	-0,38***	-0,35***	-0,34***
Oslabienie witalności	-0,69***	-0,61***	-0,49***	-0,40***	-0,61***	-0,59***	-0,61***	-0,53***
Przeciążenie	-0,64***	-0,60***	-0,51***	-0,39***	-0,57***	-0,60***	-0,51***	-0,50***
Niepokój	-0,64***	-0,61***	-0,52***	-0,44***	-0,63***	-0,64***	-0,43***	-0,45***
Zniechęcenie	-0,64***	-0,41***	-0,39***	-0,30***	-0,57***	-0,35***	-0,62***	-0,39***

\**p* < 0,05; \*\**p* < 0,01; \*\*\* *p* < 0,001

Wszystkie korelacje między poczuciem koherencji a kondycją biopsychospołeczną zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców są ujemne. Ujemny znak współczynnika korelacji wskazuje, że im większe poczucie koherencji, tym lepsza kondycja zdrowotna. U dziewcząt poczucie koherencji koreluje umiarkowanie z kondycją somatyczną, a wysoko z kondycją psychiczną i społeczną. Najsilniejsze relacje występują między zdrowiem psychicznym i społecznym a poczuciem zaradności oraz poczuciem sensowności. U chłopców poczucie koherencji koreluje umiarkowanie z kondycją somatyczną i społeczną, a wysoko z kondycją psychiczną. Najistotniejsze związki dotyczą kondycji psychicznej i poczucia zaradności.

### **Determinanty kondycji biopsychospołecznej u nastolatków**

Analiza zmierza do odpowiedzi na pytanie o to, które zmienne niezależne warunkują występowanie zakłóceń zdrowia somatycznego, psychicznego i społecznego. Z uwagi na różnice związane z płcią w percepcji i ocenie zdrowia wyznaczono oddzielne modele dla chłopców i dziewcząt. Modele określono osobno dla poszczególnych wymiarów kondycji. Do każdego modelu wprowadzono następujące zmienne: poczucie koherencji, strategię zadaniową, strategię emocjonalną, strategię syntoksyczną,

strategię ucieczkową. Współczynnik determinacji i rolę zmiennych objaśniających zmienną objaśnianą, określono na podstawie analizy regresji metodą krokową.

Model dla kondycji biologicznej u dziewcząt i chłopców, jako zmiennej objaśnianej, zawiera tabela 5.

Tabela 5. Determinanty kondycji biologicznej u dziewcząt i chłopców w świetle analizy regresji metodą krokową

Model	<i>B</i>	<i>beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>
Dziewczęta							
Ogólne samopoczucie							
Wartość stała	22,560		11,688	0,001			
Poczucie koherencji	-0,117	-0,550	-9,830	0,001	0,344	57,192	0,000
Strategia ucieczkowa	0,267	0,123	2,201	0,05			
Objawy fizjologiczne							
Wartość stała	12,126		6,965	0,001			
Poczucie koherencji	-0,072	-0,404	-6,664	0,001	0,229	32,445	0,000
Strategia ucieczkowa	0,342	0,190	3,129	0,010			
Chłopcy							
Ogólne samopoczucie							
Wartość stała	14,018		5,023	0,001			
Poczucie koherencji	-0,071	-0,327	-4,093	0,001	0,305	34,493	0,000
Strategia emocjonalna	0,359	0,299	3,737	0,001			
Objawy fizjologiczne							
Wartość stała	10,077		6,341	0,001			
Poczucie koherencji	-0,063	-0,404	-5,661	0,001	0,203	19,976	0,000
Strategia ucieczkowa	0,290	0,223	3,122	0,010			

Z objawami związanymi ze złym samopoczuciem u dziewcząt wiążą się poczucie koherencji i strategia ucieczkowa, u chłopców poczucie koherencji i strategia emocjonalna. Wielkość wyjaśnianej wariancji jest porównywalna w grupie dziewcząt i chłopców (odpowiednio 34% i 30% wariancji). W obu grupach poczucie koherencji i strategia ucieczkowa wyjaśniają w podobnym zakresie objawy fizjologiczne (odpowiednio 23% i 20%). Dane sugerują, że powstawaniu zakłóceń zdrowia somatycznego u nastolatków sprzyja tendencja do uciekania przed rozwiązaniem trudności, u chłopców także istotna jest koncentracja na emocjach. Tendencje te osłabiają poczucie koherencji.

Model dla kondycji psychicznej u dziewcząt i chłopców jako zmiennej objaśnianej, uzyskany za pomocą analizy regresji typu krokowego, zawiera tabela 6.

Tabela 6. Determinanty kondycji psychicznej u dziewcząt i chłopców w świetle analizy regresji metodą krokową

Model	<i>B</i>	<i>beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>
Dziewczęta							
Osłabienie witalności z elementami subdepresyjnymi							
Wartość stała	18,811		9,164	0,001			
Poczucie koherencji	-0,105	-0,551	-9,118	0,001	0,508	112,545	0,000
Strategia emocjonalna	0,277	0,225	3,730	0,001			
Przeciążenie psychiczne							
Wartość stała	11,441		5,419	0,001			
Poczucie koherencji	-0,080	-0,419	-7,318	0,001	0,564	93,498	0,000
Strategia ucieczkowa	0,604	0,309	6,697	0,001			
Strategia emocjonalna	0,329	0,265	4,601	0,001			
Niepokój							
Wartość stała	15,548		7,819	0,001			
Poczucie koherencji	-0,089	-0,509	-7,909	0,001	0,468	65,638	0,000
Strategia emocjonalna	0,297	0,264	4,206	0,001			
Strategia syntoksyczna	0,169	0,134	2,636	0,010			
Chłopcy							
Osłabienie witalności z elementami subdepresyjnymi							
Wartość stała	10,762		5,633	0,001			
Strategia emocjonalna	0,379	0,376	5,315	0,001	0,538	60,647	0,000
Poczucie koherencji	-0,079	-0,431	-6,114	0,001			
Strategia zadaniowa	0,220	0,177	2,947	0,010			
Przeciążenie psychiczne							
Wartość stała	9,590		5,225	0,001			
Strategia emocjonalna	0,449	0,448	6,500	0,001			
Poczucie koherencji	-0,061	-0,337	-4,964	0,001	0,577	52,760	0,000
Strategia ucieczkowa	0,421	0,279	4,328	0,001			
Strategia zadaniowa	-0,182	-0,146	-2,190	0,050			
Niepokój							
Wartość stała	10,048		5,367	0,001			
Strategia emocjonalna	0,523	0,516	8,112	0,001	0,560	100,099	0,000
Poczucie koherencji	-0,060	-0,327	-5,135	0,001			

Z pogorszeniem kondycji psychicznej u nastolatków wiążą się poczucie koherencji i strategia emocjonalna. W grupie dziewcząt istotną rolę wyjaśniającą spełnia strategia ucieczkowa w przypadku objawów przeciążenia i strategia syntoksyczna w przypadku niepokoju. Zmienne te wyjaśniają od 47% do 56% wariancji wyników. U chłopców dodatkowo objawy subdepresyjne wiążą się ze strategią zadaniową, a objawy przeciążenia – ze strategią zadaniową i ucieczkową. Wielkość wyjaśnianej wariancji związanej z objawami subdepresyjnymi i przeciążeniem jest porównywalna z grupą dziewcząt. W przypadku niepokoju obserwuje się u chłopców, w porównaniu z dziewczętami, wzrost wielkości wyjaśnianej wariancji przy zmniejszeniu liczby zmiennych objaśniających (wykluczenie strategii syntoksycznej). Interesująca jest funkcja strategii zadaniowej u chłopców: nasilająca częstość doświadczania objawów subdepresyjnych, osłabiająca częstość doświadczania objawów przeciążeniowych.

Model dla kondycji społecznej u dziewcząt i chłopców jako zmiennej wyjaśnianej, uzyskany za pomocą analizy regresji krokowej, zawiera tabela 7.

Tabela 7. Determinanty kondycji społecznej u dziewcząt i chłopców w świetle analizy regresji metodą krokową

Model	<i>B</i>	<i>beta</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>F</i>	<i>p</i>
Dziewczęta							
Zniechęcenie nauką i szkołą							
Wartość stała	23,865		12,214	0,001			
Poczucie koherencji	-0,144	-0,624	-11,943	0,001	0,423	81,670	0,000
Strategia ucieczkowa	0,259	0,110	2,115	0,05			
Chłopcy							
Zniechęcenie nauką i szkołą							
Wartość stała	13,708		7,096	0,001			
Poczucie koherencji	-0,083	-0,424	-6,141	0,001	0,253	26,522	0,000
Strategia ucieczkowa	0,480	0,294	4,252	0,001			

Z objawami zniechęcenia nauką i szkołą zarówno u dziewcząt, jak i u chłopców wiążą się: poczucie koherencji i strategia ucieczkowa. Oznacza to, że pogorszeniu kondycji społecznej sprzyja strategia ucieczkowa, a poprawia je poczucie koherencji. Procent wyjaśnianej wariancji jest jednak w obu grupach różny: 42% w grupie dziewcząt i 25% w grupie chłopców, co sugeruje większe znaczenie poczucia koherencji i strategii ucieczkowej dla kondycji dziewcząt niż dla kondycji chłopców.

## Dyskusja

Prezentowane badania dotyczą zależności między kondycją biopsychospołeczną nastolatków a poczuciem koherencji i strategiami radzenia sobie z trudnościami.

Uzyskane wyniki wpisują się w funkcjonujące w literaturze przedmiotu analizy o większym nasileniu objawów somatycznych, trudności psychicznych i społecznych u dziewcząt w porównaniu z chłopcami. Z badań Jelonkiewicz i Kosińskiej-Dec (2004) prowadzonych wśród nastolatków w wieku 15-16 lat wynika, że dziewczęta częściej i silniej doświadczają stresu oraz że może się to wiązać z niższym poziomem zasobów. W odniesieniu do badań własnych oznaczałoby to, że niższy poziom poczucia koherencji skutkować może większą wrażliwością na stres, łatwiejszą oceną sytuacji jako stresowej lub rzeczywistym większym rozmiarem doświadczanego stresu u dziewcząt. Subiektywna ocena nasilenia stresu generuje w grupie dziewcząt większy rozmiar i zróżnicowanie zakłóceń kondycji zdrowotnej.

Również nieskuteczne strategie radzenia sobie nasilają zaburzenia w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej u nastolatków. Kwestia ta jednak jest zróżnicowana. W grupie dziewcząt o strategiach nieskutecznych można mówić w kontekście strategii emocjonalnej i ucieczkowej. Strategia zadaniowa pełni funkcje adaptacyjne, a strategia poszukiwania współdziałania z ludźmi nie ma znaczenia. W grupie chłopców wszystkie strategie są nieadaptacyjne, bowiem wiążą się z pogorszeniem kondycji biopsychospołecznej.

Ochronne działanie na kondycję zdrowotną ma u chłopców i dziewcząt poczucie koherencji; zwłaszcza dotyczy to wymiaru psychicznego. Spośród trzech dyspozycji konstytuujących poczucie koherencji najczęściej i z największym ładunkiem znaczeniowym występuje poczucie zaradności. Im większe przekonanie nastolatka, że posiada odpowiednie zasoby, by poradzić sobie z trudnościami, tym lepsza jest jego kondycja biopsychospołeczna.

Założono, że różne wymiary zdrowia mają różną konfigurację zmiennych wyjaśniających. Model zaproponowany do wyjaśniania uwarunkowań kondycji zdrowotnej u dziewcząt i chłopców jest zróżnicowany tylko w części. Konfiguracja poczucia koherencji i strategii ucieczkowej radzenia sobie ze stresem u dziewcząt, która wiąże się z kondycją biologiczną tłumaczy także kondycję społeczną. Podobnie rzecz wygląda w grupie chłopców, chociaż tutaj wyjaśnia mniejszy procent wariacji.

Z badań, które przytaczają Juczyński i Ogińska-Bulik (2009) wynika natomiast, że w sytuacjach związanych ze zdrowiem występuje głównie emocjonalne radzenie sobie z problemem, któremu sprzyja niskie poczucie własnej kompetencji i większe oczekiwanie pomocy z zewnątrz. W przypadku badanych nastolatków niskie poczucie zaradności sprzyja nasileniu dolegliwości somatycznych i złego samopoczucia oraz wiąże się z tendencjami ucieczkowymi. Mimo że nastolatki przyznają zdrowiu istotne znaczenie w hierarchii wartości, to mają tendencje do podejmowania działań ryzykownych czy szkodliwych dla zdrowia (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2006). Siła tych tendencji jest osłabiana, gdy mają dostateczną wiedzę na temat zasobów, którymi dysponują w dbaniu o kondycję zdrowotną.

Kondycja społeczna określana jest w tym badaniu przez odwołanie się do funk-

cjonowania w sytuacji szkoły i nauki. W związku z tym, że o poczuciu koherencji można mówić w kontekście ważnych obszarów funkcjonowania, uzyskane wyniki wydają się sugerować, że jakość funkcjonowania w sytuacji szkoły jest dla dziewcząt wymiarem ważnym społecznie. Wymiar ten tworzą trzy dymensje: ocena postępów w nauce, relacje z rówieśnikami i relacje z nauczycielami. W kontekście kondycji społecznej Juczyński i Ogińska-Bulik (2009) zauważają, że znaczenie ma aktywne rozwiązywanie problemów. Z kolei Pisula (2003) twierdzi, że u dzieci i młodzieży w przypadku stresorów związanych z osiągnięciami w nauce częściej stosowane jest podejście problemowe, a w powiązaniu z relacjami interpersonalnymi częściej występują strategie unikowe. Nastolatki mające większe możliwości osobiste i zewnętrzne częściej korzystają ze sposobów radzenia sobie, zorientowanych na zadaniu niż ze strategii obrony (Borecka-Biernat, 2006).

Według Utsey i Giesbrecht (2008) zasoby mają różny wpływ w zależności od rodzaju stresu. W świetle prezentowanych wyników badań własnych wydaje się, że nie tyle rodzaj stresu, ile jego cechy, np. niekontrolowalność czy ocena sytuacji, np. zagrożenie mogą być wspólnym mianownikiem dla takiej samej konfiguracji zmiennych wyjaśniających różne zmienne.

Wydaje się też, że znaczenie ma fakt, iż tendencje ucieczkowe wyrażają się działaniami, które mają pomóc nastolatkom uniknąć problemu, np. przez sięganie po środki uspokajające, odurzające i inne (Januszewska, 2001). Skutki tych działań widoczne są zarówno w pogorszeniu się relacji rówieśniczych i osiągnięć w nauce, jak i w pogorszeniu się kondycji somatycznej.

Radzenie sobie ze stresem przez ucieczkę (od identyfikacji problemu/od rozwiązania problemu/przed skutkami nierozwiązanego problemu) sugerować może związek z zapotrzebowaniem na stymulację i odwoływać się do czynników biofizjologicznych (np. temperamentu). Według Łosiaka (2008) również około 25% wariacji poczucia koherencji ma związek z tymi czynnikami. Takie podejście sugeruje istnienie czynnika wspólnego dla strategii ucieczkowej, poczucia koherencji i kondycji biologicznej organizmu (procesy biofizjologiczne).

Największe znaczenie model ma dla kondycji psychicznej i tutaj najbardziej jest widoczne zróżnicowanie konfiguracji zmiennych w zależności od płci i rodzaju objawów. Spośród analizowanych zmiennych tylko poczucie koherencji i strategia emocjonalna odgrywają istotną rolę w wyjaśnianiu wszystkich analizowanych przejawów zakłóceń kondycji psychicznej tak u dziewcząt, jak i chłopców. Największy związek ujawnia poczucie koherencji z reakcjami lękowymi i depresyjnymi, w mniejszym stopniu z reakcjami agresywnymi. Reakcje lękowo-depresyjne i agresja występują w modelu stresu jako konsekwencje oceny sytuacji. Poczucie koherencji poprzez wpływ na ocenę sytuacji stresowej działa na aktywację lub dezaktywację pobudzenia emocjonalnego.

Przekonanie nastolatka, że rozumie napływające bodźce, posiada wystarczające zasoby i chęć sprostania trudnej sytuacji sprzyjają postrzeganiu otoczenia jako bezpiecznego, przewidywalnego i sprzyjającego jego zamierzeniom, a tym samym zmniejszają poziom doświadczanego stresu psychologicznego. Natomiast obniżenie umiejętności rozumienia swoich emocji, brak umiejętności adekwatnej ich kontroli

oraz wykorzystania w działaniu wiąże się ze wzrostem emocji negatywnych (Kulik, w druku), co skutkuje nasileniem trudności psychicznych. Z drugiej strony kontrola nad emocjami jest energochłonna i może wyczerpywać zasoby nastolatków. Również doświadczanie porażek w opanowywaniu emocji sprzyja wyczerpaniu. Zarówno brak dostatecznych zasobów, jak i ich wyeksploatowanie czy nieumiejętne wykorzystanie stawia nastolatka w sytuacji większej ekspozycji na stres.

W analizie uzyskanych wyników warto także odwołać się do haseł ponowoczesności, które aktualnie kształtują pogląd na siebie i otaczającą rzeczywistość u nastolatków. Poczucie koherencji wyrasta z doświadczenia, wykazuje silną zależność od jakości środowiska społecznego. Dla jego kształtowania nastolatek potrzebuje spójności doświadczeń, zachowania równowagi między wymaganiami a obciążeniami i udziału w podejmowaniu decyzji oraz ponoszeniu za nie odpowiedzialności. Tymczasem propozycja postmodernistyczna ze swoją tezą o 'wszechmocy' człowieka, powierzchowności zaangażowania i relatywizmie poznawczo-moralnym (Bauman, 1993) prowadzi do frustracji możliwości, co Antonovsky określa zachowaniem 'pijanego boksera, który szybko daje za wygraną'.

W kontekście związku poczucia koherencji z kondycją psychiczną uwagę zwraca niejednoznaczna rola strategii zadaniowej u chłopców – nasila reakcje subdepresyjne, a zmniejsza reakcje przeciążeniowe. Wprawdzie, jak twierdzi Januszewska (2001), korzystanie z tego stylu sprzyja odporności psychicznej, to jednak wydaje się, że ma tylko zastosowanie do reakcji przeciążeniowych. Analogicznie do tezy o wyczerpanych zasobach można by sformułować tezę o procesie wyczerpywania się zasobów energetycznych podczas aktywnych prób realnego rozwiązania problemu. Wymaga to jednak oddzielnych analiz.

Podsumowując uzyskane wyniki można stwierdzić, że rola poczucia koherencji w zachowaniu kondycji biopsychospołecznej wydaje się być bardziej znacząca u dziewcząt niż u chłopców. U chłopców istotne znaczenie ma dla kondycji biologicznej i społecznej, natomiast dla kondycji psychicznej w aspekcie reakcji przeciążeniowych istotniejsza jest strategia radzenia sobie z problemami. Poczucie koherencji wiąże się z kondycją biopsychospołeczną nastolatka przez wpływ na ocenę sytuacji, radzenie sobie, ocenę konsekwencji aktywności, a także aktywizowanie struktur fizjologicznych.

### **Literatura cytowana**

- Antonovsky, A. (1997). Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: I. Heszten-Niejodek, H. Sęk (red.) *Psychologia zdrowia* (s. 206-231). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bauman, Z. (1993). Ponowoczesne wzory osobowe. *Studia Socjologiczne*, 2, 8-31.
- Bergh, H., Baigi, A., Fridlund, B., Marklund, B. (2006). Life events, social support and sense of coherence among frequent attenders in primary health care. *Public Health*, 120, 229-236.
- Bolanowski, W., Kwiatkowski, P., Waszkiewicz, L. (2004). Związek stresu szkolnego z dolegliwościami zdrowotnymi występującymi w szkole u dzieci w wieku 11-13

- lat. *Zdrowie Publiczne*, 4 (114), 498-501.
- Borecka-Biernat, D. (2006). *Strategie radzenia sobie młodzieży w trudnych sytuacjach społecznych. Psychologiczne uwarunkowania*. Wrocław: Wydawnictwo UWr.
- Borecka-Biernat, D., Węglowska-Rzepa, K. (2000). *Zachowanie młodzieży w sytuacji kontaktu społecznego*. Wrocław: Wydawnictwo UWr.
- Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju*. Gdańsk: GWP.
- Czabała, Cz., Brykczyńska, C., Bobrowski, K., Ostaszewski, K. (2005). Problemy zdrowia psychicznego w populacji gimnazjalistów warszawskich. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1 (14), 1-9.
- Dumont, M., Marcotte, D., Leclerc, D. (2000). *Role of Sex, School Performance, Coping, Self-Esteem, and an Efficacy in the Prediction of Teenager's Psychological and Physical Distress*, 21<sup>th</sup> International STAR Conference, Bratysława.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Frydeberg, E., Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: Age gender and ethnicity as determinant of coping. *Journal of Adolescence*, 16, 252-266.
- Hagquist, C., Andrich, D. (2004). Is the Sense of Coherence-instrument applicable on adolescents? A latent trait analysis using Rasch-modelling. *Personality and Individual Differences*, 36, 955-968.
- Hetland, J., Wold, B., Torsheim, T., Aaro, L.E. (2001). *Subjective health complains – from adolescence to early adulthood*. 16<sup>th</sup> World Congress on Psychosomatic Medicine, Göteborg.
- Januszewska, E. (2001). Style reagowania na stres w kontekście postaw rodzicielskich. Badania młodzieży w okresie adolescencji. W: D. Kornas-Biela (red.) *Rodzina: źródło życia i szkoła miłości* (s. 313-343). Lublin: TN KUL.
- Januszewska, E. (2005). Kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem (KRS). Wartość diagnostyczna i wyniki badań młodzieży. W: M. Oleś (red.) *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Metody diagnostyczne w badaniach dzieci i młodzieży* (s. 91-123). Lublin: TN KUL.
- Jellesma, F.C., Rieffe, C., Terwogt, M.M., Kneepkens, C.M.F. (2006). Somatic complaints and health care use in children: Mood, emotion awareness and sense of coherence. *Social Science & Medicine*, 63, 2640-2648.
- Jelonkiewicz, I. (1994). Model Antonovsky'ego – odniesienia do wybranych koncepcji psychologicznych. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 55-66.
- Jelonkiewicz, I., Kosińska-Dec, K. (2004). Spostrzegane zasoby a doświadczanie stresu rodzinnego i szkolnego wśród młodzieży. W: K. Kosińska-Dec, L. Szewczyk (red.) *Rozwój. Zdrowie. Choroba. Aktualne problemy psychosomatyki* (s. 71-90). Warszawa: BEL Studio Sp. z o.o.
- Jorgensen, R.S., Frankowski, J.J., Carey, M.P. (1999). Sense of coherence, negative life events and appraisal of physical health among university students. *Personality and Individual Differences*, 27, 1079-1089.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2006). Wartościowanie zdrowia a podejmowanie przez dzieci i młodzież zachowań niesprzyjających zdrowiu. W: J. Cz.Czabała, E. Zasępa (red.) *Psychologia kliniczna okresu dzieciństwa i adolescencji* (s. 97-112). Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Juczyński, Z., Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.



- Julkunen, J., Ahlström, R. (2006). Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASCOT substudy. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 33-39.
- Koniarek, J., Dudek, B., Makowska, Z. (1993). Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. *Przeegląd Psychologiczny*, 36 (4), 491-502.
- Kosińska-Dec, K., Jelonkiewicz, I. (1997). Poczucie koherencji a style radzenia sobie – zmiany w czasie. W: L. Szewczyk (red.) *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie* (s. 39-43). Lublin: AM.
- Kosińska-Dec, K., Jelonkiewicz, I. (2004). Zasoby a radzenie sobie ze stresem rodzinnym i szkolnym oraz zdrowie młodzieży. W: K. Kosińska-Dec, L. Szewczyk (red.) *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki* (s. 91-104). Warszawa: BEL Studio Sp. z o.o.
- Kulik, A. (2010). *Zmęczenie przewlekłe u nastolatków. Charakterystyka psychologiczna*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Kulik, A., Szewczyk, L. (2004). Skumulowane zmęczenie wśród nastolatków – rozmiary zjawiska w Polsce. W: K. Kosińska-Dec, L. Szewczyk (red.) *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki* (s. 117-133). Warszawa: BEL Studio Sp. z o.o.
- Kulik, A., Szewczyk, L. (2005). Kwestionariusz do badania zmęczenia. Psychometryczne właściwości. W: M. Oleś (red.) *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Metody diagnostyczne w badaniach dzieci i młodzieży* (s. 41-61). Lublin: TN KUL.
- Kuuppelomäki, M., Utriainen, P. (2003). A 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 383-388.
- Łosiak, W. (2008). Indywidualny kontekst poczucia koherencji. W: J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska (red.) *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki* (s. 215-226). Gdańsk: GWP.
- Mroziak, B. (1994). A. Antonovsky'ego koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji (SOC). *Nowiny Psychologiczne*, 1, 5-15.
- Pisula, E. (2003). Środowiskowe i osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem przez dzieci i młodzież. W: A. Jurkowski (red.) *Z zagadnień współczesnej psychologii wychowawczej* (s. 165-185). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Rainer, S., Reiner, F. (2004). *How it begins: Child and adolescent psychiatric and psychosomatic consultation in a children's hospital*. 25<sup>th</sup> European Conference on Psychosomatic Research, Berlin.
- Räty, L.K.A., Larsson, G., Söderfeldt, B.A., Larsson, B.M.W. (2005). Psychosocial aspects of health in adolescence: the influence of gender, and general self-concept. *Journal of Adolescent Health*, 36, 530.e21-530.e28.
- Rola, J. (2005). Depresyjność młodzieży ze środowisk wielkomiejskiego i wiejskiego w okresie nauki w gimnazjum. *Psychiatria Polska*, 3 (39), 537-547.
- Rotholz, J.M. (2002). *Chronic Fatigue Syndrome, Christianity, and Culture. Between God and an Illness*. New York-London-Oxford: The Haworth Medical Press.
- Różańska-Kowal, J. (2004). Szkoła jako główne źródło stresu młodzieży w wieku dorastania. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3, 203-214.

- Sęk, H. (2004). Rola wsparcia społecznego w sytuacjach stresu życiowego. O dopasowaniu wsparcia do wydarzeń stresowych. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.) *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 49-66). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Surtees, P.G., Wainwright, N.W.J., Khaw, K.T. (2006). Resilience, misfortune, and mortality: evidence that sense of coherence is a marker of social stress adaptive capacity. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 221-227.
- Togari, T., Yamazaki, Y., Takayama, T.S., Yamaki, Ch.K., Nakayama, K. (2008). Follow-up study on the effects of sense of coherence on well-being after two years in Japanese university undergraduate students. *Personality and Individual Differences*, 44, 1335-1347.
- Torsheim, T., Aaroe, L.E., Wold, B. (2001). Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence: interactive, indirect or direct relationships? *Social Science & Medicine*, 53, 603-614.
- Utsey S.O., Giesbrecht N. (2008). Cultural, Sociofamilial, and Psychological Resources That Inhibit Psychological Distress in African Americans Exposed to Stressful Life Events and Race-Related Stress. *Journal of Counseling Psychology*, 55 (1), 49-62.
- Woynarowska, B. (1998). *Psychosomatic problems in children and adolescence life – part I*. The Baltic Sea Conference on Psychosomatic Medicine, Szczecin.
- Woynarowska, B., Pułtorak, M. (1994). Wybrane zagadnienia z demografii i epidemiologii. W: A. Jaczewski (red.) *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania* (cz. II, s. 81-105). Warszawa: WSiP.
- Zwoliński, M. (1997). Poczucie koherencji i styl radzenia sobie ze stresem a ocena własnego zdrowia przez dziewczęta i chłopców kończących szkołę średnią W: L. Szewczyk (red.) *Radzenie sobie i pomoc innym w zdrowiu i chorobie* (s. 45-51). Lublin: AM.