



KSIĄŻKA ABSTRAKTÓW

Zapotrzebowanie na wsparcie społeczne pacjentów z atopową chorobą alergiczną

/// mgr Paulina Albińska^a

Określenie poziomu i wyznaczników wsparcia społecznego dorosłych jednostek chorujących na alergię. Badaniem objęto 59 osób ze zdiagnozowaną chorobą alergiczną (31 z ciężką astmą oskrzelową oraz 28 z atopowym zapaleniem skóry). Grupa osób z astmą charakteryzowała się średnią wieku $M=44$ lata ($SD=17,86$), grupa z AZS – $M=31$ ($SD=10,61$). Wykorzystano Kwestionariusz Obrazu Ciała (KOC) Secord i Jourard w adaptacji Zarek, Inwentarz Samowiedzy Społecznie Użytecznej (ISSU) Jastrzębskiego, Skalę Samooceny (SES) Rosenberga w adaptacji Dzwonkowskiej, Lachowicz-Tabaczek i Łaguny, Skalę Wsparcia Społecznego (F SocU K-22) (Soziale Unterstrutzung Fragebogen) Frydrych i Sommer w adaptacji Juczyńskiego oraz ankietę osobową. Badane osoby doświadczały wysokiego poziomu wsparcia. W przypadku osób z AZS wszystkie jego typy powiązane były dodatkowo z przypisywanymi sobie aktualnie przymiotami intelektualnymi oraz skłonnością do angażowania się w kontakty interpersonalne i działania na przedmiotach. Wsparcie emocjonalne i praktyczne negatywnie wiązało się z samooceną osób z alergią skórą. W grupie osób chorych na astmę poziom wsparcia emocjonalnego pozytywnie wiązał się z wrażliwością emocjonalną. Integracja społeczna tych osób korelowała dodatkowo z przypisywaną sobie aktualnie atrakcyjnością fizyczną, ujemnie zaś z samooceną. Wykazano także istnienie wyznaczników poszczególnych typów wsparcia w obu podgrupach pacjentów. Tworzona przez osoby z alergią koncepcja siebie wyznacza poziom ich zapotrzebowania na wsparcie. Jego specyfikę wyznacza manifestacja objawowa choroby, dlatego też psychologiczne działania pomocowe kierowane do pacjentów powinny uwzględniać tę odmienność.

^a Uniwersytet Łódzki

Niektóre grzechy żywieniowe współczesnego człowieka

/// prof. Jędrzej Antosiewicz^a

Lawinowy wzrost otyłości, chorób układu krążenia, cukrzycy czy chorób psychicznych w ostatnich dziesięcioleciach, w znacznym stopniu spowodowany jest nieodpowiednią dietą. Współczesny człowiek zjada ogromne ilości cukru tzw. cukru dodanego, często w postaci słodkich napoi i wielu innych produktów, gdzie wszechobecny jest syrop glukozowo-fruktozowy. Fruktaza konsumowana w ilościach znacznie przekraczających 15-20 g dziennie, czyli ilości jakie konsumuje w postaci owoców, jest toksyczna. Fruktaza stymuluje otłuszczenie narządów wewnętrznych, co w konsekwencji prowadzi do insulinooporności i ogólnoustrojowego stanu zapalnego. Ponadto, nadmierna konsumpcja fruktozy sprzyja rozwojowi nadciśnienia tętniczego i dny moczanowej. Innym poważnym zaniechaniem żywieniowym jest konsumpcja produktów mocno przetworzonych termicznie jak np. frytek, mięsa itp., które są bogatym źródłem epoksydów cholesterolu, wodoronadtlenków kwasów tłuszczowych i wielu innych toksyn, które sprzyjają między innymi rozwojowi stanu zapalnego i chorób serca. Współczesny człowiek pomimo zbyt dużej konsumpcji pożywienia bardzo często jest niedożywiony, co jest wynikiem spożywania nieodpowiednich produktów spożywczych. Przykładowo, niedobór magnezu może być skutkiem małej konsumpcji roślin zielonych. Z kolei, nadmierna konsumpcja olejów roślinnych, które są bogatym źródłem kwasów tłuszczowych omega-6 jest jedną z przyczyn niedoboru kwasów tłuszczowych omega-3. Niedobór kwasów omega-3 w naszej diecie sprzyja rozwojowi depresji, agresji, ADHD oraz niższej tolerancji na stres. Ponadto, istnieje odwrotna korelacja pomiędzy zawartością kwasów tłuszczowych omega-3 we krwi, a ryzykiem zawału mięśnia sercowego i innych chorób serca. Styl życia współczesnego człowieka predysponuje go również do niedoboru witaminy D, co w znacznej mierze jest spowodowane brakiem ekspozycji na bezpośrednie działania światła słonecznego. Niedobór witaminy D jest związany ze wzrostem ryzyka wielu typów nowotworów, chorób autoimmunologicznych, depresji, grypy, stwardnienia rozsianego i wielu innych. Konkludując można stwierdzić, że zmiany jakie nastąpiły w stylu życia i diecie współczesnego człowieka, zmuszają do podjęcia coraz większego wysiłku intelektualnego, aby zapewnić sobie i najbliższym optymalny rozwój i funkcjonowanie. Zadaniem diety powinno być dodanie lat do naszego życia i życia do tych lat, które przed nami.

^a Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk

Przewlekła choroba dziecka z perspektywy rodziców

/// **dr Kamilla Bargiel-Matusiewicz^a**
Natalia Ziółkowska^a

Wystąpienie będzie dotyczyło sytuacji rodziców w obliczu przewlekłej choroby dziecka. Zostanie przedstawiony przegląd literatury przedmiotu z tego zakresu, a także dwa badania własne. Celem pierwszego badania była analiza powiązań pomiędzy lękiem jako cechą i stanem a stylami radzenia sobie rodziców dzieci chorych onkologicznie. Celem drugiego badania była analiza radzeniem sobie ze stresem szkolnym przez młodzież przewlekle chorą (cukrzyca, niewydolność nerek, astma). W badaniu pierwszym zbadano 33 matki i 33 ojców. Wykorzystano następujące narzędzia badawcze: CISS oraz STAI. W badaniu drugim zbadano 30 zdrowych oraz 30 przewlekle chorych uczniów drugiej klasy liceum. Wykorzystano następujące narzędzia: CISS oraz RSSM. Wykazano, że zarówno lęk jako stan jak i lęk jako cecha są powiązane dodatnio ze stylem skoncentrowanym na emocjach ($r=0,64$ $p<0,001$; $r=0,71$ $p<0,001$) oraz ze stylem skoncentrowanym na unikaniu ($r=0,40$ $p<0,005$; $r=0,36$ $p<0,005$). Uzyskano wyższe wskaźniki stylu skoncentrowanego na problemie w grupie młodzieży zdrowej $t(58)=4,05$ $p<0,05$. W zakresie strategii radzenia sobie ze stresem szkolnym istotne statystycznie różnice stwierdzono w radzeniu sobie skoncentrowanym na unikaniu $t(58)=3,19$ $p<0,05$ oraz skoncentrowanym na problemie $t(58)=4,06$ $p<0,05$. W przypadku obu tych strategii wyższe wyniki uzyskali zdrowi adolescenty. W oparciu o uzyskane wyniki sformułowano wnioski dotyczące oddziaływań edukacyjnych w stosunku do rodziców dzieci przewlekle chorych oraz dotyczące oferowanej rodzicom pomocy psychologicznej.

^a Uniwersytet Warszawski

Związek samooceny z satysfakcją z życia w grupie chorych na łuszczycę

/// **prof. Małgorzata A. Basińska^a**

Łuszczycyca jako choroba generująca stres psychologiczny jest powiązana z obniżeniem jakości życia, w tym jego satysfakcji. Wiedza na temat czynników warunkujących poziom satysfakcji z życia jest konieczna dla wsparcia procesu leczenia tej grupy chorych. Celem badań było określenie związku pomiędzy samooceną (SO) a satysfakcją życia (SWL) osób chorych na łuszczycę. Założono, że osoby o wyższej samoocenie charakteryzować się będą wyższą satysfakcją z życia. Ponadto założono, że SO pełni rolę predyktora SWL. Sprawdzone ponadto, czy te związki ulegają zmianie, gdy uwzględnimy różnice w stanie zdrowia badanych chorych oraz zmienne demograficzne – wiek i płeć. W celu weryfikacji postawionych założeń zastosowano cztery metody badawcze: Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI O'Briena i Epsteina, Skalę Satysfakcji z Życia SWLS Dienera i współpracowników, ankietę osobową i Skalę Oceny Nasilenia Łuszczycy PASI Fredriksson i Pettersson. Zbadano 93 osoby chore, jednak do analizy z powodów formalnych zaklasyfikowano badania 80 osób. Ponadto zbadano 80 osób zdrowych, które stanowiły grupę porównawczą. Osoby chore na łuszczycę cechowały się istotnie niższą satysfakcją z życia i niższą samooceną. Samoocena w znacznie większym stopniu pozwala przewidywać wyższą satysfakcję z życia niż stan zdrowia. Otrzymane wyniki wskazują na konieczność wzmacniania samooceny osób chorych w trakcie leczenia.

^a Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

Krzywoliniowość relacji pomiędzy pozytywnością a dobrostanem zawodowym: zastosowanie regresji kwadratowej

///

dr Beata A. Basińska^a
dr Ewa Gruszczyńska^b

W psychologii zdrowia relacje krzywoliniowe, w porównaniu do prostoliniowych, są stosunkowo rzadko badane. Celem pracy była weryfikacja kształtu relacji pomiędzy pozytywnością oraz wypaleniem zawodowym i zaangażowaniem w pracę. W badaniu poprzecznym uczestniczyło 139 pracowników (sektor usług lub administracji, średni staż $12,11 \pm 10,40$ lat, 68% kobiet). Zastosowano następujące metody: Skala Dobrostanu Emocjonalnego w Pracy (JAWS-20) do oceny pozytywności (proporcja emocji pozytywnych do negatywnych), Oldenburdzki Kwestionariusz Wypalenia do oceny wypalenia zawodowego (wyczerpanie i wycofanie) oraz Utrechtska Skala Zaangażowania w Pracy do pomiaru zaangażowania (wigor, poświęcenie i absorbcja). W wyniku analizy regresji kwadratowej potwierdzono relację krzywoliniową pomiędzy pozytywnością a komponentami wypalenia, z punktem przegięcia około 2. Podobna krzywoliniowa relacja, ale z punktem przegięcia około 3, została odnotowana pomiędzy pozytywnością a komponentem zaangażowania - wigorem. Natomiast relacja pomiędzy pozytywnością a poświęceniem i absorbcją była prostoliniowa. Jednakże po wprowadzeniu do modelu regresji kontroli poziomu wypalenia zawodowego, relacja pomiędzy pozytywnością i wigorem również przyjęła postać liniową. W przeprowadzonym badaniu relacja pozytywności z negatywnymi skutkami pracy okazała się krzywoliniowa, natomiast relacja z pozytywnymi aspektami funkcjonowania zawodowego miała charakter liniowy. Wyniki wskazują tym samym na konieczność uwzględniania innych niż liniowe relacje między zmiennymi, co może mieć duże znaczenie w trafnym projektowaniu oddziaływań praktycznych.

^a Politechnika Gdańska

^b Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

Różnice kulturowe w obrazie ciała i stylu życia młodych kobiet z Polski i Japonii

///

dr Monika Bąk-Sosnowska^a
mgr Natalia Pawlicka^a
dr Mateusz Warchał^b

Globalizacja sprawia, że wartości i wzorce promowane przez kulturę masową ujednolicają się i wpływają na odbiorców niezależnie od miejsca ich zamieszkania. Uczestniczą w kształtowaniu się tożsamości młodych ludzi, w tym między innymi obrazu własnego ciała. Obraz ciała wpływa z kolei na podejmowaną aktywnością życiową. Celem badania było porównanie studentek w Polsce oraz Japonii pod względem wybranych aspektów obrazu ciała oraz stylu życia. Zbadano 110 studentek z Polski i 93 z Japonii, w przedziale wiekowym między 18 a 30 rokiem życia. Badanie przeprowadzono drogą internetową. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Posłużono się metryczką oraz kwestionariuszem ankiety. Kwestionariusz składał się z 10 pytań dotyczących obrazu ciała (samooceny wyglądu oraz preferowanego wzorca atrakcyjności fizycznej) i 14 pytań dotyczących stylu życia (aktywności fizycznej, diety, higieny psychicznej). Wykazano, że zarówno większość studentek z Polski jak i z Japonii jest zadowolona z własnego ciała. Jednocześnie większość koncentruje się na własnym wyglądzie i chciałaby go poprawić. Badane preferują różne symbole kobiecości – Polki piersi i oczy, Japonki skórę. Za najważniejszy atrybut ciała Polki uznają zdrowie, zaś Japonki urodę. Masa ciała znalazła się w obu grupach na trzecim miejscu. Obie grupy badane są w podobnym stopniu aktywne fizycznie i towarzysko. Różni je stosunek do diety, radzenia sobie ze stresem oraz deklarowana ilość obowiązków w stosunku do czasu wolnego.

^a Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

^b Akademia Techniczno-Humanistyczna, Bielsko-Biała

Dziecięca trauma relacyjna a styl przywiązania w dorosłości

/// **dr Bernarda Bereza^a**
prof. Stanisława Steuden^a

Utrata rodzica w dzieciństwie może stać się negatywnym traumatycznym doświadczeniem, wpływającym na relacje partnerskie i styl przywiązania w dorosłości. Przebadano 63 osoby (35 kobiet i 28 mężczyzn) w przedziale wiekowym od 20 do 50 lat. Grupę badawczą stanowiło 31 osób, które utraciły jednego rodzica w wyniku jego śmierci bądź zostali dotknięci rozwodem rodziców przed 14 rokiem życia. Grupę kontrolną stanowiły 32 osoby wychowywane w pełnych rodzinach. Wszyscy respondenci obojga płci w chwili badania przebywali w związkach małżeńskich od co najmniej 3 lat. Zastosowano Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych (KSP) M. Plopy oraz Kwestionariusz Komunikacji Małżeńskiej (KKM) M. Kaźmierczak i M. Plopy. Wyniki podjętych badań potwierdzają wpływ dziecięcej traumy relacyjnej na jakość związku małżeńskiego. Osoby wychowywane w rodzinach niepełnych wykazują m.in. mniejsze zaangażowanie w relację partnerską ($p < 0,05$), słabiej wspierają swoich partnerów ($p < 0,05$) oraz częściej ich deprecjonują ($p < 0,01$). Przeprowadzone badania są uzasadnionym wstępem do dalszych rozważań dotyczących optymalizacji jakości życia w rodzinie, zwłaszcza w obszarze zdrowia psychicznego.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Dynamika samoregulacji w procesie zdrowienia osób uzależnionych

/// **prof. Barbara Bętkowska-Korpała^a**

Celem badania jest analiza dynamiki zmian samoregulacji u osób uzależnionych w okresie roku od podjęcia terapii. Grupę badaną stanowi 997 osób (średnia wieku: 43 lata) z rozpoznaniem zespołu uzależnienia od alkoholu, które ukończyły przynajmniej podstawowy program terapeutyczny. Badanie przeprowadzono w trzech etapach: na początku terapii, po 8 tygodniach leczenia (oddział dzienny lub całodobowy) lub po 3 miesiącach w ambulatoriach oraz po roku. Za wskaźnik zdrowienia uznano roczną abstynencję alkoholową. Zastosowano Inwentarz Samosterowania SSI-K Kuhla i Fuhrmann, w przekładzie Błaszczyk-Schiep. Przeprowadzono procedurę quasi-eksperymentalną (bez grupy kontrolnej) i wykorzystano dwuczynnikową analizę wariancji ANOVA (z porównaniami zaplanowanymi i oceną wielkości efektu η^2). W grupie osób utrzymujących abstynencję - w porównaniu do osób, które wróciły do spożywania alkoholu - efekty zmian wskazują na: wzmocnienie mechanizmów samoregulacji m.in. wzbudzenia pozytywnego afektu; osłabienie samokontroli m.in. wzbudzenia negatywnego afektu celem kontroli działania; zmniejszenie hamowania wolicjonalnego m.in. zwiększenia kontroli impulsów. Zdrowienie poprzez trwałe utrzymywanie abstynencji związane jest z dynamiką procesów samoregulacyjnych. Efekty zmian w procesach samoregulacji są przede wszystkim widoczne u osób, które wytrwale utrzymują abstynencję. Rekomendacją dla leczenia jest wzmacnianie samoregulacji m.in. zdolności doświadczania pozytywnych emocji, podejmowania aktywności zgodnych z wartościami i potrzebami oraz wzmacnianie zdolności integrowania doświadczeń.

^a Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

Pasje wypełniające życie osób ze stwardnieniem rozsianym

/// **mgr Ilona Bidzan^a**

SM jest przewlekłą zapalną chorobą demielinizacyjną centralnego układu nerwowego. Ze względu na częstość występowania stanowi główną przyczynę nieurazowej neurologicznej niepełnosprawności u osób młodych. Zróżnicowany obraz kliniczny sprawia, że u niektórych osób choroba rozwija się łagodnie, bezobjawowo, jednakże istnieją także postacie choroby przebiegające gwałtownie i prowadzące do znacznej niepełnosprawności w krótkim czasie. U chorych na SM mogą wystąpić nie tylko symptomy

związane z niepełnosprawnością ruchową, ale również zaburzenia czucia, widzenia, problemy z mową, zaburzenia kontroli zwieraczy, ból o charakterze przewlekłym, zmęczenie, zaburzenia poznawcze i emocjonalne. Osoby zmagające się z SM przechodzą przez szereg faz zmagania się z chorobą, od fazy szoku psychicznego do uwolnienia się od uzależnień chorobowych, kiedy chory wykazuje normalną aktywność, podejmuje inicjatywy, wykazuje twórcze myślenie, pragnie nadać sens swoim doświadczeniom. Spostrzeganie wszystkich wydarzeń związanych z SM jako sensownych chroni jednostkę przed napięciem psychicznym oraz pozwala ukierunkować działania. SM (2014) to filmowa opowieść o niezwykłych ludziach i ich równie niezwykłych kolejach losu. Trzy intymne rozmowy o pasji, buncie i cierpieniu. Podróż w głąb ludzkiej psychiki w poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie – jak duże znaczenie dla naszego życia mają siła woli czy hart ducha? To wreszcie dokument o trójce chorych na SM, którzy w chwili otrzymania diagnozy będącej wyrokiem, postanowili odmienić dotychczasowe życie i na przekór wszystkiemu żyć. W gruncie rzeczy „SM” nie jest filmem o chorobie, a o pasji. Pasji, która w rzeczywistości jest tożsama z niestrudzoną wolą życia.

^a I.M. Studio. Diagnoza i Terapia Neuropsychologiczna, Gdańsk

W oczekiwaniu na dziecko – profilaktyka psychologicznych konsekwencji zmagania się z niepłodnością

/// **prof. Mariola Bidzan**^a

Niepłodność jest chorobą społeczną dotykającą nawet do 25% osób w społeczeństwie. Badania wskazują, że zarówno w odniesieniu do pary małżeńskiej, jak i oddzielnie w do kobiet i mężczyzn niesie z sobą wiele konsekwencji biopsychospołecznych. O ile konsekwencje medyczne są dobrze opisane w literaturze, to psychospołeczne nie znalazły pełnego potwierdzenia. Niezmiernie rzadko autorzy zwracają uwagę na profilaktykę psychologicznych konsekwencji zmagania się z niepłodnością. Stąd celem wystąpienia będzie analiza możliwych oddziaływań profilaktycznych w biegu życia, od okresu nastoletniego po wiek średni, kiedy jeszcze pary podejmują starania o dziecko.

^a Uniwersytet Gdański

Profilaktyka i promocja zdrowia a menopauza

/// **prof. Eleonora Bielańska-Batorowicz**^a

W biomedycznym modelu menopauzy zmiany hormonalne są źródłem zmian fizjologicznych w organizmie kobiety i czynnikiem ryzyka wielu schorzeń. Wejście w okres menopauzalny jest także traktowane jako sprzyjające zmianom emocjonalnym, w tym depresji. Taki negatywny obraz menopauzy nie jest jednak uniwersalny, gdyż w literaturze pojawiają się coraz częściej doniesienia o pozytywnych aspektach menopauzy, w tym o pozytywnej percepcji menopauzy. Zjawisko, jakim jest menopauza, zostanie przedstawione w referacie z perspektywy oddziaływań profilaktycznych oraz promocji zdrowia. Celem wywodu jest wskazanie na strategie sprzyjające kształtowaniu się pozytywnych postaw wobec menopauzy, moderowaniu intensywności objawów, promowaniu zachowań prozdrowotnych oddziałujących na jakość życia w okresie okołomenopauzalnym. Ilustracją stawianych tez będą wyniki badań własnych oraz przedstawianych w światowym piśmiennictwie.

^a Uniwersytet Łódzki

Długofalowy wpływ efektywności muzykoterapii dla niemowląt przedwcześnie urodzonych i ich rodziców: protokół studium wykonalności

/// **dr Łucja Bieleninik**^a

Poród przedwczesny i wcześniactwo są jednym z głównych problemów medycznych, psychologicznych i socjo-społecznych na świecie. Aktualnie wskaźnik wcześniactwa oscyluje na poziomie 11% wskazując, że każdego roku na świat przychodzi 14.9 miliona wcześniaków. Doniesienia z systematycznych przeglądów badań wskazują, że muzykoterapia ma pozytywny wpływ na niemowlęta przedwcześnie urodzone oraz ich rodziców. Istnieje jednak potrzeba prowadzenia badań randomizowanych, kontrolowanych, które swoją uwagę skierują na długofalowe, psychologiczne wskaźniki dzieci i ich rodziców. Przeprowadzenie badania wykonalności jest pierwszym ważnym krokiem w badaniach naukowych, które intensyfikują ich jakość. Celem niniejszej prezentacji jest przedstawienie protokołu studium wykonalności pierwszego w Norwegii randomizowanego, kontrolowanego badania oceniającego wpływ muzykoterapii na dzieci przedwcześnie urodzone i ich rodziców/opiekunów na oddziale intensywnej terapii noworodka oraz po zakończeniu hospitalizacji. Protokół studium wykonalności dostarcza między innymi informacji na temat: projektu badania i harmonogramu, interwencji psychologicznej, rekrutacji i retencji oraz zespołu interdyscyplinarnego. Badanie wykonalności ma na celu zweryfikowanie akceptowalności procedur interwencyjnych, pomiarów i prób, jak również określić kryteria kwalifikowalności do grupy. Informacje zebrane z tej próby dostarczą implikacji praktycznych dla muzykoterapeutów pracujących klinicznie na oddziałach intensywnej terapii z wcześniakami i ich rodzinami. Celem niniejszej prezentacji jest rozpoczęcie dialogu między naukowcami europejskimi zainteresowanymi tą dziedziną nauki, w celu zwiększenia jakości poziomu przyszłych badań w tym zakresie.

^a Uni Research Health, Bergen

Objawy traumy u kobiet z chorobami ginekologicznymi: rola temperamentu, samooceny i ogólnego stanu zdrowia psychicznego

/// **mgr Joanna Bitner**^a
prof. Włodzimierz Oniszczenko^b

Celem badań było sprawdzenie związku objawów traumy mierzonych psychometrycznie (intruzja/pobudzenie oraz unikanie/odrętwienie) z temperamentem, komponentami samooceny oraz ogólnym stanem zdrowia psychicznego u kobiet z chorobami ginekologicznymi. W badaniu wzięło udział 136 kobiet w wieku od 18 do 60 lat ($M=34,6$; $SD=9,92$) leczonych z powodu zróżnicowanych patologii ginekologicznych. Poziom objawów traumy oceniano za pomocą PTSD - Wersja Czynnikowa (PTSDF). Cechy temperamentu były oceniane na podstawie Formalnej Charakterystyki Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu (FCZ-KT), samoocena była mierzona za pomocą Multidimensional Self-Esteem Inventory (MSEI), a ogólny stan zdrowia psychicznego GHQ-28. Reaktywność emocjonalna ($r = .30$, $p < 0.01$), symptomy depresji ($r = .58$, $p < 0.01$) objawy lękowe ($r = .63$, $p < 0.01$) intensyfikują objawy traumy u kobiet z patologią ginekologiczną. Żwawość ($r = -.42$, $p < 0.01$) i wytrzymałość ($r = -.30$, $p < 0.01$) jako cechy temperamentu i lowability ($r = -.41$, $p < 0.01$) jako wymiar samooceny zmniejszają objawy intensywności traumy. Razem reaktywność emocjonalna, objawy lękowe oraz lowability wyjaśniają 48% wariancji objawów intensywności traumy. Reaktywność emocjonalna oraz objawy niepokoju i lęku nasilają objawy traumy, a żwawość, wytrzymałość i wymiar lowability mogą stanowić istotny bufor chroniący przed rozwojem traumy u kobiet leczonych z powodu chorób ginekologicznych mogących prowadzić do niepłodności.

^a Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

^b Uniwersytet Warszawski

Znaczenie uciszania się kobiet w radzeniu sobie z chorobą nowotworową

/// mgr Monika Błajet-Grabowska^a
prof. Krystyna Drat-Ruszczak^a

Celem badania było sprawdzenie wpływu uciszania się kobiet na ich zachowanie w chorobie nowotworowej, a także związku pomiędzy uciszaniem się, a bliskością w relacji z mężem. Metoda: Badanie zostało przeprowadzone wśród 60 kobiet (30 chorych na chorobę nowotworową i 30 zdrowych). Wykorzystano: Skalę Uciszenia Siebie – SUS, Kwestionariusz samooceny Rosenberga, test bliskości autorstwa Aron & Aron w wersji Ja – Mąż, Skalę wsparcia BSSS, oraz Kwestionariusz Depresji BDI. Wyniki: wykazały, że kobiety chore różniły się od zdrowych wyższym poziomem uciszania się, wyższym poziomem depresji oraz niższą bliskością (większym dystansem) w relacji z mężem. Ponadto zależna od choroby bliskość z mężem okazała się mediowana przez uciszanie się. Choroba nasila uciszanie się, które z kolei zwiększa dystans w relacji z bliską osobą (mężem). Bliskość w relacji z mężem u osób chorych zależała też od operacji (jej przebiegu i radykalności). Ten związek także okazał się mediowany przez uciszanie się, które zwiększa się w efekcie zabiegu operacyjnego i nasila dystans w relacji z mężem. Wnioski: Trwająca choroba izoluje chorego od rodziny i znajomych. Choroba nowotworowa łączy się z poczuciem olbrzymiej niepewności i zagrożenia. Wysoki poziom samouciszenia przekłada się na tendencje kobiet do wykluczania swoich partnerów z doświadczania choroby w celu uniknięcia nieporozumień i ochrony współmałżonka.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Sopot

Polska adaptacja skali CSI-24 (The Children's Somatization Inventory) do pomiaru objawów somatycznych u dzieci i młodzieży

/// dr Anna Bokszczanin^a
prof. Cecilia A. Essau^b
dr Beatriz Olaya^{c, d}
Catherine Gilvarry^b
prof. Diane Bray^b

Celem przeprowadzonego badania było testowanie struktury czynnikowej oraz psychometrycznych właściwości skróconej wersji skali The Children's Somatization Inventory (CSI -24; Walker, Garber, Green, 1991) wśród dzieci i młodzieży w Polsce. Skala CSI-24 ma charakter kwestionariusza zaprojektowanego do oceny charakterystyki i nasilenia symptomów somatycznych. W badaniu uczestniczyło 773 uczniów w wieku od 12 do 17 lat. Uczestnicy odpowiadali także na pytania dotyczące symptomów lęku oraz trudności w zachowaniu zawartych w skalach: Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) oraz Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). Rezultaty confirmacyjnej analizy czynnikowej skali CSI-24 pokazały lepsze dopasowanie modelu czteroczynnikowego niż modelu jednoczynnikowego. Ponadto większe nasilenie symptomów somatycznych było silnie skorelowane z większym lękiem oraz zaburzeniami emocjonalnymi. Wyniki sugerują rzetelność i trafność polskiej adaptacji. Można więc sądzić, że CSI-24 jest odpowiednim narzędziem do pomiaru objawów somatycznych u dzieci i młodzieży.

^a Uniwersytet Opolski

^b University of Roehampton

^c CIBER en Salud Mental (CIBERSAM), Barcelona

^d Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi de Llobregat, Barcelona

Zachowania zdrowotne młodych kobiet

/// **mgr Klaudia Boniecka**^a
prof. Hanna Liberska^a

Podejmowanie tematyki związanej z zachowaniami pozwalającymi zminimalizować ryzyko występowania nieprawidłowej masy ciała, a co za tym idzie schorzeń wynikających z nadmiernej masy ciała. Wiele badań podkreśla znaczenie zachowań zdrowotnych, które według autorów warunkują zdrowie w 50%. Zachowania zdrowotne są istotne również ze względu na ich związek z funkcjonowaniem psychospołecznym. Celem pracy była analiza zachowań zdrowotnych dziewcząt w wieku od 17 do 18 roku życia. W badaniu wykorzystano Inwentarz Zachowań Zdrowotnych autorstwa Zygryfda Juczyńskiego. Badania w tym obszarze przyczyniają się do rozwinięcia jakże ważnego tematu obrazu ciała w okresie adolescencji oraz do budowania prawidłowych zachowań zdrowotnych wśród młodzieży.

^a Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

Depresyjność i poczucie własnej wartości u kobiet po mastektomii a decyzja o rekonstrukcji piersi

/// **mgr Anna Brandt**^a
prof. Hanna Przybyła-Basista^a

Wiele badań poświęcono stanom lękowym i depresyjnym pacjentek onkologicznych zmagających się z chorobą nowotworową piersi. Zbyt mało badań przeprowadzono nad poczuciem własnej atrakcyjności oraz motywacji do poddania się zabiegowi rekonstrukcji piersi. Badania opisujące czynniki sprzyjające i niesprzyjające podjęciu decyzji o rekonstrukcji piersi są coraz częściej podejmowanym tematem badawczym za granicą, przy czym w Polsce należą do rzadkości. Celem badań było poznanie czynników mających wpływ na decyzję o rekonstrukcji piersi u kobiet po mastektomii. W szczególności postawiono dwa pytania badawcze (1) czy kobiety po zabiegu rekonstrukcji piersi różnią się istotnie od kobiet, które nie dokonały takiego zabiegu pod względem depresyjności i poczucia własnej atrakcyjności oraz (2) jakie czynniki sprzyjają podjęciu decyzji o rekonstrukcji piersi i jakie czynniki biorą pod uwagę kobiety odrzucające ten zabieg. Grupę badawczą stanowiło łącznie 97 kobiet po zabiegu mastektomii, z czego 25 kobiet przeszło zabieg rekonstrukcji piersi, a pozostałe 72 kobiety nie dokonały takiego zabiegu. Niniejsza prezentacja obejmuje porównanie kobiet dokonujących i niedokonujących zabiegu rekonstrukcji piersi pod względem depresyjności oraz poczucia własnej wartości. Wyniki badań ilościowych zostaną uzupełnione o analizy jakościowe na podstawie ustrukturyzowanych wywiadów przeprowadzonych z 14 kobietami po mastektomii. Wywiady miały na celu pogłębienie rozumienia motywacji kobiet do podjęcia lub zaniechania zabiegu rekonstrukcji oraz analizę lęków i oczekiwań związanych z tego typu zabiegiem.

^a Uniwersytet Śląski, Katowice

Profilaktyka zdrowotna w szkole. Wpływ prelekcji osoby z niepełnosprawnością i wieku młodzieży na postrzeganie przez nich zdrowia

/// **mgr Karolina Brzeska**^a

Sprawdzenie jaki wpływ na młodzież mają programy prozdrowotne w szkołach, które obejmują prelekcję osób z wszelkimi niepełnosprawnościami i schorzeniami. Ponadto sprawdzenie jaki wpływ na postrzeganie zdrowia ma wiek uczniów. Ankieta własna, LKZ (Lista Kryteriów Zdrowia). Wiek ma istotny wpływ na postrzeganie przez młodzież wartości jaką jest zdrowie. Taka sama zależność występuje w odniesieniu do

prelekcji. Uczniowie z klas maturalnych (wiek 20-21) częściej myślą o swoim zdrowiu i traktują je wyżej w hierarchii wartości aniżeli uczniowie klas I (wiek 17 lat).

^a Centrum diagnostyczno-terapeutyczne dla dzieci i młodzieży / Zespół Szkół Rolniczych, Centrum Kształcenia Praktycznego, Skarszewy

Wpływ systematycznej aktywności fizycznej na akceptację choroby u kobiet po mastektomii

/// **mgr Karolina Brzeska** ^a

Sprawdzenie jak aktywność fizyczna wpływa na akceptację choroby u kobiet po mastektomii. Zbadano AMAZONKI, które uczestniczą w zajęciach aqua fitness. Ankieta własna, AIS, Mini-MAC. AMAZONKI aktywne fizycznie bardziej akceptują swoją chorobę aniżeli AMAZONKI, które nie podejmują aktywności fizycznej. Grupa badana, także rzadziej myśli o śmierci. Aktywność fizyczna ma wpływ na akceptację swojej niepełnosprawności i na postrzeganie swojego ciała jako zmiany, z którą należy się pogodzić.

^a Centrum diagnostyczno-terapeutyczne dla dzieci i młodzieży / Zespół Szkół Rolniczych, Centrum Kształcenia Praktycznego, Skarszewy

Zastosowanie Transteoretycznego Modelu Zmiany w programie profilaktyki otyłości i chorób cywilizacyjnych dla nastolatków. Rola wsparcia rodziny w zmianie nawyków

/// **mgr Joanna Brzezińska** ^a

Badanie sprawdza użyteczność Transteoretycznego Modelu Zmiany (TMZ) w Ogólnopolskim Programie Profilaktyki Otyłości i Chorób Cywilizacyjnych Fundacji Medicover poprzez zbadanie związków między poszczególnymi stadiami zmiany, wsparciem rodziny, płcią oraz zmianami masy ciała uczestników. Program zapewnia interdyscyplinarne wsparcie dla gimnazjalistów zagrożonych otyłością, nadwagą i chorobami cywilizacyjnymi. Zespół specjalistów korzysta z danych dotyczących stadiów zmiany TMZ w celu kierowania odpowiednich komunikatów do uczestników. Ponadto określenie stadium zmiany na każdej wizycie daje informację na temat zaangażowania nastolatka w program, gdy fizyczne zmiany, takie jak masa ciała, nie są obserwowalne. Do analizy statystycznej wykorzystano dane zbierane podczas każdej interwencji od uczestników programu takie jak: płeć, stadium zmiany, zaangażowanie rodzica, masa ciała. Na wykorzystanie danych do badania wyraziła zgodę Rada Naukowa programu. Wyniki analizy statystycznej zostaną przedstawione na konferencji. Wyniki oraz wnioski z badania mogą stanowić cenne źródło informacji na temat zastosowania TMZ w interdyscyplinarnych programach profilaktycznych, ale też w sytuacji indywidualnej zmiany nawyków. Dodatkową wartość badania stanowi fakt, że dotyczy ono zastosowania TMZ wśród adolescentów, gdyż większość dotychczasowych badań opiera się na zastosowaniu modelu dla osób dorosłych. Ponadto badanie pozwoli określić rolę rodziny i rodziców w zmianie zachowań zdrowotnych adolescentów.

^a Fundacja Medicover, Gdynia

Postawa życiowa kibiców masowej imprezy sportowej na podstawie Euro 2012

dr Dagmara Budnik-Przybylska^a

mgr Ilona Bidzan^b

prof. Mariusz Lipowski^c

dr Jacek Przybylski^a

Celem badania była analiza satysfakcji z życia, celów związanych z rekreacją ruchową oraz własnej skuteczności kibiców masowej imprezy sportowej jaką było Euro 2012. W badaniu uczestniczyło ogółem 483 kibiców uczestniczących w meczach Euro 2012, w tym 319 z Polski i 148 osób z innych krajów w wieku 12 do 72 lat ($M=26,98$, $SD=9,53$). Zastosowano następujące narzędzia badawcze: KCEL Ż. Zaleskiego, dzięki któremu zanalizowano cele związane z rekreacją ruchową, kwestionariusz SWLS (Skala Satysfakcji z Życia autorstwa E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larson, S. Griffin, w adaptacji: Zygryda Juczyńskiego) oraz GSES (Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności, autorstwa R. Schwarzer, M. Jerusalem i Ż. Juczyński). Osoby badane wypełniały również metryczkę dotyczącą danych demograficznych. Polacy względem innych analizowanych narodowości przejawiają mniejszą ogólną satysfakcję z życia ($t(465)=-4,74$ $p<0.001$), więcej konfliktów związanych z celem ($t(465)=2.53$ $p=0.011$) choć jednocześnie większe zadowolenie z celu ($t(465)=2,00$ $p=0.046$). Najczęściej wybieranym przez badanych celem rekreacji ruchowej była poprawa samopoczucia (149 wyborów -19%). Osoby najmłodsze (do 20 lat) w porównaniu z grupą powyżej 30 r.ż. przejawiają więcej oczekiwań oraz konfliktów związanych z wybranym celem. Kibice polscy odczuwają więcej pozytywnych emocji w dążeniu do celu, choć charakteryzuje ich mniejsza ogólna satysfakcja życiowa.

^a Uniwersytet Gdański

^b I.M. Studio. Diagnostyka i Terapia Neuropsychologiczna, Gdańsk

^c Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk

Powrót do zdrowia po wypadku komunikacyjnym – w teorii i praktyce

dr Jolanta Chanduszko-Salska^a

Wypadek komunikacyjny jako traumatyczne, nagłe i niosące ze sobą poważne konsekwencje zdrowotne doświadczenie stawia osobę doświadczającą go w obliczu zupełnie nowych wyzwań i doświadczeń. W wyniku wypadku doszło do złamania kręgosłupa, pokruszenia fragmentów kręgow i pęknięcia miednicy. Unieruchomienie w gorsecie i wielomiesięczne ograniczenia ruchu nie muszą ograniczać w ruchu poprzez wyobraźnię i techniki mentalne. Swoista podróż w głąb siebie stać się może okazją do wielu przemyśleń i odkryć. Szczególnie istotne dla zdrowia i dalszych postępów rehabilitacji wydają się pierwsze godziny i dni po doznanym urazie. Zaprezentowane zostaną wybrane metody obejmujące pierwsze chwile po wypadku i okres pobytu w szpitalu. Pośród nich znalazły się: ćwiczenia oddechowe, wizualizacyjne, pogłębiony relaks, techniki wyobrażeniowe oraz proste ćwiczenia neuromięśniowe i ideomotoryczne wspomagane ćwiczeniami zaczerpniętymi z technik pracy z ciałem.

^a Uniwersytet Łódzki

Związki Friends with Benefits

dr Jolanta Chanduszko-Salska^a

mgr Ewa Włodarczyk^a

Związek Friends with Benefits (w dosłownym tłumaczeniu „przyjaciele z korzyścią/bonusem”) to relacja, w której przyjaciele przeciwnej płci utrzymują ze sobą powtarzalne kontakty seksualne, wykluczające romantyczne zaangażowanie.

Osoby będące aktualnie w związku Friends with Benefits (FWB) zbadano pod kątem m.in.: motywów wchodzenia w tego typu relacje, oczekiwań względem partnera-przyjaciela, zalet i wad związku oraz planów dotyczących przyszłości relacji. Uwzględniono płeć, wiek i czas trwania relacji. Dodatkowo porów-

nano relacje FWB ze związkami romantycznymi pod względem nasilenia trzech składników miłości wyróżnionych przez Sternberga – Intymności, Namiętności i Zaangażowania oraz oceny poziomu satysfakcji seksualnej. W badaniach wzięto udział łącznie 268 osób, przy czym grupa badana składa się z 134 osób będących w związku FWB, tyle samo osób liczy grupa kontrolna. W każdej z grup znalazło się 65 mężczyzn i 69 kobiet. W badaniu uwzględniono tylko osoby o orientacji heteroseksualnej. Wykorzystano ankiety dla osób będących w związkach FWB oraz relacjach romantycznych oraz Skale Namiętności, Intymności i Zobowiązania oraz Index of Sexual Satisfaction. Wśród najczęściej wymienianych motywów wchodzenia w relacje FWB wymieniano: chęć zaspokojenia potrzeb seksualnych, obawę przed emocjonalnym zaangażowaniem i stałym związkiem, brak chęci i czasu na poważne związki. Ustalenia zasad obowiązujących w związku Friends with Benefits nie podejmuje się większość jego uczestników (57,97% kobiet, N=40 i 58,46% mężczyzn, N=38). Związki Friends with Benefits są bardziej atrakcyjne dla mężczyzn – takiego wyboru dokonało 55,38% (N=36) z nich i tylko 30,43% kobiet (N=21). Odwrotna zależność dotyczy związków romantycznych, preferowanych przede wszystkim przez kobiety (69,57%, N=48). Otrzymane wyniki wskazują na występowanie istotnych statystycznie różnic między kobietami będącymi w związkach Friends with Benefits i kobietami zaangażowanymi w związki romantyczne w zakresie zmienności: Zobowiązanie oraz Intymność ($p < 0,05$). Mężczyźni będący w związkach romantycznych w porównaniu z mężczyznami zaangażowanymi w związki Friends with Benefits przejawiają wyższe nasilenie Zobowiązania, Namiętności i Intymności ($p < 0,05$). Związki FWB i romantyczne charakteryzują się zbliżonym poziomem satysfakcji seksualnej. Uzyskane wyniki wskazują, że poza podobnym poziomem satysfakcji seksualnej, Friends with Benefits Relationships różnią się od związków romantycznych pod względem natężenia Namiętności, Intymności i Zobowiązania, mamy więc do czynienia ze zjawiskiem odmiennym od miłości romantycznej. Osoby będące w związkach Friends with Benefits ujawniły różnice międzypłciowe w zakresie m.in. motywów angażowania się w te związki, oczekiwań co do dalszych ich losów, natomiast podobnie spostrzegają wady oraz zalety związków. Uzyskane wyniki wnoszą nowe informacje na temat tak mało nadal poznanego zjawiska, jakim są związki Friends with Benefits.

^a Uniwersytet Łódzki

Odbić się od dna? Utrata zasobów jako predyktor ukończenia terapii przez osoby uzależnione od alkoholu

///

prof. Jan Chodkiewicz^a
dr Ewa Gruszczyńska^b

Celem pracy była odpowiedź na pytanie o istnienie związku między stratą/zyskiem zasobów (zgodnie z Teorią Zachowania Zasobów COR S. Hobfolla) w okresie roku przed rozpoczęciem terapii a jej ukończeniem przez osoby uzależnione od alkoholu. Drugie pytanie badawcze dotyczyło roli płci w relacjach między stratą/zyskiem zasobów a ukończeniem leczenia. Badaniom poddano 86 pacjentów rozpoczynających stacjonarną terapię odwykową. Zastosowano Kwestionariusz Samooceny Zysków i Strat, Skalę Bilansu Decyzyjnego oraz ankietę. Hierarchiczna analiza regresji logistycznej potwierdziła, że utrata zasobów jest jedynym istotnym predyktorem ukończenia terapii odwykowej po kontroli bilansu decyzyjnego, zmiennych socjodemograficznych i związanych z chorobą alkoholową. Płeć okazała się moderatorem relacji między wzrostem zasobów a ukończeniem terapii. Uzyskane wyniki potwierdzają popularną, aczkolwiek słabo zbadaną koncepcję „dna” i „odbicia się od dna” – mogą być wskazówką do ważnych klinicznych zaleceń, dotyczących prowadzenia terapii osób uzależnionych od alkoholu.

^a Uniwersytet Łódzki

^b Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

Działanie I-Dosów – manipulacja młodzieżą efektem placebo

///
Ewelina Cichoń^a
Estera Zaczyńska^a
Emilia Jarowicka^a
dr Jakub Traczyk^a

Niedawno na rynek internetowy trafiły tzw. I-Dosy – dźwięki, które według twórców, manipulują zasobami energetycznymi słuchaczy, powodują doznania psychotyczne, stan upojenia narkotycznego, a także redukują niepożądane stany afektywne takie jak lęk. Producenci dźwięków wyjaśniając skuteczność produktu powołują się na częstotliwość fal dźwiękowych, pobudzających odpowiednie struktury mózgu. Choć popularność tego typu ścieżek dźwiękowych wzrasta, brak jest niezależnych badań nad efektem działania I-Dosów. W ramach projektu porównano wpływ I-Dosa na poziom lęku do efektu placebo. W badaniu uczestniczyło 52 licealistów o średniej wieku 17,77 (SD = 0,98; 31 kobiet). Pomiaru lęku przed oraz po odsłuchaniu dźwięków dokonano za pomocą skali STAI. Uczestnicy słuchali I-Dosa albo dźwięku placebo. W celu weryfikacji zależności poziomu lęku od zastosowanej ścieżki dźwiękowej przeprowadzono dwuczynnikową analizę wariancji w schemacie mieszanym. Wyniki badania wskazują na istotną redukcję poziomu lęku po odsłuchaniu dźwięków, natomiast nie zanotowano różnic w obniżeniu lęku między grupą poddaną I-Dosom a grupą poddaną placebo. Prawdopodobnie za efekty wywoływane I-Dosami odpowiedzialne są mechanizmy uruchamiane w przypadku efektu placebo (aktywowanie oczekiwań słuchaczy). Dalsze badania sugerują, że redukcja lęku indukowana jest sugestywną instrukcją dołączoną do I-Dosów. Co ciekawe, słuchanie I-Dosa bez uprzedniego zapoznania się z instrukcją skutkowało nasileniem lęku badanych. Taki wynik może być spowodowany niepewnością, co do działania dźwięku.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wrocław

Psychodrama jako narzędzie wspierania zasobów prozdrowotnych

/// **dr Krzysztof Mariusz Ciepliński^a**

Wystąpienie poświęcone jest prezentacji psychodramy morenowskiej jako metody użytecznej w procesie budowania zasobów prozdrowotnych. Przedstawione zostaną główne idee, założenia i aktualny status psychodramy jako dziedziny praktyki oraz przedmiotu badań empirycznych. Autor – certyfikowany terapeuta oraz trener psychodramy – dokona przeglądu wybranych narzędzi i procedur psychodramatycznych, a także przedyskutuje możliwości ich wykorzystywania w edukacji prozdrowotnej oraz innych oddziaływaniach zmierzających do wspierania zdrowia i rozwoju osobistego.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Poziom nadziei u pacjentów z ostrą białaczką na różnych etapach leczenia

/// **mgr Iwona Kinga Czechowicz-Drewniak^a**

Celem pracy jest analiza poziomu nadziei u pacjentów zdiagnozowanych z białaczką w zależności od etapu leczenia. Przebadano 50 pacjentów (16 mężczyzn i 34 kobiety) w wieku 19 do 75 lat. Poziom nadziei pacjentów zbadano za pomocą Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12. Badani zostali podzieleni na 4 grupy ze względu na czas jaki minął od rozpoznania choroby: od 6 tygodni do 3 miesięcy, od 3 do 6 miesięcy, od 6 do 12 miesięcy, i chorujący powyżej roku. W celu porównania wyników do analizy zastosowano test Z. Na podstawie przeprowadzonej analizy zaobserwowano istotnie wyższy poziom nadziei u pacjentów leczących się od 6 do 12 miesięcy ($p=0,0130$) w porównaniu do pozostałych grup. Z powodu jednego z najagresywniejszych sposobów leczenia pacjenci z białaczką są grupą doświadczającą szczególnego stresu psychologicznego. Lęk na poszczególnych etapach leczenia jest uwarunkowany

różnymi czynnikami. Jak dowodzą badania u pacjentów cierpiących na białaczkę przestrzeń dla nadziei powstaje dopiero po uporaniu się z lękiem. Zaobserwowany wyższy poziom nadziei w grupie będącej 6-12 miesięcy od rozpoznania może wynikać z większej adaptacji do roli chorego, lepszego radzenia sobie z lękiem i korzystania z zasobów, które pozwalają chronić i wzmacniać nadzieję.

^a Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Związki pomiędzy poczuciem sensu życia a jakością życia wśród pacjentów /// po udarze

mgr Katarzyna Czekierda ^a
mgr Karolina Zarychta ^a
prof. Aleksandra Łuszczynska ^{a, b}

Prezentowane badanie podłużne, przeprowadzone wśród pacjentów po udarze, analizuje związki pomiędzy poczuciem sensu życia, procesem tworzenia tego poczucia, przystosowaniem chorego do sytuacji po udarze i fizyczną sferą jakości życia. Dane zbierano dwukrotnie z czterotygodniowym odstępem pomiędzy pomiarem pierwszym (T1) a pomiarem drugim (T2). Pacjenci z trudnościami w mówieniu i niedowładami (N=89, 46,1% kobiet), w wieku 25-85 lat, w trakcie rehabilitacji po udarze, wypełniali kwestionariusze oceniające ich poczucie sensu życia, zdolność do tworzenia tego poczucia oraz jakość życia. Wyniki wskazują na niebezpośrednie efekty poczucia sensu życia, przy kontroli bazowego poziomu QOL. Pacjenci, którzy zgłaszali wyższy poziom poczucia sensu życia (T1) byli skłonni do lepszego przystosowania w sytuacji choroby (T1), a to z kolei było związane z lepszą jakością życia w sferze fizycznej w T2. Pacjenci, którzy zgłaszali lepszą jakość życia w sferze fizycznej (T1) byli skłonni mieć większe poczucie sensu życia (T2), a to z kolei wiązało się z większymi możliwościami utrzymywania równowagi podczas różnych zajęć (T2). Poczucie sensu życia oraz możliwości tworzenia tego poczucia powinny być brane pod uwagę podczas rozważania kwestii adaptacji i jakości życia pacjentów po udarze.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wrocław

^b University of Colorado

Zachowania prozdrowotne a poczucie szczęścia

/// **mgr Piotr Dąbrowski** ^a

Artykuł jest próbą wyjaśnienia realizowania zachowań prozdrowotnych jako źródła poczucia szczęścia u ludzi w różnym wieku. Badania przeprowadzono wśród 100 uczniów, oraz 100 osób w wieku 60+. Osoby badane podzielono na dwie równe grupy i poddano badaniu za pomocą ankiet. Jedna z grup wybierała zachowania prozdrowotne, które uważała za ważne z punktu widzenia zdrowego życia, druga grupa, spośród tych samych zachowań wybierała te, które faktycznie realizuje. Wszystkie osoby proszone były o ocenę swego życia w kontekście poczucia szczęścia. Analizy pokazują istotne statystycznie różnice między realizacją a deklaracją stosowania zachowań prozdrowotnych zarówno w grupie uczniów, jak też osób w wieku 60+. Chłopcy i dziewczęta nie różnią się istotnie pod względem poziomu realizacji zachowań prozdrowotnych z wyjątkiem stosowania różnych diet. Różnica taka nie występuje u osób w starszym wieku. Zachowania prozdrowotne nie korelują z poczuciem szczęścia u młodzieży. U osób w starszym wieku poczucie szczęścia wyraźnie koreluje z zachowaniami prozdrowotnymi związanymi z aktywnością fizyczną. Osoby badane są świadome potrzeby realizacji zachowań prozdrowotnych, ale nie przejawiają ich w życiu codziennym. U osób młodych, zdrowie wcale nie oznacza szczęścia. U osób starszych zachowania prozdrowotne są źródłem poczucia szczęścia.

^a Uniwersytet Gdański

Bezdziethość – psychologiczne konsekwencje decyzji w doświadczeniu niepłodności

/// **dr Aleksandra Dembińska**^a

Celem wystąpienia będzie przedstawieniem wyników autorskich badań nad psychologicznymi konsekwencjami dla kobiet decydujących się na wybór trzeciej drogi- świadomej bezdziethości. Badaniem objęto 87 kobiet, decydujących się pozostać bezdziethymi. Zmienne uwzględnione to: akceptacja własnej niepłodności, stan emocjonalny (lęk, agresja, depresja, nadzieja jako stan emocjonalny), satysfakcja z życia, samoocena oraz zmienne socjodemograficzne (wiek, czas od diagnozy, przyczyna niepłodności, rodzaj niepłodności). Użyte narzędzia to: autorska Skala Ustosunkowania do Własnej Niepłodności; Skala HDS-M (Zigmond, Snaith); autorska Skala Oceny Nadziei jako Stanu Emocjonalnego; Skala Satysfakcji z Życia (Diener i wsp.); Inwentarz Samooceny Rosenberga. Stwierdzono istotne związki pomiędzy percepcją wsparcia informacyjnego a emocjonalnego (0,796); między wsparciem rzeczowym a informacyjnym (0,511); rzeczowym a emocjonalnym (0,503). Akceptacja własnej niepłodności (wyniki skali są odwrócone) koreluje z: percepcją wsparcia informacyjnego (-0,233); wsparciem całościowym (-0,246); wsparciem ze strony najbliższych (-0,293); z samooceną (-0,638), nadzieją (-0,4); satysfakcją z życia (-0,335), lękiem (0,421), depresją (0,051). Natomiast samoocena związana jest z percepcją wsparcia emocjonalnego (0,32); wsparcia informacyjnego (0,414); rzeczowym (0,33); całościowym (0,414); wsparciem ze strony najbliższych (0,44); satysfakcją z życia (0,413); akceptacją niepłodności (-0,638); nadzieją (0,534), lękiem (-0,464), depresją (-0,623). Nie ma istotnych statystycznie różnic w poziomach zmiennych psychologicznych analizowanych ze względu na rodzaj niepłodności, czynnik niepłodności, metody leczenia niepłodności w przeszłości. Czas od diagnozy niepłodności różnicuje jedynie poziom nadziei- najwyższy poziom niepłodności mają kobiety wiedzące o niepłodności do 1 roku; najniższy kobiety zdiagnozowane powyżej 5 lat. Dla oszacowania wpływu zmiennych niezależnych (predyktorów) na dwie zmienne zależne – akceptacja własnej niepłodności i satysfakcja z życia zastosowano analizę regresji metodą krokową. Modele regresji okazały się być istotne statystycznie i wyjaśniał w przypadku satysfakcji z życia i akceptacji niepłodności około 40% zmiennej zależnej. Istotny wpływ odwrotnie proporcjonalny na satysfakcję z życia miały lęk i depresja, natomiast na akceptację własnej niepłodności wprost proporcjonalny wpływ miała depresja a odwrotnie proporcjonalny wpływ odnotowano dla predyktora jakim jest samooceny. Dla sprawdzenia struktury wewnętrznej grupy badawczej, zmienne wystandaryzowano i zastosowano analizę skupień by wyróżnić ewentualne grupy osób cechujących się istotnymi różnicami w zakresie badanych zmiennych – zastosowano metodę niehierarchiczną k-średnich. Wykazała ona wyodrębnienie się w ramach grupy badawczej trzech grup kobiet: efektywnie radzących sobie, grupę średnio radzącą sobie oraz nieefektywnie radzącą sobie z świadomą bezdziethością. Analizowane w badaniu zmienne są niezwykle istotne dla planowania programów psychoprofilaktycznych dla kobiet świadomie decydujących się pozostać bezdziethymi.

^a Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa im. Wojciecha Korfañtego, Katowice

Miejsce psychologa niepłodności w realiach polskich – rozważania psychologiczno-etyczne

/// **dr Aleksandra Dembińska**^a

Celem wystąpienia jest analiza miejsca psychologa niepłodności w realiach polskich. Niepłodność jako uznana przez Światową Organizację Zdrowia za chorobę społeczną. Szacuje się, że dotyka w Polsce co piątą parę w okresie reprodukcyjnym. Co raz więcej z nich sięga po fachową pomoc medyczną w komercyjnych klinikach leczenia niepłodności. Polskie realia dotyczące leczenia zaburzeń prokreacji różnią od innych krajów europejskich. Opieka lekarska jest na światowym poziomie, jednak opieka psychologiczna jest nadal w większości jedynie fakultatywna, co pociąga za sobą problemy we współpracy i komunikacji wewnątrz zespołu terapeutycznego. Polskie prawo w zakresie ustaw bioetycznych nadal nie jest uregulowane a dyskusja społeczna nad nimi jest burzliwa. To powoduje że zarówno personel medyczny jak i psychologiczny stają przed dylematami bioetycznymi swych pacjentów nie mając przepisów prawnych rozstrzygających. Zatem świadomość owych dylematów a także samoświadomość bioetyczna dla

psychologów niosących wsparcie parom niepełnym jest szczególnie istotna, tak by móc pozostać neutralnym światopoglądowo.

^a Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa im. Wojciecha Korfanteo, Katowice

Zdrowy duch – w (nie)sprawnym ciele /// **dr Urszula Dębska**^a

Studium przypadku osoby z nabytą niepełnosprawnością, która poprzez zróżnicowaną rehabilitację, włącznie jej w cykl zwyczajnego życia, codzienności - uczynienie elementem swojego (nie)zwyczajnego życia zaistniała na nowo. Powróciła do życia, „zdrowia”, radości życia wśród i dla innych.

^a Uniwersytet Wrocławski

Trening zdrowotny drogą ku lepszemu zdrowiu i wyższej jakości życia osób starszych /// **dr Urszula Dębska**^a **dr Małgorzata Kałwa**^a **prof. Halina Guła-Kubiszewska**^a **dr Wojciech Starościak**^a **mgr Anna Juszkiewicz**^b

Czasy globalizacji cechuje duża dynamika zmian, obejmujących przede wszystkim sferę ekonomii, gospodarki, polityki, obszar społeczny i kulturowy. Obserwuje się unifikację technologii i kultury, stylów życia, wzorców konsumpcji. Także w obszarze zachowań zdrowotnych niezbędnym staje się dokonanie zmian w świadomości i osobistych działaniach osób dla utrzymania zdrowia w jak najlepszej kondycji. Temu celowi m.in. służyć może uczestnictwo w specjalnie zaprogramowanych treningach zdrowotnych. Jednym z celów treningu jest poprawa sprawności fizycznej, funkcjonowania psychospołecznego uczestników, zdrowia somatycznego i psychicznego. Prezentujemy wstępne wyniki badań uczestniczek takiego treningu trwającego przez 9miesiący: aspekty biofizyczne i psychologiczne. Badaniom poddano 37 uczestniczek treningu zdrowotnego, prowadzonego w AWF we Wrocławiu w roku 2013/14 od października do czerwca. Założono cele ogólne treningu: wzmocnienie mięśni posturalnych, opanowanie technik stabilizujących kręgosłup, składały się z wielu celów pośrednich. Nadto same osoby badane stawiały sobie osobiste cele uczestnictwa w treningu. Uczestniczki treningu diagnozowano w kontekście wybranych zmiennych psychologicznych. Celem była próba wstępnego określenia sylwetki psychologicznej uczestniczek dobrowolnego, długoterminowego, darmowego treningu dla zdrowia. Diagnozowano ja cielesne (aspekt tożsamości atrybucyjnej), poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia, poczucie koherencji i globalną samoocenę, radzenie sobie ze stresem i poczucie jakości życia. W badaniach – obok rozbudowanego treningu zdrowotnego autorstwa M. Kałwy – zastosowano wybrane kwestionariusze psychologiczne: kwestionariusz MHLIC – umiejscowienia kontroli zdrowia, Kwestionariusz SOC-29 – poczucia koherencji, Kwestionariusz SES Rosenberga – samooceny, Kwestionariusz Tożsamości Atrybucyjnej dla określenia ja cielesnego, Radzenia sobie ze stresem COPE, Poczucia Jakości życia M. Straś-Romanowskiej, T. Frąckowiaka, A. Oleszkowicz.

^a Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław

^b Uniwersytet Wrocławski

Kwestionariusz radzenia sobie w trudnych sytuacjach społecznych: konfliktu, nacisku i oceny (KNO) przez młodzież szkół gimnazjalnych

/// **dr Dorota Domińska-Werbel**^a

The following article describes new research tool to diagnose the strategy of coping with difficult social situations used by adolescents. The author, professionally active psychologist, meets the adolescents on every day basis who are being experienced by variety of difficult social situations and she has noticed that the significant individual difference appears in the way the teenagers cope with the problem. At the theoretical base of the survey one can find a definition of difficult situation written by Maria Tyszkowa (1986, p14): „it's a combination of goals, acting conditions and possibilities of acting object where balance between them has been broken (...), it causes congestion of control system and negative emotions”. Due to previous surveys that were measuring the strategy of how young people cope with difficult social situation didn't provide the definite difficult social situation, it has been decided to make an attempt to create a new tool that, with a great precision, would identify 'clear' situation of social conflict, pressure and judgment and in the same to measure how to cope with difficult situations.

^a Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona, Legnica

Ocena sposobu żywienia studentów Uniwersytetu Warmińskiego – Mazurskiego w Olsztynie

/// **mgr inż. Anna Draszanowska**^a
prof. inż. Mirosława Karpińska-Tymoszczyk^a
mgr inż. Lidia Kurp^a
prof. inż. Marzena Danowska-Oziewicz^a
mgr inż. Joanna Świątek^a

Celem pracy była ocena sposobu żywienia studentów Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Metoda. Badania przeprowadzono w maju 2013 roku wśród 207 studentów Wydziału Nauki o Żywności i Wydziału Humanistycznego. Jako narzędzie badawcze posłużył kwestionariusz ankiety. Pytania dotyczyły ilości i regularności spożywanych posiłków w ciągu dnia, ilości przyjmowanych płynów, spożycia poszczególnych grup produktów oraz żywności typu fast-food, samooceny aktywności fizycznej i nawyków żywieniowych. Wyniki. Większość studentów jadła zalecaną ilość posiłków, jedynie ankietowani ze złą sytuacją materialną spożywali ich zbyt mało w ciągu dnia. Aż 30,4% mężczyzn nie spożywało pierwszego śniadania, najważniejszego posiłku w ciągu dnia. Około 1/4 kobiet konsumowało obiad okazjonalnie. Większość respondentów udzielała odpowiedzi, że stara się jeść posiłki regularnie oraz sięga między nimi po przekąski, takie jak owoce i słodycze. Połowa ankietowanych spożywała zalecaną ilość płynów, najczęściej była to woda mineralna niegazowana. Badani sporadycznie sięgali po żywność typu fast food. Wnioski. Ankietowani starali się przestrzegać zasad racjonalnego żywienia. Jednak ze względu na rozkład dnia zależny od zajęć na uczelni, który nie stwarzał warunków do właściwego sposobu żywienia nie zawsze było to możliwe. Studenci uznali swoją aktywność fizyczną za umiarkowaną.

^a Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn

Innowacyjne metody diagnostyki i korekcji stanu psychoemocjonalnego

/// **dr Victoria Dunaeva**^a

W swoim wystąpieniu chciałabym przedstawić wyniki mojej pracy na innowacyjnych urządzeniach, dzięki którym można określić stan siły/słabości systemu nerwowego, jego labilność, wydajność pracy w czasie,

umiejętność pracy w sytuacjach nadzwyczajnych. Innowacyjna technologia pomaga również określić sposób myślenia badanych osób oraz ich psychiczne mechanizmy obronne. Pozwała ocenić orientacyjnie stan ich układu autonomicznego w poszczególnych okresach. Badania przeprowadzone w ramach wspólnej pracy z lekarzem-internistą mają na celu opracowanie własnej metodyki powrotu do właściwego stanu równowagi psychovegetatywnej dla osób po ciężkich doświadczeniach życiowych. Badania wykonywane są z ramienia sekcji Psychologii Zdrowia (Oddział Psychologii Systemowej) Europejskiej Akademii Nauk Przyrodniczych w Hanowerze (Niemcy).

^a Laboratorium innowacyjne

Health psychology in health promotion: New Health Challenges Cries for New Thoughts and Ideas

/// **prof. Geir Arild Espnes** ^a

More and more of the negative trends in the health panorama have a societal outset where people's health most often is a result of personal choice, how they live their lives and in what way societies allow for choosing healthy alternatives. In achieving the behaviour changes in populations, that are needed to create a more favorable health development and outcome, health psychologists become central players. It has for a number of years been stated that health psychologists should to a larger extent be a science of promoting positive health behaviors in the general population, rather than wait till people become ill or diseased. The need for new tools and ways to work in the health area has become increasingly evident and points to need a necessary change in the way of thinking. Some even call it need for, or an on-going shift in paradigm. The lectures summarize the modern societies present health challenges, discuss the differences between the new health practice and research agenda with the previous, and set out to give examples on how health psychologists must be part in making a difference in addressing health challenges in new ways by working more together with other disciplines. It also underlines the need for health psychologists to direct their thinking in new ways both in practice and research.

^a Norwegian University of Science and Technology, Trondheim

Mądrość życiowa i prężność jako zasoby do radzenia sobie ze stresem w średniej i późnej dorosłości

/// **ks. mgr Adam Falewicz** ^a
prof. Stanisława Steuden ^a

Celem przeprowadzonych badań było ustalenie relacji zasobów osobistych, jakimi są mądrość życiowa i prężność w stosunku do strategii radzenia sobie z codziennymi wydarzeniami w średniej i późnej dorosłości. Badaniu poddano grupę 166 osób w średniej (N=80) i późnej dorosłości (N=86). W badaniach wykorzystano: Trzywymiarową Skalę Mądrości Życiowej (3D-WS) autorstwa Ardelt, w adaptacji Steuden i Brudka, Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25) Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego oraz Kwestionariusz Reakcji na Codzienne Wydarzenia (PCI) Sęka, Pasikowskiego, Tauberta, Greenglass i Schwarzera. Porównano grupy pod względem badanych zmiennych i w każdej z grup obliczono korelacje mądrości i prężności ze strategiami z kwestionariusza PCI. Porównania grup wiekowych wykazały różnice w zakresie poziomu mądrości i stosowanych strategii zaradczych. Mądrość (a zwłaszcza wymiar afektywny) korelowała dodatnio z adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie głównie u osób starszych. Prężność w obu grupach była pozytywnie związana z korzystnymi strategiami zaradczymi. Rezultaty badań prowadzą do wniosku, że prężność pełni znaczącą rolę w wyjaśnianiu preferencji adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem w grupie osób w średniej dorosłości, natomiast u osób starszych taką rolę obok prężności pełni afektywny wymiar mądrości. Pielęgnowanie oraz rozwój mądrości i prężności może zatem spełniać ważną rolę

w podejmowaniu właściwych kroków w zmaganiu się ze starzeniem się i chorobą.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Podjęcie decyzji przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną – /// **mgr Agnieszka Fusińska-Korpik**^a *zagadnienia metodologiczne*

Dokonywanie wyborów i podejmowanie decyzji jest bardzo ważnym elementem życia każdego człowieka, stanowiącym o postrzeganej niezależności, godności i poczuciu własnej wartości. Możliwość efektywnego podejmowania decyzji, a więc wpływania na swoje życie ma pozytywny wpływ na jego postrzeganą jakość. Wolność wyboru jest czynnikiem kształtującym naszą tożsamość, a zwiększanie kontroli nad własnym życiem jest jednym z najważniejszych zadań okresu adolescencji. Pomimo zmian w postrzeganiu osób z niepełnosprawnością intelektualną, wciąż nie dostrzega się istotnej roli podejmowania decyzji w poprawie ich jakości życia. Osoby z niepełnosprawnością intelektualną często deklarują niewielką możliwość samodzielnego podejmowania decyzji w życiu codziennym. Problematyka ta jest szczególnie widoczna w przypadku osób zamieszkałych w ośrodkach stałego pobytu. Celem niniejszej prezentacji jest przedstawienie metod badań procesu podejmowania decyzji przez osoby z niepełnosprawnością intelektualną. Na podstawie przeglądu literatury z zakresu psychologii zdrowia i rehabilitacji zaprezentowane zostaną główne podejścia metodologiczne w obszarze badań obejmujących podejmowanie decyzji w omawianej grupie. Zostaną przedstawione przykłady narzędzi używanych do oceny procesu podejmowania decyzji. Ponadto, zostanie zaprezentowane narzędzie własnej konstrukcji mające służyć ocenie procesu podejmowania decyzji przez młodzież z niepełnosprawnością intelektualną. Sformułowane zostaną wnioski dotyczące perspektywy dalszych potrzeb metodologicznych w omawianym obszarze.

^a Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Radzenie sobie a akceptacja choroby i zadowolenie z życia kobiet z rakiem piersi i rakiem szyjki macicy /// **dr Anita Gałuszka**^a *prof. inż. Adam Gałuszka*^b

W badaniu poszukiwano różnic w sposobach radzenia sobie z chorobą nowotworową przez dwie niezależne grupy kobiet chorujących na raka piersi i raka szyjki macicy oraz sprawdzono czy istnieją zależności pomiędzy wybranymi zmiennymi. Grupę badawczą stanowiło 140 kobiet (80 z diagnozą raka piersi i 60 leczących się z powodu raka szyjki macicy). Ze względu na stan chorych badanie było wykonane jednorazowo. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini Mac, Skalę Satysfakcji z Życia SWLS oraz Skalę Akceptacji Choroby AIS (wszystkie w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego). Dokonane analizy statystyczne wykazały występowanie istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami chorych w zakresie radzenia sobie z chorobą. Różnice te odnosiły się zarówno do konstruktywnych strategii radzenia sobie ($t=4.1571$, $p=0,0001$) jak i destruktywnych strategii radzenia sobie ($t=-26.4335$, $p=0,000$). Ponadto istnieje szereg istotnych zależności, m.in. pomiędzy satysfakcją z życia i akceptacją choroby u kobiet z rakiem piersi ($\rho=0,325$, $p=0,0032$) oraz u kobiet z rakiem szyjki macicy ($\rho=0,59$, $p=0,000$), a także zadowoleniem z życia a podejmowaniem strategii konstruktywnych u kobiet z rakiem szyjki macicy ($\rho=0,523$, $p=0,000$). Poczucie satysfakcji z życia i akceptacja choroby korelują ze sobą dodatnio niezależnie od choroby. Typ schorzenia odzwierciedla się jednak w stosowanych strategiach zaradczych chorych.

^a Uniwersytet Śląski, Katowice

^b Politechnika Śląska, Gliwice

Związek jakości życia ze spostrzeganą własną skutecznością wśród pacjentów kardiologicznych – systematyczny przegląd oraz meta-analiza

mgr Anna Gancarczyk^a
mgr Katarzyna Czekierda^a
prof. Aleksandra Łuszczynska^{a, b}

Przeprowadzenie meta-analizy związku jakości życia ze spostrzeganą własną skutecznością wśród pacjentów cierpiących z powodu chorób układu krążenia (CHUK) oraz systematyczny przegląd interwencji skierowanych do tej grupy pacjentów. Dokonano przeglądu pełnotekstowych baz danych: PsycINFO, PsycARTICLES, AcademicSearch Complete, Health Source: Nursing/Academic Edition oraz MEDLINE pod kątem dostępnej literatury i otrzymano 503 artykuły z których 33 spełniły kryteria włączenia do systematycznego przeglądu (n = 24) oraz meta-analizy (n = 9). Wyniki meta-analizy pokazały istotny ogólny efekt związku jakości życia ze spostrzeganą własną skutecznością (weighted $r = 0.436$; $p < 0.001$). Wśród badań opisujących interwencje różnego typu dla osób chorujących z powodu CHUK, 42% interwencji było skierowanych na zachowania związane z samodzielnym zarządzaniem, 29% dotyczyło zwiększania aktywności fizycznej, 19% zachowań specyficznych (dieta, dawkowanie leków), natomiast 10% interwencji stanowiła ustrukturyzowana rehabilitacja kardiologiczna. Większość interwencji (86%) była skuteczna w odniesieniu do wskaźników podnoszenia poziomu jakości życia oraz spostrzeganej samoskuteczności. Podnoszenie poziomu spostrzeganej własnej skuteczności jest efektywną metodą polepszania poziomu jakości życia pacjentów cierpiących z powodu CHUK.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wrocław

^b University of Colorado

Kwestionariusz oceny prężności (KOP-26): konstrukcja i właściwości psychometryczne narzędzia

dr Krzysztof Gąsior^{a, b}
prof. Jan Chodkiewicz^c
mgr Wojciech Cechowski^b

Referat prezentuje cechy i właściwości psychometryczne polskiego kwestionariusza (KOP-26) badającego konstrukt prężności wśród dorosłych. Składa się on z 26 itemów ocenianych na skali 5-punktowej. Badania psychometryczne przeprowadzono na próbie 502 studentów (średni wiek badanych wyniósł 25,2 lat; 66,5% kobiet i 33,5% mężczyzn). W wyniku zastosowania eksploracyjnej i konfirmacyjnej analizy czynnikowej uzyskano 3-czynnikową strukturę kwestionariusza (wyjaśniającą 46,1% całkowitej wariancji). Wewnętrzna zgodność kwestionariusza ustalono na podstawie alfy Cronbacha, wyniosła ona dla całego narzędzia 0,89, zaś dla poszczególnych czynników od 0,78 do 0,90. Trafność KOP-26 oceniona została poprzez korelacje z innymi narzędziami mierzącymi prężność (SPP-25, $r = 0,71$; ER/SSP, $r = 0,59$), koherencję (SOC-29, $r = 0,59$) i wsparcie społeczne (F-SozU, $r = 0,56$). Uzyskane wyniki okazały się zadowalające. Kwestionariusz w swej strukturze definiuje prężność poprzez ocenę kompetencji osobistych, rodzinnych i społecznych.

^a Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

^b Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji, Kielce

^b Uniwersytet Łódzki

Ocena psychospołecznego funkcjonowania osób zmagających się z chorobą zakaźną

///

ks. mgr Michał Glaza^a
mgr Monika Guzewicz^a
ks. mgr Adam Falewicz^a

Celem prowadzonych badań było poznanie sytuacji psychospołecznej osób leczących się ambulatoryjnie na oddziale zakaźnym i jej opis w kontekście posiadanych zasobów. Metoda: Porównano grupę osób chorych leczących się na oddziale zakaźnym SPSK 1 w Lublinie oraz grupę kontrolną (osoby zdrowe). Zastosowano następujące metody badawcze: Skala Akceptacji Życia z Chorobą, Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE, Inwentarz Osobowości NEO-FFI, Skala Tendencji do Przebaczenia TTF/TTA, Skala Pomiaru Prężności SPP-25, Kwestionariusz Oceny Martwienia się PSWQ oraz Kwestionariusz RCOPE. Zastosowano analizę porównawczą obu grup oraz analizę regresji w grupie osób chorych. Uzyskano istotne różnice pomiędzy badanymi grupami w zakresie mierzonych zmiennych psychospołecznych. Uzyskane wyniki przeprowadzonych badań ukazują obciążenie psychiczne i emocjonalne występujące u osób chorujących na chorobę zakaźną. Ważnym czynnikiem różnicującym okazał się rodzaj choroby zakaźnej oraz obarczanie winą za zachorowanie siebie lub inne osoby lub czynniki.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Znaczenie Infolinii Onkologicznej w profilaktyce chorób nowotworowych i promocji zdrowia

///

mgr Dorota Grabowska^a
mgr Izabela Malicki^a

Działająca od ponad trzech lat w Wojewódzkim Centrum Onkologii w Gdańsku Infolinia Onkologiczna Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego odebrała ponad półtora tysiąca połączeń. Około jedna czwarta z nich dotyczyła zagadnień profilaktyki chorób nowotworowych, badań przesiewowych i diagnostycznych, właściwej diety i zdrowego stylu życia. Dzwoniący telefonowali do Infolinii zaniepokojeni różnymi zmianami w swoim ciele. Wielu spośród nich z obawy przed negatywną diagnozą zwlekało z podjęciem decyzji o pójściu do lekarza. Zadaniem wolontariuszy wielokrotnie było zmotywowanie rozmówcy do konsultacji ze specjalistą. Podczas dyżurów wolontariusze podnoszą poziom wiedzy dzwoniących na temat czynników ryzyka zachorowania na nowotwory, rozwiewają mity dotyczące raka wykorzystując metody psychoedukacyjne, uczą także jak dbać o siebie i swoich bliskich, zachęcając do wykonywania badań profilaktycznych adekwatnych do wieku takich jak mammografia czy cytologia. Dzięki zwiększaniu świadomości telefonujących jak ważna jest profilaktyka w chorobach nowotworowych i jak można skutecznie zapobiegać rakowi, zmniejszają poziom lęku wynikający z niedostatecznej wiedzy. Infolinia Onkologiczna stawia sobie także za cel systematyczne edukowanie społeczeństwa organizując panele dyskusyjne i warsztaty na temat promocji zdrowia wśród mieszkańców województwa pomorskiego takie jak marcowy Dzień Świadomości Onkologicznej "Kochasz - zadbaj o zdrowie".

^a Infolinia Onkologiczna PTPO, Gdańsk / Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

Temperament i atmosfera wychowawcza a prężność osobowa u młodzieży

///

mgr Joanna Grądział^a
prof. Agnieszka Kulik^a

Prężność osobowa jest ważnym zasobem zdrowotnym młodzieży. Postanowiono sprawdzić czy cechy temperamentu i atmosfera wychowawcza wiążą się z poziomem prężności osobowej u młodzieży. Badanie przeprowadzono na grupie młodzieży licealnej (143 dziewcząt i 75 chłopców) w wieku 15 i 16 lat. Zasto-

sowano następujące metody: Skala do pomiaru prężności dla dzieci i młodzieży – SPP – 18 N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego, Kwestionariusz Temperamentu EAS-D A.H. Bussa i R. Plomina, Kwestionariusz Stosunków między Rodzicami a Dziećmi PCR A. Roe i M. Siegelmana. Za pomocą analizy skupień metodą k-średnich wyróżniono cztery skupienia ze względu na układ cech temperamentu, postaw rodzicielskich oraz poziom prężności osobowej: trzy grupy z wysokim poziomem prężności osobowej i jedną grupę z niskim poziomem prężności. Niski poziom prężności osobowej wiąże się z wysokim: niezadowolaniem, strachem, złością oraz odrzuceniem i brakiem troski okazywanym przez oboje rodziców. Elementem wspólnym dla grup z wysokim poziomem prężności osobowej, a jednocześnie różniącym je od grup z niskim poziomem prężności, jest wysoka aktywność i towarzyskość. Na podstawie wyników analizy regresji metodą wprowadzania stwierdzono, że przyjęty model zmiennych wyjaśnia około 31% zmienności w zakresie prężności osobowej zbadanej młodzieży. Największe znaczenie dla kształtowania prężności osobowej w badanej grupie mają cechy temperamentu.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Zachowania zdrowotne uczestników maratonów kolarstwa górskiego

/// **dr Magdalena Gruszczyńska**^a
dr Monika Bąk-Sosnowska^a
prof. Ryszard Plinta^a

Określenie poziomu oraz czynników wpływających na podejmowanie zachowań zdrowotnych uczestników maratonów kolarstwa górskiego oraz zależności między zmiennymi. Zbadano 819 uczestników maratonów kolarstwa górskiego (82,17% mężczyzn i 17,83% kobiet), średnia wieku 34,85±8,7 lat. Zastosowano: Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) oraz ankietę własną. 58,49% badanych przejawiało zachowania prozdrowotne. Ponad połowa badanych codziennie lub kilka razy w tygodniu dostosowywało swoją dietę do uprawianej dyscypliny sportowej (59,22%), rzadziej niż raz w tygodniu jadało w restauracjach typu „Fast-Food” (54,21%). Większość badanych (64,35%) bardzo dobrze lub dobrze oceniało swoją umiejętność radzenia sobie ze stresem, jednocześnie większość badanych (86,69%) codziennie lub kilka razy w tygodniu stosowało działania poprawiające samopoczucie psychiczne. W analizie jednoczynnikowej wykazano zależność pomiędzy sytuacją partnerską, posiadaniem dzieci, wiekiem oraz ilością czasu poświęcaną na treningi a zachowaniami prozdrowotnymi. Uczestnicy maratonów kolarstwa górskiego są grupą zróżnicowaną pod względem podejmowanych zachowań zdrowotnych. Istnieje zależność między poziomem motywacji osiągnięć a podejmowanymi przez osoby badane zachowaniami zdrowotnymi. Istotną rolę odgrywa wiek oraz ilość czasu poświęcana tygodniowo na aktywność fizyczną.

^a Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

Adaptacja do macierzyństwa

/// **dr Eufrozyna Gruszecka**^a

Przedmiotem badań był związek między wybranymi czynnikami społecznymi i podmiotowymi a adaptacją do macierzyństwa. W badaniu uczestniczyły kobiety wychowujące swoje pierwsze dziecko w pierwszym roku jego życia, w tym 40 kobiet wychowujących dziecko samotnie i 40 wspólnie z jego ojcem. Wszystkie respondentki wypełniły kwestionariusz, przy pomocy którego zbierano dane o warunkach ich życia i sytuacji rodzinnej oraz pakiet standardowych kwestionariuszy mierzących: siłę nadziei podstawowej, poczucie koherencji, wsparcie społeczne oraz pozytywne skutki zdarzeń traumatycznych / przełomowych. Ponadto proszono je o oszacowanie poziomu zysków i kosztów podjęcia roli matki przy pomocy skali przygotowanej na potrzeby badania. Badanie ujawniło znaczące związki między wymienionymi czynnikami podmiotowymi i społecznymi a (1) poziomem pozytywnych zmian rozwojowych jako konsekwencji zmagania się z problemami wynikającymi z podjęcia roli matki oraz (2) spostrzeganymi zyskami/kosztami macierzyństwa. Poziom zmian rozwojowych oraz spostrzeganych kosztów i/zysków okazał się odmienny w porównywanych grupach matek. Rezultaty sugerują, że przeświadczenie o stabilnym porządku świata i jego przychylności ludziom, poczucie koherencji oraz wsparcie społeczne są

ważnymi zasobami sprzyjającymi adaptacji do macierzyństwa.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Sopot

Rola wdzięczności w adaptacji do sytuacji trudnych

/// **dr Eufrozyna Gruszecka**^a

W badaniach testowano zakładany związek między skłonnością do wdzięczności a dobrostanem psychicznym osób z niepełnosprawnością wzroku (badanie 1) i chorych przewlekle (badanie 2). Celem badania drugiego była ponadto obserwacja związku między wdzięcznością a poziomem wzrostu po-traumatycznego w kontekście diagnozy/rozwoju choroby przewlekłej i reagowaniem na bieżące wsparcie społeczne. Uczestnicy badania 1 - osoby niewidome i niedowidzące (N=80), wypełniali (z pomocą badacza) w warunkach aktywizacji wdzięczności skale dobrostanu rozumianego hedonistycznie i eudajm-nistycznie, w tym skalę SWLS, Skalę Więzi Społecznych i Skalę Zaufania do Ludzi, a następnie skalę GQ-6 i BDW, mierzące skłonność do wdzięczności. Uczestnicy badania 2 – osoby chore na stwardnienie rozsiane (N=62), wypełniali skalę SZŻ, mierzącą wzrost potraumatyczny, szacowały swoje prawdopodobne reakcje na przedstawiona im sytuację wsparcia w potrzebie oraz wypełniali skale analogiczne jak w badaniu 1. Okazało się, że w obu badanych grupach skłonność do wdzięczności koreluje pozytywnie z satysfakcją z życia, dobrocią relacji społecznych i zaufaniem do ludzi. Badanie 2 ujawniło ponadto pozytywne związki między wdzięcznością a wzrostem potraumatycznym i nieuprzedzonym przyjmowaniem bieżącej pomocy. Wyniki sugerują, że skłonność do wdzięczności może pełnić rolę zasobu sprzyjającego adaptacji do sytuacji trudnych i prognozuje umiejętność przyjmowania niezbędnej pomocy w sposób niezagrażający dobrostanowi własnemu i relacji z dobroczyńcą.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Sopot

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży – porównanie grup niskiego i wysokiego ryzyka

/// **prof. Iwona Grzegorzewska**^a

Celem prezentowanych badań empirycznych jest analiza poziomu zdrowia psychicznego wśród dzieci z rodzin wysokiego ryzyka (dzieci ojców z problemem alkoholowym) i ich rówieśników z rodzin niskiego ryzyka. Analizując literaturę przedmiotu w zakresie zdrowia dzieci i młodzieży z grup ryzyka przyjęto założenie, że dzieci uzależnionych ojców we wszystkich badanych okresach rozwojowych będą prezentowały niższy poziom zdrowia w porównaniu z dziećmi z grup kontrolnych. Ilustracją poziomu zdrowia psychicznego badanych było nasilenie objawów psychopatologicznych, poziom realizacji aktualnych zadań rozwojowych oraz poczucie satysfakcji życiowej. Badaniami objęto 540 osób w trzech grupach wiekowych: średnie dzieciństwo, wczesna i późna adolescencja. Do oceny poziomu zdrowia wykorzystano Kwestionariusz Diagnostyczny Achenbacha, Kwestionariusz Realizacji Zadań Rozwojowych oraz skróconą wersję Uczniowskiej Skali Satysfakcji Życiowej. Uzyskane wyniki badań wskazują na nasilone problemy ze zdrowiem w grupie wysokiego ryzyka. Problemy ze zdrowiem ujawniają się we wszystkich mierzonych obszarach i we wszystkich grupach wiekowych, w sposób szczególny jednak w okresie średniego dzieciństwa. Na podstawie uzyskane wyniki badań można określić charakterystykę badanych grup pod kątem ich zdrowia psychicznego. Zwiększone prawdopodobieństwo problemów ze zdrowiem psychicznym u dzieci z grup ryzyka zarówno w wymiarze klinicznym (psychopatologicznym) jak i rozwojowym stanowi ważną implikację dla osób pracujących z rodzinami z problemem alkoholowym.

^a Uniwersytet Zielonogórski

Cechy temperamentalne i aleksytymia a radzenie sobie ze stresem u osób z chorobami dermatologicznymi

///

mgr Monika Guzewicz^a
Sylwia Kupidura^a
prof. Stanisława Steuden^a

Zasadniczym celem pracy była próba udzielenia odpowiedzi na pytanie czy istnieją różnice w zakresie cech temperamentalnych, aleksytymii i sposobów radzenia sobie ze stresem pomiędzy osobami cierpiącymi na choroby dermatologiczne a osobami zdrowymi. W celu udzielenia odpowiedzi na pytanie przeprowadzono badanie grupy 80 osób. Do grupy badawczej zakwalifikowano 40 osób. W skład grupy kontrolnej weszła taka sama liczba badanych. W badaniach zastosowano następujące metody: Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu FCZ-KT (J. Strelau), Toronto Alexithymia Scale TAS-26 (G. J. Taylor, R. M. Bagby, J. D. A. Parker) oraz Kwestionariusz Radzenia Sobie W Sytuacjach Stresowych CISS (N. S. Endler, J. D. A. Parker). Model badawczy ma charakter porównawczy i korelacyjny. Uzyskano istotne różnice pomiędzy badanymi grupami. Osoby z grupy chorych miały niższe zdolności radzenia sobie ze stresem oraz zróżnicowany temperament. Na podstawie uzyskanych wyników możliwe było przedstawienie sytuacji psychologicznej osób z objawami chorób dermatologicznych. Dzięki temu istnieje możliwość podniesienia jakości opieki medycznej jaką objęte są te osoby, a także ułatwienia kontaktu lekarz-pacjent.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Struktura osobowości i obraz własnego ciała a skłonność do zachowań anorektycznych u kobiet we wczesnej dorosłości

///

mgr Monika Guzewicz^a
Kinga Słowik^a
prof. Stanisława Steuden^a

Celem prowadzonych badań było określenie czy i jakie istnieją związki pomiędzy poszczególnymi wymiarami osobowości oraz samooceną ogólną i poszczególnych części ciała, a skłonnością do stosowania zachowań anorektycznych u młodych kobiet. Ponadto dokonano analizy porównawczej wymienionych zmiennych u grup o różnym nasileniu zachowań anorektycznych. Badaniem objęto 128 kobiet w wieku 18-35 lat, które podzielono na trzy grupy: niskie zachowania anorektyczne (NZA, N=28), średnie zachowania anorektyczne (ŚZA, N=67), wysokie zachowania anorektyczne (WZA, N=33). Do badania wykorzystano Inventarz Osobowości NEO-FFI, Kwestionariusz do Badania Indywidualnego Stosunku do Jedzenia, Kwestionariusz Samooceny Wygląd, Rysunkowy Arkusz Samooceny Wyglądu oraz Ankietę socjodemograficzną. Wykazano istotny statystycznie dodatni związek pomiędzy nasileniem neurotyczności, samooceną ogólną oraz wybranymi częściami ciała a poziomem zachowań anorektycznych. Udowodniono, że grupa WZA posiada znacząco wyższą neurotyczność od grup ŚZA i NZA oraz istotnie niższą samoocenę ogólną i mniejsze zadowolenie z wybranych części ciała w porównaniu z grupami o niższym nasileniu zachowań anorektycznych. Dodatkowo dla grupy WZA znaczenie pozytywnej oceny części ciała ma większą wagę niż dla pozostałych grup. Badania wskazują na istnienie ogólnego dodatniego związku pomiędzy zadowoleniem z własnego ciała i z jego części a nasileniem zachowań anorektycznych u młodych kobiet. Związek wymiarów osobowości i zachowań anorektycznych wymaga dalszych badań.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Niesamobójcze zachowania autoagresywne – dostrzeganie i zapobieganie /// **Joanna Halicka**^a

Celem badania jest pokazanie jak najbliższe otoczenie młodzieży, a więc członkowie rodziny i rówieśnicy, postrzegają zachowania autoagresywne i jak na takie zachowania reaguje. W tym celu 262 osobom o średniej wieku 19 lat przedstawiono 12 opisów przypadków dotyczących różnych rodzajów autoagresywnych zachowań, takich jak cięcia, podpalania, itp. stworzonych na potrzeby badania. Następnie badani wskazywali dlaczego wydaje im się że dany przypadek można zaklasyfikować jako niesamobójcze zachowanie autoagresywne i jak zareagowaliby w takiej sytuacji. Uczestnicy badani właściwie odróżniali przypadki nie samobójczych zachowań autodestrukcyjnych od przypadkowego skaleczenia czy prób samobójczych. Nie potrafili jednak wykazać funkcji tych zachowań. W kwestii reagowania, uczestnicy deklarowali, że spróbowaliby zapewnić bezpośrednie bezpieczeństwo emocjonalne osoby, u której zaobserwowaliby zachowania autodestrukcyjne. Te wyniki sugerują, że najbliższe otoczenie nie jest świadome dlaczego młodzież wykazuje zachowania autoagresywne.

^a Uniwersytet Wrocławski

Radzenie sobie w diadzie na przykładzie treningu umiejętności tanecznych /// **prof. Irena Heszen**^a **mgr Luiza Almirón**^a **dr Zuzanna Kwissa-Gajewska**^a

Celem projektu było poszukiwanie specyfiki radzenia sobie w diadzie. Ta forma, mimo powszechnej obecności w warunkach stresu życiowego, dopiero od niedawna staje się przedmiotem badań. W badaniach uczestniczyło pięć par (N=10) uczących się tanga argentyńskiego. Ze względu na eksploracyjny charakter stosowano metodę wywiadu swobodnego z każdą osobą oddzielnie. Jakościowa analiza materiału polegała na wyodrębnieniu strategii radzenia sobie, a następnie ich wielowymiarowej ocenie przez dwóch niezależnych sędziów. Dla wszystkich badanych trening taneczny okazał się źródłem stresu o co najmniej umiarkowanym natężeniu. W wyniku analizy strategii ze względu na funkcję okazało się, że dominuje regulacja emocji (67 różnych technik) następnie koncentracja na zadaniu (33 techniki), wreszcie przewartościowanie sytuacji (25 technik). Ta sama technika radzenia sobie pełnić może różne funkcje. Interesującym i nieoczekiwanym wynikiem badań była obserwacja, że dodatkowym źródłem stresu jest relacja między partnerami w diadzie. Kształtowanie tej relacji staje się celem radzenia sobie, równorzędnym z uczeniem się umiejętności tanecznych. Między tymi dwoma nurtami aktywności (wykonywaniem zadania i kształtowaniem relacji) zachodzą złożone zależności. Radzenie sobie w diadzie uruchamia dwa nurty aktywności, jeden ukierunkowany na oryginalne źródło stresu, drugi mający na celu kształtowanie relacji między partnerami. W aktywności tej wykorzystywane są różnorodne techniki, wykraczające poza zakres dostępnych kwestionariuszy samoopisowych.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

Zdrowienie w schizofrenii – zaburzenia funkcji poznawczych jako prognostyczne markery psychospołecznego funkcjonowania /// **dr Beata Hintze**^a

Celem badań było określenie związków między funkcjonowaniem psychospołecznym a zaburzeniami poznawczymi w grupach osób chorych na schizofrenię z różnym okresem zachorowania i czasem trwania choroby. Zbadano 93 osoby z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej z różnym okresem zachorowania

i czasem trwania choroby, w tym 33 adolescentów, 60 osób dorosłych z co najmniej 10-letnim czasem trwania psychozy: 30 osób z wczesnym zachorowaniem na schizofrenię i 30 z zachorowaniem w okresie dorosłości. Do oceny funkcjonowania poznawczego zastosowano testy: Test Sortowania Kart Wisconsin, Test N-back, Test Łączenia Punktów A i B, Test Uczenia się 15 słów Rey'a (młodzież), Kalifornijski Test Uczenia się Językowego (dorośli). Do oceny nasilenia objawów psychopatologicznych zastosowano Skalę Objawów Pozytywnych i Negatywnych (PANSS), a do oceny ogólnego funkcjonowania skalę C-GAS (młodzież), GAF (dorośli). W każdej z grup klinicznych uzyskano istotne związki pomiędzy ogólną oceną funkcjonowania psychospołecznego, a wynikami testów poznawczych i objawami psychopatologicznymi. Znacznie obniżone funkcjonowanie psychospołeczne związane było z nasilonymi dysfunkcjami poznawczymi. Uwidaczniało się ono w niemożności kontynuowania nauki lub pracy zawodowej, w ograniczeniu samodzielnego funkcjonowania. Osoby z nasilonymi zaburzeniami poznawczymi powinny być objęte interwencjami terapeutycznymi zawierającymi treningi funkcji poznawczych. Treningi te mogą wspomóc proces zdrowienia zmniejszając negatywne konsekwencje schizofrenii i ułatwiając powrót do pełnienia wcześniejszych ról społecznych.

^a Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa

Związek sarkoidozy z objawami lękowymi i spektrum panicznym

/// **dr Paweł Holas**^a
prof. Joanna Domagała-Kulawik^b

Sarkoidoza jest uogólnioną chorobą ziarniniakową mogącą zająć każdy narząd, choć najczęściej lokuje się w płucach. Jej podłoże jest autoimmunologiczne i słabo poznane. Mimo, że uważa się, iż czynniki psychologiczne grają rolę w jej rozwoju, zaostrzeniach i rokowaniu, niewiele przeprowadzono badań dotyczących tych zagadnień. Celem prezentacji jest przedstawienie wyników badania, którego celem była ocena związku objawów sarkoidozy z zaburzeniami emocjonalnymi i regulacją emocjonalną. W szczególności poddano ocenie związek kluczowego objawu – duszności ze spektrum objawów panicznych, obserwowany w niektórych chorobach oskrzelowo-płucnych. 74 (33 kobiet) pacjentów wzięło udział. Badania potwierdziły istotnie wyższe poziomy lęku, wrażliwości na lęk oraz doznań cielesnych związanych z lękiem panicznym. Oceniania subiektywnie duszność okazała się mieć związek z przekonaniami dotyczącymi konsekwencji zdrowotnych lęku i jego objawów, oraz objawami depresji i długością chorowania. Wyniki wskazują na istotne znaczenie czynników psychologicznych oraz sugerują uwzględnienie interwencji skierowanych na regulację emocjonalną w protokołach terapeutycznych tej choroby.

^a Uniwersytet Warszawski

^b Warszawski Uniwersytet Medyczny

Zachowania dzieci związane z ukrywaniem przekąsek jako mediator pomiędzy restrykcyjnymi zachowaniami rodziców a masą ciała dzieci. Badania diadyczne

/// **mgr Karolina Horodyska**^a
mgr Natalia Liszewska^a
prof. Aleksandra Łuszczynska^{a, b}

Celem badań było sprawdzenie czy istnieje związek pomiędzy praktykami rodzicielskimi polegającymi na stosowaniu restrykcji dotyczących jedzenia w stosunku do dzieci (zgłaszanymi przez rodziców); zachowaniami dzieci dotyczącymi ukrywania niezdrowych przekąsek (zgłaszanymi przez dzieci) a masą ciała i tkanką tłuszczową dzieci. Przebadanych zostało 859 diad: dzieci (w wieku 6-11 lat) oraz rodziców. W badaniach zostały wykorzystane metody kwestionariuszowe np. Comprehensive Feeding Practices Questionnaire (Musher-Eizenman i Holub, 2007), Hiding Behavior Questionnaire (Łuszczynska 2012) oraz obiektywne

pomiary masy ciała i tkanki tłuszczowej. Raportowany przez rodziców, wysoki poziom stosowania restrykcyjnych praktyk wobec dzieci (kontrola spożywanych przez dzieci produktów spożywczych, ograniczanie słodkich i słonych przekąsek) był predyktorem zachowań dzieci związanych z ukrywaniem przekąsek (ukrywanie niezdrowych słodkich lub słonych przekąsek, jedzenie więcej niż pozwalają rodzice), co w konsekwencji było związane z masą ciała dzieci. Zachowania dzieci związane z ukrywaniem niezdrowych przekąsek pełniły więc rolę mediatora pomiędzy restrykcyjnymi zachowaniami rodziców a masą ciała dzieci. Rodzice którzy silnie stosują restrykcje dotyczące jedzenia w stosunku do dzieci mogą w ten sposób promować wzrost masy ciała dzieci.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wrocław

^b University of Colorado

Charakterystyki dobrych praktyk w interwencjach i działaniach politycznych promujących zdrową dietę i aktywność fizyczną: wyniki parasolowego przeglądu literatury

mgr Karolina Horodyska ^a

prof. Aleksandra Łuszczynska ^{a, b}

dr Gun Roos ^c

/// **dr Matthijs van den Berg** ^d

dr Marieke Hendriksen ^d

mgr Karolina Zarychta ^a

prof. Ilse De Bourdeaudhuij ^e

prof. Johannes Brug ^f

Celem przeglądu parasolowego była identyfikacja dobrych praktyk w interwencjach i działaniach politycznych dotyczących aktywności fizycznej, zachowań siedzących oraz diety. Jako model ramowy wykorzystano propozycję Światowej Organizacji Zdrowia, sugerującą podział dobrych praktyk na trzy domeny dotyczące: (1) głównych charakterystyk interwencji/polityki, (2) monitoringu i ewaluacji efektów (3) implementacji. Przegląd parasolowy został przeprowadzony w ramach projektu DEDIPAC Knowledge Hub (the Knowledge Hub on the DEterminants of DIet and Physical ACTivity). Parasolowy przegląd literatury wykorzystuje metody systematycznego przeglądu do wyłonienia systematycznych przeglądów oraz dokumentów kluczowych interesariuszy formułujących polityki prozdrowotne. Analiza objęła 7 baz danych i zbiory dokumentów 7 interesariuszy. Wyłoniono i przeanalizowano 1926 i 8279 dokumentów. 99 dokumentów spełniło kryteria włączenia i kryteria jakościowe. 25% charakterystyk uzyskało poparcie przez minimum 4 systematyczne przeglądy lub przez minimum 3 dokumenty interesariuszy; charakterystyki które spełniły ten warunek progowy zostały uznane za wystarczająco poparte. Analiza wykazała 149 charakterystyk dobrych praktyk, z czego 53 uzyskały wystarczające poparcie. Wyodrębniono 18 głównych charakterystyk; uzyskano 18 charakterystyk dotyczących monitoringu i ewaluacji oraz wykryto 17 charakterystyk dotyczących implementacji. Uzyskane dane pozwoliły na sformułowanie listy dobrych praktyk, opartych o dane empiryczne oraz rekomendacje głównych światowych interesariuszy. Lista może służyć badaczom, praktykom i interesariuszom przygotowującym interwencje i polityki prozdrowotne.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wrocław

^b University of Colorado

^c National Institute for Consumer Research, Oslo

^d National Institute for Public Health and The Environment, Bilthoven

^e Department of Movement and Sport Sciences, Ghent

^f VU University Medical Center, Amsterdam

Postawy terapeutów wobec pacjentów z niepełnością mowy – badania quasi-eksperymentalne logopedów

/// **mgr Maria Irzyk**^a
prof. Wojciech Otrębski^a
mgr Kamila Dziopa^a
mgr Natalia Homa^a

Najczęstszą formą niepełności mowy jest jąkanie, a najbardziej dokuczliwa konsekwencja tego zaburzenia to indywidualne lub społeczne reakcje zakłócające komunikację międzyludzką. Odbiór społeczny osób jękających się bywa nacechowany uprzedzeniami i stereotypami, które pojawiając się szczególnie w grupie logopedów rzutują na przebieg i rezultaty prowadzonej terapii. Dotychczasowy stan wiedzy dowodzi, że czynnikiem zmieniającym nastawienie jest doświadczenie w kontakcie z ludźmi i wiedza o danym zaburzeniu. Celem badań było znalezienie podstaw do odpowiedzi na pytanie, jakie jest zróżnicowanie ujawnianych postaw wobec osób jękających się na przestrzeni kariery zawodowej logopedy (u studentów logopedii i logopedów). Badania zostały przeprowadzone w modelu quasi-eksperymentalnym – prezentowano film pokazujący osoby jękające się w różnych sytuacjach społecznych, a następnie dokonywano pomiaru postaw wykorzystując zmodyfikowaną „Skalę Postaw Wobec Osób Niepełnosprawnych” A. Sękowskiego. Przeanalizowano wyniki 136 osób pozostających na różnym etapie kariery zawodowej logopedy (studenci logopedii-doświadczeni terapeuci). Analiza wskazuje na istotne statystycznie różnice w zakresie postaw pomiędzy studentami logopedii i logopedami. Wraz ze wzrostem doświadczenia zawodowego, postawy wobec osób z niepełnością mówienia stają się bardziej pozytywne. Potwierdza się więc dotychczas sformułowane stwierdzenie, że poziom wiedzy na temat jękania oraz częstość kontaktów z osobami z tym zaburzeniem to ważne czynniki modyfikujące postawę wobec osób jękających się.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Typy psychologiczne kobiet z zaburzeniami odżywiania a specyfika zachowań wobec własnego ciała

/// **dr Bernadetta Izdorczyk**^a

Rozpoznanie zróżnicowań wewnątrzgrupowych pomiędzy kobietami z różnymi typami zaburzeń odżywiania (anoreksją, bulimią psychiczną, zespołem kompulsywnego objadania się) w zakresie posiadanych przez te badane konfiguracji psychologicznych cech, podatności na asymilację socjokulturowych norm (poprzez presję, internalizację norm, poszukiwanie informacji na temat standardów wizerunku ciała) oraz specyfiki przyjmowanych postaw i zachowań wobec własnego ciała tych badanych. Podstawowe pytanie badawcze: Czy wśród kobiet chorujących na anoreksję, bulimię psychiczną lub z zespół kompulsywnego objadania się można wyodrębnić pewne typy psychologiczne charakteryzujące się odmiennym profilem psychologicznych cech, różną siłą wpływu czynników socjokulturowych na prezentowane przez badane postawy i zachowania wobec własnego ciała? Grupa badawcza Dobór celowy .121 kobiet w wieku od 20 do 26 lat diagnozę: anoreksji (ICD-10 F50.0;F50.1) w tym typu restrykcyjnego (N=29, wiek: 21,3* BMI=16,7*), anoreksji – typ bulimiczny (N=30, wiek:22,3, BMI=17,8), bulimii psychicznej (ICD-10 : F50.2; F50.3; N=30, wiek: 21,3; BMI=20,63) lub zespołu psychogennego objadania się (ICD-10: F50.4; N=32, wiek:24,1;BMI=24,03). Badania prowadzono w latach 2007-2012 w ośrodkach leczenia nerwic i zaburzeń odżywiania, poradniach zdrowia psychicznego, poradniach leczenia nerwic na terenie Polski. Metody badania • Wywiad kliniczny (pomiar indeksu masy ciała BMI, danych socjodemograficznych) • Rysunek obrazu ciała (pomiar obrazu ciała) • Test Sylwetek (Contour Drawing Rating Scale) – oprac. Thompsona, Graya (pomiar samooceny obrazu ciała) • Kwestionariusz Zaburzeń Odżywiania EDI (Eating Disorder Inventory) D. Garnera (oprac. polskie C. Żechowski) – pomiar psychologicznego profilu cech typowego dla osób z zaburzeniami odżywiania [Garner,2004]. Niezadowolenie z własnego ciała, Świadomość interoceptywna, Myślenie bulimiczne", Perfekcjonizm, Samoocena - poczucie niekompetencji i nieskuteczności, Relacje interpersonalne – poczucie niepewności i nieufność, Lęk przed przytyciem (dążenie do szczupłości), Lęk przed własnym dojrzywaniem • Kwestionariusz Postaw Socjokulturowych Wobec Wyglądu Fizycznego i Wizerunku Ciała SATAQ 3 (The Sociocultural Attitudes Towards Appearance Scale – 3, SATAQ-3 oprac. Kevin Thompson i in.) – pomiar

postaw socjokulturowego wpływu na postawy i zachowania wobec ciała • Kwestionariusz zachowań Wobec Ciała KZWC (narzędzie własne na podstawie analizy czynnikowej metodą osi głównych Varimax z normalizacją Keisera – pomiar poziomu antyzdrowotnych zachowań wobec własnego ciała Wyniki 1. Analiza skupień metodą k-średnich i pomiar zróżnicowań z zastosowaniem analizy wariancji ANOVA (test F-Fishera) potwierdzają istotne różnice między badanymi 121 kobietami w zakresie profilu weryfikowanych w modelu badań zmiennych psychologicznych i socjokulturowych oraz eksponowanych przez badane postaw i zachowań wobec własnego ciała. Wśród kobiet z zaburzeniami odżywiania wyodrębniono cztery typy psychologiczne kobiet, niezależnie od posiadanego rozpoznania medycznego anoreksji, bulimii czy zespołu kompulsywnego objadania się. Ze względu na specyfikę profilu psychologicznych i socjokulturowych zmiennych badawczych nazwano je kolejno: typem neurotycznym, perfekcjonistycznym, impulsywnym, młodzieńczym-narcystycznym. 2. Analiza regresji krokowej wskazała na istniejące wśród wyodrębnionych czterech typów psychologicznych kobiet z zaburzeniami odżywiania grupy psychologicznych i socjokulturowych czynników ryzyka skłaniających do podejmowania autodestruktywnych (restrykcyjnych i/lub kompensacyjnych) zachowań wobec własnego ciała. Wśród najważniejszych czynników ryzyka podejmowania nadmiernie restrykcyjnych i kompensacyjnych zachowań wobec własnego ciała u badanych co najmniej trzech typów psychologicznych wyodrębniono: niezadowolenie z ciała perfekcjonizm, deficyty w zakresie świadomości interoceptywnej, internalizację norm socjokulturowych dotyczących wizerunku ciała. Do czynników ryzyka podejmowania restrykcyjnych i kompensacyjnych zachowań istotnych tylko w pojedynczych typach psychologicznych zaliczono: - bulimiczne myślenie oraz niską samoocenę (typ impulsywny) - poczucie niepewności i nieufność w relacjach międzyludzkich, lęk przed własnym dojrzewaniem (typ perfekcjonistyczny, młodzieńczy-narcystyczny). Wnioski: 1. Medyczne klasyfikacje nie przedstawiają w sposób wystarczający kryteriów opisujących profil cech psychologicznych oraz obrazu ciała, które mogą być pomocne w diagnozie i leczeniu osób z zaburzeniami odżywiania. Ten sam typ psychologiczny może grupować osoby z różnym rozpoznaniem medycznym zaburzenia odżywiania. 2. Zaproponowana typologia psychologiczna może stanowić uzupełnienie medycznej diagnozy osób z anoreksją, bulimią psychiczną czy zespołem kompulsywnego objadania się poprzez co można ukierunkować i wspierać proces leczenia tych chorych.

^a Uniwersytet Śląski, Katowice

Nadzieja a radzenie sobie ze stresem w grupie matek chorych noworodków

mgr Martyna Janicka^a
mgr Izabela Grzankowska^a
mgr Joanna Sobczak^b

Zbadano związek między poziomem nadziei a strategiami radzenia sobie ze stresem wybieranymi przez matki w sytuacji choroby nowonarodzonego dziecka. Zastosowano Kwestionariusz Nadziei na Sukces Łaguny, Trzebińskiego, Zięby oraz Inwentarz Mini-COPE Carvera. Badano 69 matek noworodków chorych na skutek infekcji wewnątrzmacicznej. Grupę porównawczą stanowiło 68 matek noworodków zdrowych.

1. Matki noworodków chorych i zdrowych nie różnią się między sobą poziomem odczuwanej nadziei.
2. Matki noworodków chorych w porównaniu do matek noworodków zdrowych są skłonne częściej wybierać strategie aktywnego radzenia sobie, częściej dokonują pozytywnego przewartościowania, a rzadziej są skłonne zaprzestać działania w sytuacji trudnej.
3. U matek chorych noworodków skłonność do wyboru strategii aktywnego radzenia sobie, planowania działań oraz pozytywnego przewartościowania jest w istotnym pozytywnym związku z ogólnie odczuwanym poziomem nadziei i jej poszczególnymi wymiarami.
4. W grupie matek zdrowych noworodków wybór strategii radzenia sobie ze stresem nie jest w żadnym przypadku związany z odczuwaną siłą woli.
5. Poziom odczuwanej przez badane matki nadziei istotnie różnicuje wybierane strategie radzenia sobie w sytuacji trudnej. Matki z wyższym wskaźnikiem nadziei są skłonne częściej wybierać strategie konstruktywne.

Wsparcie poczucia nadziei matek w sytuacji zagrożenia zdrowia nowonarodzonego dziecka może być istotnym elementem w procesie skutecznego radzenia sobie z tą trudną sytuacją.

^a Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

^b Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica, Piła

Learning about allergy triggers: reduced safety learning in individuals with allergic rhinitis

dr Thomas Janssens^a
dr Lieven Dupont^a
prof. Omer Van den Bergh^a

Individuals with allergic rhinitis experience symptoms in response to a variety of triggers. Trigger identification and control are important aspects of disease management. However, failing to distinguish between triggers and non-triggers may lead to increased disease burden. In this experiment, we investigated the acquisition and generalization of symptom expectancies to different trigger categories. Participants with allergic rhinitis (n=22) and control participants (n=22) performed cough threshold testing followed by a trigger acquisition task. During acquisition, presentation of CS+ category exemplars was followed by inhaled citric acid (8/10 trials) or inhaled isotonic saline (2/10 trials). CS- exemplars were always followed by saline inhalation. Symptom expectancy, urge-to-cough and cough frequency were recorded. The next day, participants rated symptom expectancy for old and novel CS+/CS- exemplars, as well as for exemplars of novel categories. Compared to the control participants, individuals with allergic rhinitis showed faster acquisition of CS+ trigger-symptom expectancies, but exhibited a lack of safety learning to old and novel CS- exemplars during the generalization test. Individuals with allergic rhinitis also show increased trigger expectancies to novel trigger categories, resulting in flatter generalization slopes. In individuals with allergic rhinitis, learning about trigger-symptom contingencies carries the risk of overgeneralization.

^a University of Leuven

Percepcja środowiska i samoregulacja a nawyki żywieniowe i masa ciała adolescentów

dr Anna Januszewicz^a
dr Alicja Bukowska^a
mgr Natalia Liszewska^a
prof. Aleksandra Łuszczńska^{a,b}

Celem badania było określenie związku pomiędzy sposobem postrzegania bliskiego otoczenia przez adolescentów (w wieku 12-17 lat), ich umiejętnościami samoregulacyjnymi a odżywianiem i masą ciała. W badaniu weryfikowano modele badawcze mówiące o związku zmiennych środowiskowych (takich jak dostępność oddziaływań prewencyjnych, dostępność żywności i reklam produktów spożywczych) z odżywianiem i masą ciała adolescentów, w których zmienne indywidualne (takie jak ewaluacja interwencji prewencyjnych, stosowane strategie samoregulacyjne, subiektywna ocena wpływu reklam i wiedza na temat ich sposobu oddziaływania) zostały uwzględnione jako moderatory. Pomiar zmiennych został dokonany przy użyciu narzędzi samoopisowych w próbie 1170 osób z Polski, Holandii, Wielkiej Brytanii i Portugalii. Wyniki wskazują, że dostępność oddziaływań prewencyjnych sprzyjała jedzeniu owoców a zależność ta była silniejsza przy pozytywnej ewaluacji interwencji regulujących sprzedaż żywności. Stosowanie strategii samoregulacyjnych sprzyjało zdrowszemu odżywianiu a związek wysokiej dostępności niezdrowej żywności z niezdrowymi nawykami żywieniowymi słabł, jeśli młodzi ludzie stosowali takie strategie. Dostępność niezdrowej żywności w domu w większym stopniu przekładała się na częste picie słodzonych napojów i rzadkie jedzenie warzyw, jeśli reklamy produktów spożywczych były wysoce dostępne. Badanie wskazuje na moderacyjną rolę samoregulacji, percepcji reklam oraz ewaluacji programów prewencyjnych w związku pomiędzy zmiennymi środowiskowymi a odżywianiem i masą ciała adolescentów.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wrocław

^b University of Colorado

Poczucie koherencji a psychologiczne wskaźniki zdrowia psycho-bio-społecznego w świetle wyników badań młodzieży

///

dr Elżbieta Januszewska^a
dr Andrzej Januszewski^a

Zasadniczym celem badań była weryfikacja dopuszczalności trzech hipotez o korzystnym wpływie poczucia koherencji na stan zdrowia w aspektach psychicznym, somatycznym i społecznym. W badaniu udział wzięła reprezentatywna, warstwowa próba N=469 młodzieży w wieku (13-18 lat). Do pomiaru zmiennych endogenicznych stosownie do w/w aspektów zdrowia użyto: (1) Kwestionariusza Organizacji Osobowości Pogranicznej (KOOP – aut. E. Januszewska), który umożliwia pomiar dwóch hierarchicznych struktur psychologicznych: „poczucia tożsamości siebie” i „poczucia oraz kontroli rzeczywistości” (z ich wskaźnikami); (2) Giessenowskiego Kwestionariusza Dolegliwości dla Dzieci i Młodzieży (GGB-KJ - aut. E. Brähler, J. Scheer), który pozwolił na pomiar odczuwanych dolegliwości somatycznych; (3) Inwentarza Psychologicznego Syndromu Agresji (IPSA-II – aut. Z. Gaś), którego pośrednio użyto do identyfikacji zachowań prospołecznych. Do diagnozy poczucia koherencji (zmienna egzogeniczna) użyto kwestionariusza SOC-29 opracowanego przez A. Antonovsky'ego w skorygowanej wersji modelu hierarchicznego (oprac. A. Januszewski). Wykazano silne związki przyczynowe pomiędzy psychologicznym konstruktorem „poczucie koherencji” a wskaźnikami zdrowia psychicznego (wyniki estymacji modelu przyczynowego: $\chi^2/df=1,82$; $p\leq 0,0001$; RMSEA-HI=0,057; PCLOSE=0,733; AGFI=0,928; N-Hoeltera(0,05)=286), somatycznego ($\chi^2/df=2,14$; $p\leq 0,0001$; RMSEA-HI=0,066; PCLOSE=0,318; AGFI=0,925; N-Hoeltera(0,05)=248) i społecznego ($\chi^2/df=1,52$; $p\leq 0,01$; RMSEA-HI=0,051; PCLOSE=0,935; AGFI=0,950; N-Hoeltera(0,05)=358). Najsilniejszym przyczynowym predykatorem wskaźników zdrowia psychicznego i somatycznego okazało się poczucie zaradności, natomiast ze wskaźnikami zdrowia społecznego najsilniej przyczynowo związane było poczucie sensowności.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Model i typy charakteru a poczucie dobrostanu psychicznego i somatycznego młodzieży

///

mgr Izabella Januszewska^a
dr Andrzej Januszewski^a
dr Elżbieta Januszewska^a

Celem badania była weryfikacja – czy model „sfery charakteru” (którą proponują R. C. Cloninger i współpracownicy) można określić jako trafny teoretycznie? (2) a jeśli tak, to czy model „sfery charakteru” może być użytecznym narzędziem eksplanacji i predykcji dla innych zmiennych psychologicznych? W odpowiedzi na drugie pytanie badawcze zostaną przedstawione wyniki badań odnoszące się do badania związku sfery charakteru z wskaźnikami zdrowia psychicznego i somatycznego. Bazę empiryczną stanowiła macierz wyników w TCI (Temperament and Character Inventory) uzyskana na warstwowej próbie (N=502) młodzieży (wiek 13-18 lat). Do pomiaru zmiennych endogenicznych stosownie do psychicznego i somatycznego aspektu dobrostanu użyto: Kwestionariusza Organizacji Osobowości Pogranicznej (KOOP) oraz Giessenowskiego Kwestionariusza Dolegliwości dla Dzieci i Młodzieży (GGB-KJ). Na podstawie postępowania eksperymentalnego wprowadzono kilka korekt do źródłowego modelu charakteru. Dodatkowo, uzyskane rezultaty estymacji są podstawą do potwierdzenia dwóch hipotez o przyczynowym wpływie sfery charakteru na dobrostan w aspektach psychicznym ($\chi^2/df=2,20$; $p\leq 0,0001$; RMSEA-HI=0,057; PCLOSE=0,573; AGFI=0,917; N-Hoeltera(0,05)=275) i somatycznym ($\chi^2/df=2,24$; $p\leq 0,0001$; RMSEA-HI=0,059; PCLOSE=0,509; AGFI=0,953; N-Hoeltera(0,05)=281). Efekt rozdziału próbki badawczej na pięć typów strukturalnych charakteru pozwolił wskazać na typy częściej występujące w populacjach dziewcząt oraz chłopców. Przedstawione rezultaty badania wskazują na walor trafności teoretycznej TCI. Ponadto, wynik modelowania przyczynowego dowiódł, że tak rozumiana sfera charakteru wyraźnie spełnia walor trafności predykcyjnej.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Typy kompetencji emocjonalnych i regulacja emocji osób z chorobą nadciśnieniową

/// **mgr Izabella Januszevska^a**
prof. Stanisława Steuden^a

U osób z chorobą nadciśnieniową obserwuje się częste i długotrwałe doświadczanie emocji negatywnych. Celem badania było poszukiwanie odpowiedzi na pytania: (1) Czy można wyodrębnić typy kompetencji emocjonalnych charakterystyczne dla osób chorych na nadciśnienie? (2) Jaki jest zakres współzależności wynikającej ze specyfiki typu kompetencji emocjonalnych a stosowanymi strategiami regulacji emocji? Badaniem objęto 203 osoby (w tym 100 osób chorujących na nadciśnienie i 103 zdrowych) w wieku od 50 do 65 lat. Badania przeprowadzono kwestionariuszami Kompetencji Emocjonalnych (EKF) i Ukierunkowania Regulacji Emocji (FEEL). Procedurą *ex post*, uzyskano potwierdzenie, że przynależność osób do jednego z czterech typów ma związek z faktem przynależności osób badanych do pierwotnego ich przyporządkowania: „chorzy” vs „zdrowi” ($\chi^2(3)=15,84$; $p \leq 0,0001$). Każdy z wyodrębnionych typów kompetencji emocjonalnych reprezentuje zwarty wewnętrznie (i rozłączny) obraz psychologiczny, pozwalając zidentyfikować różne jakości kompetencji ($F(39, 557)=17,52$; $p \leq 0,0001$; $\eta^2=0,56$). Wykazano, że istnieją typy, które częściej stosują nieadaptacyjne strategie radzenia sobie z emocjami złości, lęku, smutku ($F(18, 549)=2,38$; $p \leq 0,001$; $\eta^2=0,069$). Osoby chore wyraźnie należą do typów o małej skuteczności w funkcjonowaniu społecznym oraz przejawiają nieadaptacyjną regulację emocji negatywnych. Rezultaty badań wykazały m.in., że u osób z chorobą nadciśnieniową problem inhibicji społecznej dotyczy nie tylko nieumiejętnego wyrażania emocji negatywnych, ale także słabej zdolności podtrzymywania i wyrażania emocji pozytywnych.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Przemoc w rodzinie. Spostrzeganie siebie przed i po terapii – studium przypadku

/// **dr Anna Jarmołowska^a**

Przemoc nie jest zjawiskiem obcym w życiu wielu rodzin i występuje zarówno w relacjach rodzic – dziecko, jak i pomiędzy partnerami. Niniejszy referat poświęcony jest spostrzeganiu siebie przez kobietę doświadczającą przemocy rodzinnej, przed i po terapii. W badaniach posłużono się terminami Teorii Dezintegracji Pozytywnej wg K. Dąbrowskiego, które umożliwiły prześledzenie rozwoju samooceny w procesie przebiegu terapii oraz określenie dynamiki zmian w relacji ze sprawcą, u osoby doświadczającej przemocy w rodzinie. Zastosowano test DRI K. Dąbrowskiego i metodę narracyjną Mc Adamsa „Metafora książki”. W badaniu wzięła udział kobieta w wieku 56 lat wykonująca zawód nauczyciela, która przez 25 lat była uwięziona w problem przemocy rodzinnej. Przeszła ona cykl terapii, które doprowadziły ją do wyjścia z krzywdzącego związku. Dane uzyskane teście DRI określającym poziom dezintegracji pozytywnej oraz Wywiad narracyjny przeprowadzony za pomocą „Metafory książki” pozwoliły na stworzenie osobowego modelu doświadczania wartości esencjalnych. Terapia w życiu osoby badanej odegrała kluczową rolę, pomogła jej wyzwolić się z przemocy, odbudować relacje z dziećmi, odkryć własne zasoby oraz umożliwiła odzyskanie równowagi i realizację w pracy zawodowej. Otrzymane czynniki pozwoliły na zrozumienie postępowania osoby uwięzianej w przemoc oraz wskazały na efekty jakie może przynieść terapia w rozwoju osobistym.

^a Uniwersytet Gdański

Strategie radzenia sobie ze stresem a angażowanie się w zachowania ryzykowne gimnazjalistów – ochronna rola aktywności fizycznej

/// **mgr Magdalena Jochimek**^a

Celem przeprowadzonych badań jest sprawdzenie, w jakim stopniu strategie radzenia sobie ze stresem w kontekście czynnego uprawiania sportu stanowiąc będą czynnikiem obniżającym ryzyko występowania zachowań ryzykownych u młodzieży gimnazjalnej. W badaniach wykorzystano kwestionariusz Jak sobie radzisz? (JSR) (Juczyński, Ogińska-Bulik, 2012), Kwestionariusz Celów Aktywności Fizycznej (KCAF) (Lipowski & Zalewski, 2015) oraz ankietę (konstrukcji własnej) dotyczącą angażowania się w zachowania ryzykowne. Osoby badane to dziewczęta (N = 574) i chłopcy (N=471) trzecich klas gimnazjum z klas o profilu sportowym i klas ze standardowym wymiarem godzin wychowania fizycznego w wieku 16 lat (M = 16,13; SD = 2,65). Analizy statystyczne wskazują na występowanie istotnych statystycznie różnic międzypłciowych w zakresie strategii radzenia sobie ze stresem i angażowania się w zachowania ryzykowne. To jest najciekawsze, że aktywność fizyczna jest moderatorem powyższych zależności. Zaangażowanie w aktywność fizyczną wspomaga kształtowanie istotnych z punktu widzenia profilaktyki zachowań ryzykownych młodzieży aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem. Analiza profilaktycznej wartości sportu nie powinna jednak przebiegać bez uwzględnienia różnic płciowych, rodzaju aktywności fizycznej i jej intensywności.

^a Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk

Z psychologią po zdrowie – między złudzeniami a faktami

/// **prof. Zygfryd Juczyński**^a

Motto konferencji „Z psychologią po zdrowie”, można by najogólniej sprowadzić do poznania wpływu czynników psychologicznych na to, że człowiek pozostaje zdrowy, określenia ich znaczenia w powstawaniu chorób oraz ich roli w kształtowaniu zachowania ludzi, kiedy zachorują. W ten sposób zdefiniowała psychologię zdrowia Shelley Taylor (1986, s. 5). Aplikacja wynikającej stąd wiedzy nierzadko opiera się na sprzecznych wynikach badań empirycznych i dotyka sfery etycznej i aksjologicznej. Zawarte w tytule konferencji pytanie „Promocja zdrowia – mit czy rzeczywistość” postawiłem już w referacie wygłoszonym na XXVIII Zjeździe PTP w Opolu (Promocja zdrowia: w kręgu nauki i ideologii, por. Dolińska, 1996, s.42). Dzisiaj, po 22 latach doświadczeń, staram się na ten dylemat odpowiedzieć i pokazać różne tego konsekwencje. Jeżeli przyjmiemy, że mit jest wymysłem, a rzeczywistość faktem, to nasza życiowa przygoda „z psychologią po zdrowie” jest czymś „między złudzeniami a faktami”.

^a Społeczna Akademia Nauk, Łódź

Style radzenie sobie ze stresem u osób wspierających chorych na białaczkę

/// **mgr Anna Maria Kaczmarek**^a
prof. Helena Wrona-Polańska^a

Celem badań jest analiza stylów radzenia sobie ze stresem u osób wspierających chorych na białaczkę. Badania mają charakter eksploracyjny. Podstawę teoretyczną badań stanowi Funkcjonalny Model Zdrowia (FMZ, Wrona-Polańska, 2003) traktujący zdrowie jako funkcję twórczego, a niestereotypowego radzenia sobie ze stresem poprzez mobilizację zasobów. Badaniem zostało objętych 40 osób wspierających chorych na białaczkę z Katedry i Kliniki Hematologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Użyto następujących metod: Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) Endlera i Parkera, 10-stopniową Skalę Samoobserwacji (choroby, niepokoju i lęku) Wrony-Polańskiej. Wyniki potwierdzają założenie, że wyższe poczucie zdrowia wiąże się z aktywnym radzeniem sobie ze stresem, natomiast koncentracja na negatywnych emocjach obniża jego poziom. Większość badanych wykazuje tendencję do

stosowania wszystkich trzech stylów radzenia sobie ze stresem, tj. skoncentrowanego na zadaniu, skoncentrowanego na emocjach i unikaniu. Na podstawie badań można postulować opracowanie i wdrożenie indywidualnego i grupowego systemu wsparcia psychologicznego i edukacyjnego dla osób wspierających chorych na białaczkę. Korzystne będą techniki terapeutyczne pozwalające odreagować kumulowane napięcie związane z doświadczeniem choroby nowotworowej bliskiej osoby.

^a Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej, Kraków

Mapy Myśli jako technika behawioralna służąca do promocji zdrowia wśród dzieci i młodzieży

/// **mgr Natalia Kajka**^a

Dzieciństwo i wiek dojrzewania to czas, w którym formuje się wiele trwałych wzorców zachowań. Mogą mieć one bardzo duży wpływ na jakość obecnego i przyszłego życia, dlatego warto przedstawiać dzieciom skuteczne i kreatywne metody promujące zachowania zdrowotne. Dotychczasowe akcje promocyjne prowadzone głównie w szkołach skupiają się często na próbach perswazji, w których oddziaływania są oparte na strachu. Stosunkowo mało, a właściwie nawet bardzo niewiele jest metod promujących zdrowie, które stanowiłyby dla młodzieży istotną pomoc w zrozumieniu jednostkowych i społecznych problemów zdrowotnych. A także rozbudowaniu wiedzy pozwalającej na podejmowania świadomych decyzji w kwestii zachowań mających wpływ na zdrowie. Celem wystąpienia jest przedstawienie Mapy Myśli jako techniki behawioralnej wykorzystywanej w zajęciach promujących zdrowy styl życia, sposoby radzenia sobie ze stresem, czy drogę osobistego rozwoju dzieci i młodzieży. Okazuje się, że Mapy Myśli służą nie tylko do szybkiej i efektywnej nauki w obszarach edukacyjnych, ale również są przydatne w przestrzeni terapeutycznej. Na tym polu są rozumiane szerzej niż tylko graficzna forma wyzwalająca potencjał intelektualny.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Proaktywne radzenie sobie ze stresem a jakość życia kobiet z cukrzycą typu 2

/// **dr Dorota Kalka**^a

Celem podjętych badań było zweryfikowanie poziomu poczucia jakości życia, częstości występowania proaktywnych strategii zaradczych oraz ich znaczenia dla zadowolenia z życia w grupie kobiet z cukrzycą typu 2 oraz kobiet zdrowych. W badaniu wzięło udział 120 kobiet w średniej dorosłości: 60 chorych oraz 60 zdrowych. W badaniu wykorzystano narzędzia o uznanych właściwościach psychometrycznych – Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS), Kwestionariusz jakości życia – wersja skrócona (WHOQoL- Brief), Kwestionariusz Reakcji na Codzienne Wydarzenia (PCI) oraz ankietę zbierającą dane socjodemograficzne. Analiza statystyczna wykazała między innymi istotne różnice w zakresie zadowolenia z dotychczasowego (Mc=3,72; Mz=4,82; $t(154,546)=-4,88$, $p<0,001$, $d=0,68$) i aktualnego życia (Mc=3,25; Mz=3,65; $t(118)=2,71$, $p<0,01$, $d=0,50$), zdrowia (Mc=2,93; Mz=3,43; $t(111,465)=3,36$, $p<0,001$, $d=0,98$) oraz domen fizycznej (Mc=3,56; Mz=3,85; $t(118)=3,07$, $p<0,01$, $d=0,56$) i środowiskowej (Mc=3,45; Mz=3,65; $t(118)=2,55$, $p<0,05$, $d=0,46$). Grupy różnią się w zakresie częstości stosowania strategicznego planowania (Mc=2,75; Mz=2,52; $t(108,081)=2,41$, $p<0,05$, $d=0,45$) oraz poszukiwania wsparcia emocjonalnego (Mc=2,71; Mz=2,95; $t(118)=2,15$, $p<0,05$, $d=0,44$). Seria analiz regresji wykazała ponadto różne modele wpływu proaktywnych strategii na poziom poczucia jakości życia. Proaktywne strategie radzenia sobie, związane z poczuciem kontrolowalności i tworzeniem zasobów kompetencyjnych, mają znaczenie dla poczucia jakości życia, w związku z tym warto zwrócić uwagę na uczenie korzystania z tych strategii szczególnie przez osoby przewlekle chore.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Sopot

Wskaźniki stresu potraumatycznego u rodziców dzieci kończących leczenie onkologiczne – rola oceny opieki medycznej, wsparcia społecznego oraz prężności osobowej

/// **dr Bogna Kędzierska**^a
dr Justyna Wiktorowicz^a
mgr Paula Rol^a

Celem badań jest analiza poziomu wskaźników stresu potraumatycznego u rodziców młodzieży kończącej leczenie nowotworowe oraz ich związek z poczuciem wsparcia społecznego, oceną pomocy medycznej oraz prężnością osobową. Badaniem objęto 58 rodziców dzieci w wieku od 12 do 20 lat, które zakończyły zasadnicze leczenie nowotworowe i przechodziły pod opiekę poradni. Prezentowane wyniki są częścią szerszych badań. Wskaźniki stresu potraumatycznego mierzono Skalą Wpływu Zdarzeń (w adaptacji Z. Juczyńskiego), wsparcie społeczne zmodyfikowaną wersją Skali Wsparcia Społecznego Fridricha i Sommera (w adaptacji Z. Juczyńskiego) a do oceny pomocy medycznej wykorzystano własną ankietę. W analizie uwzględniono również zmienne socjodemograficzne oraz medyczną ocenę przebiegu choroby. Wstępna analiza statystyczna (test t, ANOVA, współcz. korel. liniowej Pearsona, regresja liniowa) wskazuje na stosunkowo słabe związki między stresem potraumatycznym a poczuciem wsparcia społecznego, oceną opieki w trakcie leczenia. Istotną, ujemną korelację obserwuje się pomiędzy jednym z czynników stresu potraumatycznego – Unikaniem i poziomem prężności osobowej. Kolejnym etapem będzie analiza z wykorzystaniem modelowania strukturalnego.

^a Uniwersytet Łódzki

Dlaczego techniki radzenia sobie z treścią nie zawsze są skuteczne? Przegląd systematyczny badań naukowych dotyczących strategii radzenia sobie z lekiem scenicznym

/// **dr Michał Kierzkowski**^a
dr Rafał Lawendowski^b

Instrumentem metodologicznym nauk społecznych jest statystyka, a zasadniczym pytaniem, na które pozwala odpowiedzieć, jest to, czy zaobserwowana prawidłowość różni się czymś od przypadku. Tym samym psychologia cieszy się w społeczeństwie bardzo dużym prestiżem. Zjawisko tremy ze względu na swoje konsekwencje staje się coraz bardziej popularne w literaturze psychologicznej. Jednakże sama efektywność technik jest mimo wszystko niska. Czy zatem badania naukowe dostarczają najlepszych dowodów na skuteczność poszczególnych technik? Czy przedstawione wyniki badań nad technikami radzenia sobie z treścią faktycznie mają prawo pojawić się częściej niż przypadkowo? Dlaczego w pewnych dziedzinach naukowcy precyzyjnie dbają o dowody, a w niektórych nie? Celem referatu będzie dokonanie przeglądu piśmiennictwa opisującego psychologiczne mechanizmy tremy, a także przedstawienie krytycznej refleksji na temat stanu nauki w zakresie badań nad technikami radzenia sobie z treścią. Prezentacja nie będzie jednak stanowiła kompendium wiedzy na temat tremy, natomiast jej celem jest próba zwrócenia uwagi na wieloaspektowość lęku scenicznego i różnorodność psychologicznych konsekwencji, a zwłaszcza tych, które wynikają z metodologii badań i wyciąganych na ich podstawie wniosków.

^a Akademia Muzyczna im. Stanisława Moniuszki, Gdańsk

^b Uniwersytet Gdański

Oddziaływanie muzykoterapeutyczne a zmiana nastroju osób będących w trakcie hospitalizacji

/// **dr Michał Kierzkowski**^a
mgr Ilona Poćwierz-Marciniak^b
dr Karol Karasiewicz^b

Konieczność hospitalizacji niezależnie od przyczyn wpływa na obniżenie nastroju. Celem badania była próba odpowiedzi na pytanie, czy i na ile krótkotrwałe oddziaływanie muzykoterapeutyczne – koncert i wspólne muzykowanie – wpłynęło na zmianę nastroju pacjentów przebywających na wybranych oddziałach Szpitala Św. Wincentego w Gdyni. Równocześnie dokonano próby oszacowania siły oddziaływania czynników moderujących wielkość tej zmiany, takich jak płeć czy rodzaj zaburzenia neurologicznego oraz zmiennych pośredniczących w jej dokonaniu. Do tych zaliczono m. in. zaobserwowane emocje doznawane w trakcie kontaktu z muzyką, pobudzenie i koncentrację uwagi oraz zaangażowanie w grę na instrumencie i/lub we wspólny śpiew. W badaniu wzięło udział N=49 pacjentów w wieku od 24 do 91 lat z czterech oddziałów szpitalnych – neurologii, rehabilitacji neurologicznej, ortopedii oraz chirurgii. Nastrój mierzono przed i po oddziaływaniu muzykoterapeutycznym, zaś w jego trakcie pacjenci byli oceniani autorskim kwestionariuszem obserwacji stworzonym na potrzeby badania. Wyniki przeprowadzonej analizy wskazały, że w związku z uczestnictwem w wydarzeniu muzycznym znacząco wzrósł poziom radości i odczuwanej energii, a jednocześnie spadł poziom niepokoju oraz złości niezależnie od występowania zaburzeń. Jednocześnie dowiedziono, że oprócz nastroju sprzed koncertu to zaangażowanie we wspólny śpiew stanowi ważny czynnik wyjaśniający skuteczność oddziaływania muzykoterapeutycznego. Na podstawie wyników badania można stwierdzić, że wspólne muzykowanie stanowi wartościową formę poprawiającą w krótkim terminie komfort przebywających na oddziałach pacjentów. Skuteczność tej formy muzykoterapeutycznej w dłuższym okresie czasu nie jest jednak znana i wymaga dalszych pogłębionych badań.

^a Akademia Muzyczna im. Stanisława Moniuszki, Gdańsk

^b Uniwersytet Gdański

Sztuka życia z SM

/// **Marta Klimkowska**^a

Stwardnienie rozsiane (SM) jest chorobą najczęściej diagnozowaną u osób młodych, między 20 a 40 rokiem życia. Świat do tej pory stał dla nich otworem i nagle muszą zmierzyć się z czymś, co burzy ich dotychczasową wizję przyszłości. Kariera zawodowa, pasja czy zakładanie rodziny stoją teraz pod znakiem zapytania. Zwykle pierwszą reakcją na diagnozę jest szok i niedowierzenie. U większości osób rozpoznanie wywołuje wstrząs. Prawdziwymi Twardzielami są ludzie, którzy nie poddali się chorobie i mierzą się z przeznaczeniem z uśmiechem na ustach. Nie ma jedynej, właściwej metody pogodzenia się z nieuleczalną chorobą. Jako osoba zdiagnozowana i działająca w grupie Twardzieli, podzielę się spojrzeniem na SM z perspektywy chorych.

^a Twardziele – Grupa Młodych z SM

Prężność a osobowy wzrost w grupie młodzieży doświadczającej negatywnych zdarzeń życiowych – mediacyjna rola inteligencji emocjonalnej

/// **mgr Magdalena Kobylarczyk**^a
prof. Nina Ogińska-Bulik^a

Związek między prężnością a wzrostem po traumie ma z reguły charakter dodatni, jednakże dostępne wyniki badań nie dają jednoznacznego obrazu tych zależności. Sugeruje to, że mogą one być mediowane

przez inne zmienne powiązane z osobowością jednostki. Rolę mediatora w relacji prężność – pozytywne zmiany potraumatyczne zdaje się pełnić inteligencja emocjonalna. Może ona w powiązaniu z wysokim nasileniem prężności istotnie zwiększać prawdopodobieństwo pojawienia się tych zmian. Celem podjętych badań było sprawdzenie mediacyjnej roli inteligencji emocjonalnej w relacji między prężnością a osobowym wzrostem w grupie młodzieży. Analizie poddano wyniki 60 nastolatków, którzy doświadczyli negatywnego wydarzenia życiowego. Wiek badanych mieścił się w zakresie 16-17 lat ($M=16;53$; $SD=0,50$). W badaniach wykorzystano Kwestionariusz Osobowego Wzrostu – KOW-27, Skalę SPP-18 do oceny prężności oraz Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej INTE. Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują, iż inteligencja emocjonalna dodatnio wiąże się z osobowym wzrostem i pełni rolę mediatora w relacji między prężnością a występowaniem pozytywnych zmian po doświadczonej negatywnym zdarzeniu życiowym, zwłaszcza w zakresie relacji z innymi i doceniania życia. Prężna młodzież o dobrze rozwiniętej inteligencji emocjonalnej będzie częściej czerpać korzyści wynikające z doświadczania traumy. Poszukując czynników determinujących występowanie pozytywnych następstw doświadczonych zdarzeń życiowych należy uwzględnić ich wpływ bezpośredni, jak i pośredni.

^a Uniwersytet Łódzki

Jak zdrowo żyć kiedy przyszło dźwigać śmierć własnego dziecka

/// **mgr Olga Komarnicka Jędrzejewska**^a

Śmierć dziecka to najgorsza sytuacja, jaka może przydarzyć się człowiekowi, szczególnie rodzicowi. Nie ma znaczenia czy zmarłe dziecko było jeszcze w łonie matki, czy żyło kilka dni czy lat. Ból, rozpacz, cierpienie i żałoba, jaką musi przeżyć rodzic jest nie do opisanego. Najczęściej w takich sytuacjach skupiamy się na matce – rodzicielce, na jej potrzebach, bólach i przeżyciach. Gdzie w tym wszystkim jest mężczyzna? Ojciec dziecka, który też czuje, przeżywa i cierpi po śmierci. Chcąc pomagać rodzicom po śmierci dziecka, warto pamiętać o uwarunkowaniach związanej z płcią. Jest to pierwsza bardzo ważna cecha, która zmienia cały proces pracy z żałobnikiem. Uwzględniając tę odrębność, zawsze trzeba pamiętać, że kobiety potrzebują oderwania od intensywnego bólu i nauczenia się spoglądania w przyszłość na nowo, jest to jakby życie na nowo, natomiast mężczyźni muszą nauczyć się rozumieć i okazywać pełne bólu e mocje, ale przede wszystkim także zaakceptować potrzebę emocjonalnego uzewnętrznienia się uczuć związanych ze stratą u kobiet. W związkach, w których doszło do straty dziecka należy zapobiec konfliktowi, czy wzajemnym oskarżeniom o chłód emocjonalny lub nadmierną płacliwość. Czasem wystarczy rozmowa z małżonkami inaczej radzącymi sobie ze stratą i żałobą. Najważniejsza jest wzajemna komunikacja osieroconych małżonków, ponieważ jest to jedyny czynnik wzmacniający więź między nimi. Jednak zawsze należy pamiętać o szacunku i akceptacji wzajemnych form przeżywania straty.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wrocław / Fundacja „BY DALEJ IŚĆ”, Mysłowice

Funkcjonowanie rodziny pochodzenia a radzenie sobie ze stresem w dorosłości

/// **dr Marta Komorowska-Pudło**^a

Celem podjętych badań było określenie związku, jaki istnieje pomiędzy jakością funkcjonowania rodziny pochodzenia a sposobami radzenia sobie ze stresem w dorosłości. Badano związek pomiędzy przejawianym przez dorosłych stylem przywiązania, postawami rodzicielskimi wyrażanymi wobec nich w dzieciństwie, oceny poziomu spójności, elastyczności, niezwiązania, splątania, sztywności, chaotyczności, komunikacji i zadowolenia z życia w rodzinie pochodzenia a sposobami radzenia sobie ze stresem w dorosłości. Badania zostały przeprowadzone za pomocą narzędzia mierzącego radzenie sobie ze stresem:

Mini-COPE C.S. Carvera oraz takich narzędzi do pomiaru jakości funkcjonowania rodziny pochodzenia, jak: KSP M. Plopy, KPR-Roc M. Plopy, SOR D.H. Olsona. Uzyskane z badań wyniki wskazują, że respondenci, którzy najczęściej przejawiają aktywne radzenie sobie ze stresem oraz poszukiwanie wsparcia w sytuacjach trudnych pochodzą z rodzin, które funkcjonowały w sposób prawidłowy, natomiast bezradność i zachowania unikowe przejawiane są częściej w sytuacjach stresowych przez respondentów wychowywanych w rodzinach funkcjonujących nieprawidłowo. Z badań wynika, że istnieje potrzeba, poza wzmacnianiem funkcjonowania rodzin, zwiększenia działań profilaktycznych i wychowawczych w środowiskach pozarodzinnych, głównie szkoły, ukierunkowanych na wzmacnianie osobowości dzieci i młodzieży oraz kształtowanie u nich umiejętności radzenia sobie ze stresem.

^a Uniwersytet Szczeciński

Korzystanie z portali społecznościowych a poczucie umiejscowienia kontroli i radzenie sobie ze stresem u młodzieży

/// **mgr Joanna Koralewska-Samko** ^a
mgr Marta Ruszkiewicz ^a
mgr Katarzyna Sadowska ^a

Celem badania było znalezienie zależności pomiędzy korzystaniem młodzieży z portali społecznościowych a poczuciem umiejscowienia kontroli oraz stylami radzenia sobie ze stresem. Metoda. Badanie miało charakter kwestionariuszowy, brało w nim udział 100 uczniów w wieku 12-16 r.ż. z województwa pomorskiego. Wykorzystane zostały następujące narzędzia: CISS – Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych autorstwa N.S. Endel i J.D.A. Parker oraz Skala I-E autorstwa Rottera służącą do pomiaru poczucia umiejscowienia kontroli. Wykazano, iż korzystanie z portali społecznościowych negatywnie koreluje z zadaniowym stylem radzenia sobie ze stresem $r = -0,327$ ($p = 0,01$). Ponadto młodzież z zewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli istotnie częściej korzystała z portali społecznościowych w porównaniu z młodzieżą z wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli. Wyniki badań mogą być istotne przy opracowywaniu programów profilaktycznych dla młodzieży.

^a Uniwersytet Gdański

Jakość związku małżeńskiego/partnerskiego u kobiet z depresją okołoporodową współczesnego człowieka

/// **mgr Joanna Koss** ^a

Celem prezentowanego badania była ocena jakości związku małżeńskiego/partnerskiego u kobiet z depresją okołoporodową. W badaniu zastosowano autorski kwestionariusz wywiadu, Skalę DAS G.B. Spaniera oraz Edynburską Skalę do Pomiaru Depresji Poporodowej. Badaniami objęte zostały 133 kobiety (63 kobiety w ciąży wysokiego ryzyka, 70 kobiet tuż po porodzie). Uzyskane wyniki wskazują, iż kobiety z obu badanych grup nie różnią się między sobą pod względem poziomu depresji okołoporodowej. Analiza wykazała natomiast istotne różnice między badanymi grupami w aspektach przystosowania małżeńskiego/partnerskiego Skali DAS, takich jak: zgodność pomiędzy partnerami, wzajemna ekspresja emocjonalna. Kobiety z grupy patologii ciąży uzyskują wyższe wartości we wszystkich wymiarach jakości związku Skali DAS. Znaczące różnice kobiety z obu grup osiągnęły również w ogólnej ocenie swojego związku. Kobiety z ciążą powikłaną oceniły jakość związku na poziomie wysokim, zaś kobiety po porodzie uplasowały swoją ocenę na średnim poziomie. Dostrzeżono także tendencję w zakresie spójności Skali DAS. Badania nie wykazały różnic pomiędzy dwiema badanymi grupami kobiet w satysfakcji ze związku. Depresja okołoporodowa nie ma znacznego wpływu na ogólną ocenę jakości relacji małżeńskich/partnerskich, kobiety z grupy ciąży wysokiego ryzyka, jak i będące już po porodzie oceniają związek na poziomie

Autentyczność wzrostu osobowego na przykładzie osób chorych na stwardnienie rozsiane. Rola obrazu choroby /// **dr Marlena Kossakowska**^a

Celem badania jest weryfikacja autentyczności wzrostu osobowego rozumianego jako odnajdywanie korzyści psychospołecznych z choroby (benefit finding) w aspektach: poprawa relacji interpersonalnych, docenienie życia, pozytywny wpływ na innych, wzrost sił wewnętrznych, zmiana filozofii życiowej w zależności od obrazu choroby u chorych na stwardnienie rozsiane. Przyjęto, że zgodność percepcji korzyści psychospołecznych deklarowanych przez chorych i ich partnerów stanowi przejaw autentyczności. Do badania wprowadzono moderatory w celu ustalenia, w jakich warunkach ta zgodność występuje. Przebadanych zostało 36 par: chory/a na stwardnienie rozsiane i partner/ka. W badaniu użyto polskie wersje Kwestionariusza Silver Lining– 38 oraz Brief Illness Perception Questionnaire. W sumie wykonano 40 analiz moderacyjnych w modelu 2 i 1 według metody Makro PROCESS Hayesa, które wykazały, że zgodność pomiędzy deklarowanymi korzyściami między partnerami ma miejsce tylko wtedy, gdy chory spostrzega chorobę jako poważną, gdy zamartwia się nią, nie rozumie jej i gdy choroba negatywnie wpływa na jego nastrój. Współczynniki R^2 określające procenty wyjaśnianej wariancji dla poszukiwanych interakcji były stosunkowo wysokie i mieściły się w granicach od 0,23 do 0,51. Uzyskane wyniki pozwalają przychylić się do tezy, że deklarowany przez chorych wzrost osobowy nie musi być wynikiem mechanizmów obronnych, czy iluzji, ale jest wzrostem autentycznym, moderowanym przez percepcję obrazu choroby.

Współczesna mama, współczesny tata a praktyka życiowa i kreacja medialna w zakresie zachowań związanych z promocją i ochroną zdrowia w rodzinie /// **dr Anna Kowal-Orczykowska**^a

Celem podjętych badań jest rozpoznanie aktualnego dyskursu medialnego (reklama telewizyjna i prasowa) w zakresie współczesnych tendencji i stereotypów dotyczących realizacji ról rodzicielskich w obszarze ochrony i promocji zdrowia w rodzinie. Dodatkowym uzupełnieniem tego obrazu jest prezentacja preferowanych zachowań przez dzisiejszych rodziców. Badania te mają na celu ukazanie zmian społecznych związanych z przypisywaniem ról opiekuńczych towarzyszących dbaniu o zdrowie bliskich określonej płci. Zwykle rezerwowano takie zachowania dla matek. W dobie dynamicznych zmian społeczno-ekonomicznych, które transformują oczekiwania wobec współczesnego ojca, takie stanowisko jest ewidentnie nieprzystające do wymagań dzisiejszej rodziny. Zastosowane metody badawcze to analiza dyskursu medialnego a także metoda sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety. Wyniki badań wskazują na stopniowe zmiany w obrazie badanego zjawiska przy jednoczesnym wyraźnym utrzymywaniu się stereotypowych wyobrażeń dotyczących ideału opiekującego się rodzica. Mimo zaznaczającego się równouprawnienia w pełnieniu omawianych ról, wciąż funkcjonują przekazy typu: „Mamy nie chorują, mamy biorą Vicks”, utrzymujące mężczyzn w sferze „niebytu” w zakresie opieki i ochrony zdrowia rodzinnego. Wnioski ważne dla praktyki społecznej do demaskowania stereotypów.

Osobowość typu D a satysfakcja z życia i radzenie sobie z chorobą nowotworową

/// **dr Joanna Kozaka**^a
Patrycja Kobus^a

Sytuacja zmagania się z zagrożeniem zdrowia i życia, jakie niesie ze sobą choroba nowotworowa, wymaga podjęcia wielu złożonych procesów warunkujących satysfakcję z życia. Literatura przedmiotu podkreśla znaczenie cechy osobowości stresowej dla przystosowania do sytuacji choroby i leczenia. W pracy podjęto próbę oceny związków między przejawami negatywnej emocjonalności oraz hamowania społecznego z satysfakcją z życia oraz aktywowanymi strategiami radzenia sobie. Badaniami objęto 40 osób w trakcie leczenia chemioterapią z powodu nowotworu złośliwego. W badaniu zastosowano ankietę, skalę DS-14 do oceny osobowości typu D, metodę SWLS oceniającą poczucie zadowolenia z życia oraz kwestionariusz Mini-MAC służący badaniu stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem. Uzyskane wyniki nie potwierdziły danych dostępnych w literaturze pozwalających przewidywać znaczne nasilenie cech osobowości typu D, obniżoną satysfakcję oraz destrukcyjne sposoby radzenia sobie. Rozważając funkcjonowanie chorych w sytuacji poważnego niebezpieczeństwa dla życia należy uwzględnić rolę głębokich procesów wewnętrznych, takich jak np. stosowane mechanizmy obronne, mających na celu dewaluację postrzeganego zagrożenia.

^a Uniwersytet Gdański

Longitudinalne trajektorie depresji po zawale serca: podejście skoncentrowane na osobie i modelowanie wzrostu

/// **dr Aleksandra Kroemeke**^a

Można przypuszczać, że chorzy po zawale serca nie są grupą homogeniczną pod względem natężenia objawów depresji w czasie. Stąd celem pracy było: (1) zbadanie heterogeniczności grupy poprzez zidentyfikowanie różnych trajektorii depresyjnych objawów, (2) określenie związków tych trajektorii z oceną poznawczą i strategiami zaradczymi u osób po zawale. Dwieście osób po pierwszym zawale serca (wiek: $53,73 \pm 7,26$ lat) badanych było kilka dni po tym wydarzeniu oraz miesiąc, sześć miesięcy i sześć lat później. Objawy depresji mierzono podczas wszystkich etapów badania, ocenę poznawczą i strategie zaradcze tylko podczas trzech pierwszych. Posługując się metodą growth mixture modeling (GMM) zidentyfikowano trzy różne latentne trajektorie depresji w badanej grupie, charakteryzujące się: chronicznie wysokim poziomem objawów w czasie ($n=49$), odroczonym ich wzrostem ($n=121$) oraz stałym niskim poziomem ($n=30$). Przynależność do trajektorii istotnie związana była oceną zagrożenie/krzywda oraz strategiami paliatywnymi w pierwszych trzech etapach. Osoby z grupy chronicznych objawów charakteryzowały się wyższym poziomem negatywnej oceny i zorientowanym na emocje radzeniem. Pod względem liczby objawów depresji osoby po zawale serca są grupą heterogeniczną, w której można wyróżnić homogeniczne subgrupy, charakteryzujące się podobnymi trajektoriami depresyjnych objawów w czasie. Heterogeniczność ta jest związana ze zmiennymi procesami radzenia sobie ze stresem.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

Postrzeganie ryzyka a zachowania zdrowotne u sportowców ekstremalnych

/// mgr Daniel Krokosz^a

Celem jest prezentacja badań dotyczących relacji pomiędzy ocenianiem ryzyka uprawiania sportów ekstremalnych a zachowaniami zdrowotnymi osób te sporty uprawiającymi. W badaniach wykorzystano ankietę własnego autorstwa dotyczącą specyfiki uprawianej dyscypliny sportu ekstremalnego oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego (2009). IZZ bada takie zachowania jak: nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, pozytywne nastawienia psychiczne oraz praktyki zdrowotne. W badaniu wzięło udział 339 sportowców, którzy od co najmniej roku regularnie uczestniczą w dyscyplinach uznawanych za ryzykowne i ekstremalne. Wystąpiło wiele istotnych różnic dotyczących nasilenia poszczególnych zachowań zdrowotnych u sportowców uprawiających dyscypliny sportu o różnym poziomie ryzyka. Ponadto wystąpiły istotne różnice w zachowaniach zdrowotnych pomiędzy kobietami i mężczyznami uprawiającymi tego rodzaju sporty. Badania wskazują kierunki współpracy psychologa sportu z zawodnikami sportów o wysokim stopniu niebezpieczeństwa, ze szczególnym podkreśleniem znaczenia promowania zachowań zdrowotnych, mogących pełnić istotny czynnik ochronny przed poważnymi konsekwencjami płynącymi z podejmowanego ryzyka.

^a Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk

Perspektywa temporalna kobiet jako aspekt poziomu przystosowania do choroby nowotworowej

/// mgr Joanna Król^a
mgr Agata Milik^b
mgr Maria Ligocka^a
dr Małgorzata Maria Kulik^a
mgr Anna Kołodziejska^c

Ocena poziomu przystosowania pacjentek do choroby nowotworowej w kontekście perspektywy temporalnej. Zbadano 81 kobiet hospitalizowanych w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie; badanie było jednorazowe i przeprowadzane indywidualnie. Średnia wieku wyniosła 50,65 lat, w związku pozostawało 85,2%, potomstwo posiadało 96,3%. Średni czas od zachorowania to 10,93 miesiące. Wykorzystano: Kwestionariusz Postrzegania Czasu Zimbardo (ZTPI) badający subiektywny sposób przeżywania czasu na skalach: pozytywna i negatywna przeszłość, hedonistyczna i fatalistyczna terażniejszość oraz przyszłość; Skalę Przystosowania Do Choroby Nowotworowej MiniMac (Watson i in., polska adaptacja Z. Juczyński), mierzącą strategie radzenia sobie z chorobą: zaabsorbowanie lękowe, ducha walki, bezzadność-beznadziejność i pozytywne przewartościowanie oraz ankietę socjodemograficzną. Im bardziej kobiety skoncentrowane są na negatywnych aspektach przeszłości tym mają wyższy poziom zaabsorbowania lękowego ($r=0,26$) i poczucia bezzadności, beznadziei ($r=0,226$), natomiast im wyższy poziom koncentracji na przeszłości pozytywnej, tym wyższy poziom ducha walki ($r=0,311$). Im wyższy poziom terażniejszości hedonistycznej tym wyższy poziom ducha walki ($r=0,335$) oraz pozytywnego przewartościowania ($r=0,381$), natomiast koncentracja na terażniejszości fatalistycznej łączy się z pozytywnym przewartościowaniem ($r=0,330$). Nie wykazano istotnych związków koncentracji na przyszłości z przystosowaniem do choroby. W oddziaływaniach terapeutycznych warto koncentrować uwagę pacjentów na odpowiedniej postawie wobec perspektywy temporalnej, gdyż może to pomóc w pozytywnym przewartościowaniu wspomnień i budowaniu nadziei na przyszłość.

^a Uniwersytet Szczeciński

^b Centrum Interwencji Kryzysowej PCK, Gdańsk

^c Zachodniopomorskie Centrum Onkologii, Szczecin

Przystosowanie do choroby nowotworowej w kontekście aktywności zawodowej

mgr Joanna Król^a
dr Małgorzata Maria Kulik^a
/// **mgr Agata Milik^b**
mgr Anna Kołodziejska^c
mgr Maria Ligocka^a

Ocena znaczenia aktywności zawodowej dla poziomu przystosowania do choroby nowotworowej. Przebadano indywidualnie 111 osób hospitalizowanych w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie. Średnia wieku: 49,82lat, kobiety stanowiły 73%, w związku pozostawało 83%, dzieci posiadało 89%. Czas od zachorowania wahał się w granicach 1-48 miesięcy ze śr.:10,99. Zastosowano autorską ankietę nastawioną na pozyskanie danych i dot. aktywności zawodowej i socjodemograficznych oraz Skalę Przystosowania Do Choroby Nowotworowej MiniMac (Watson i in., polska adaptacja Z. Juczyński), mierząca strategie radzenia sobie, tj. zaabsorbowanie lękowe, duch walki, bezzadność-bez nadziei i pozytywne przewartościowanie. W badanej grupie aktywność zawodową deklarowało 58,6%, na rencie pozostawało 16,2%, nie pracowało i nie pozostawało na rencie 25,2%. Stosując analizę jednoczynnikową ANOVA wykazano, że aktywność zawodowa różnicowała badanych w poziomie przystosowania do choroby. Różnice w przystosowaniu do choroby były istotne (p).

^a Uniwersytet Szczeciński

^b Centrum Interwencji Kryzysowej PCK, Gdańsk

^c Zachodniopomorskie Centrum Onkologii, Szczecin

Wsparcie jako istotny element przystosowania do choroby nowotworowej

mgr Joanna Król^a
mgr Maria Ligocka^a
/// **dr Małgorzata Maria Kulik^a**
mgr Agata Milik^b
mgr Anna Kołodziejska^c

Ocena poziomu przystosowania do choroby nowotworowej w kontekście spostrzeganego wsparcia. W badaniu wzięło udział 111 osób hospitalizowanych w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie; badanie było jednorazowe i przeprowadzane indywidualnie. Średnia wieku wyniosła 49,82 lat, kobiety stanowiły 73%, w związku pozostawało 83%, potomstwo posiadało 89%. Czas od zachorowania wahał się w granicach 1-48 miesięcy, śr. 10,99. W badaniu wykorzystano Skalę Przystosowania Psychicznego Do Choroby Nowotworowej (Watson i in., polska adaptacja Z. Juczyński) mierzącą strategie radzenia sobie: zaabsorbowanie lękowe, duch walki, bezzadność-bez nadziei i pozytywne przewartościowanie; Kwestionariusz Wsparcia Społecznego (F-SozU K-22 T. Fydrich i in, polska adaptacja Z. Juczyński) oceniający spostrzegane wsparcie emocjonalne, praktyczne i integrację społeczną; oraz autorską ankietę socjodemograficzną. W badanej grupie wyższe wsparcie emocjonalne i wsparcie praktyczne wiąże się z wyższym poziomem skali duch walki (WE: $r=0,213$; WP: $r=0,197$) oraz niższym poziomem zaabsorbowania lękowego (WE: $r=-0,296$; WP: $r=-0,228$) i bezzadności i beznadziei (WE: $r=-0,380$; WP: $r=-0,312$). Wyższy poziom integracji społecznej związany jest z niższym poziomem zaabsorbowania lękowego ($r=-0,227$) i bezzadności i beznadziei ($r=-0,349$). Korelacje zostały zbadane współczynnikiem r Pearsona (p).

^a Uniwersytet Szczeciński

^b Centrum Interwencji Kryzysowej PCK, Gdańsk

^c Zachodniopomorskie Centrum Onkologii, Szczecin

Związek oceny własnego zdrowia z gniewem i kontrolą emocji w grupie młodych dorosłych /// **mgr Agnieszka Kruczek**^a

Nie wyrażone gniew, złość i inne negatywne emocje, zwłaszcza, kiedy utrzymują się długo i są wielokrotnie przeżywane mogą stać się podłożem chorób (Everly i Rosenfeld, 1992). Celem niniejszych badań było poznanie związków nasilenia gniewu kierowanego do wewnątrz i na zewnątrz oraz kontroli emocji z oceną własnego zdrowia. Badaniami objęto 179 osób (127 kobiet i 52 mężczyzn) w wieku od 19 do 30 lat. Badani pochodzili głównie ze wsi; dużych miast, zamieszkiwanych przez 400 tysięcy mieszkańców i więcej oraz małych miast. W badaniach wykorzystano: 10-stopniową skalę do subiektywnej oceny własnego zdrowia; Skalę Ekspresji Gniewu – SEG autorstwa N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego służącą do badania gniewu kierowanego na zewnątrz i gniewu kierowanego do wewnątrz; Skalę Kontroli Emocji – CECS w adaptacji Z. Juczyńskiego, służącą do badania sposobu ujawniania gniewu, depresji i lęku. W badaniach nie wykazano związku pomiędzy kontrolą gniewu, lęku i depresji oraz subiektywną oceną zdrowia na poziomie istotności statystycznej. Analiza danych pokazuje dodatnią korelację pomiędzy gniewem tłumionym a oceną własnego zdrowia. Badani ujawniali gniew kierowany do wewnątrz na poziomie 6 stena, czyli uzyskali wynik przeciętny. Można przypuszczać, iż badani nie mieli trudności z wyrażaniem gniewu i tym samym negatywne emocje nie stały się podłożem chorób.

^a Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

Wsparcie od partnera i styl przywiązania a doświadczanie ciąży wysokiego ryzyka /// **mgr Marta Kucharska**^a

Celem prezentowanych badań była analiza różnych aspektów doświadczania przez kobiety ciąży wysokiego ryzyka. Ponadto określenie zależności między postawą wobec ciąży a wsparciem uzyskiwanym od partnera i stylem przywiązania reprezentowanym przez badaną w sytuacjach ciąży z wykrytą wadą wrodzoną dziecka oraz ciąży fizjologicznej. Badaniem objęto 129 kobiet w II i III trymestrze ciąży (65 – w ciążach z wykrytymi wadami wrodzonymi płodu, 64 – w ciążach fizjologicznych). W badaniu zastosowano Kwestionariusz wywiadu własnego autorstwa, Skalę Doświadczania Ciąży K. Szymony, S. Steuden, Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych KSP M. Plopy oraz Skalę Wsparcia Społecznego K. Kmiecik-Baran. Zaobserwowano, że kobiety w ciążach z wadami wrodzonymi silniej koncentrują się na swoim stanie, niż kobiety w ciążach fizjologicznych. Ponadto analiza regresji wskazała na istnienie różnych predyktorów lęku przed macierzyństwem, zagrożenia poczucia bezpieczeństwa oraz trudności akceptacji roli macierzyńskiej w obu badanych grupach. Pozostałe aspekty postaw wobec ciąży jak koncentracja na niej i brak zaufania do siebie i specjalistów w obu grupach determinują te same zmienne. W przypadku wykrycia wady wrodzonej u nie-narodzonego dziecka matki oczekują innego wsparcia od swoich partnerów. Znajomość stylu przywiązania kobiety pozwala na zastosowanie konkretnych działań minimalizujących poczucie lęku i braku akceptacji macierzyństwa oraz poczucia zagrożenia bezpieczeństwa.

^a Uniwersytet Łódzki

Duchowość, a poczucie satysfakcji z życia u imigrantów polskich w Irlandii

mgr Agnieszka Kulczycka-Dopiera^a

W odniesieniu do krajów Europy Zachodniej, Polska jest „krajem emigrantów”, co oznacza, że więcej ludzi podejmuje decyzję o wyjechaniu z miejsca pochodzenia, zaś przyptyw imigrantów jest nieproporcjonalnie mniejszy. Wielu emigrantów doświadcza problemów natury psychologicznej, takich jak tęsknota za bliskimi, czy przebywanie w miejscu, gdzie nie posiada się swoich korzeni – to wszystko składa się na poczucie „życia na krawędzi dwóch krajów”. Poprawa jakości życia jest istotnym elementem motywacji do wyjechania za granicę. Można uznać, że wyznacznikiem „jakości życia” może być subiektywnie dobre samopoczucie, na które składa się satysfakcja z życia, brak emocji negatywnych i obecność emocji pozytywnych. Przeprowadzono badanie na temat związku poczucia satysfakcji z życia u polskich imigrantów w Irlandii, a poczuciem duchowości, poczucia kontroli i poczucia stresu. Zagadnieniem, któremu poświęci się największej uwagi jest duchowość, która z perspektywy psychologii zdrowia jest korzystna dla zdrowia i satysfakcji z życia. Wstępne wyniki badań pokazują, że duchowość ma pozytywny wpływ na poczucie satysfakcji z życia, poczucie stresu, a także poczucie kontroli.

^a Uniwersytet Gdański / „MyMind”, Centre for Mental Wellbeing, Dublin

Wybrane uwarunkowania zmęczenia przewlekłego u młodych kobiet

prof. Agnieszka Kulik^a

Celem badań jest poszukiwanie uwarunkowań przewlekłego zmęczenia u młodych kobiet. Założono, że istotne znaczenie dla powstawania przewlekłego zmęczenia mają następujące elementy: nasilenie stresu, trudność kontroli emocji, zależność od opinii społecznej, utrata sensu życia (Rotholz, 2002). Przebadano 142 studentki w wieku 19-24 lat ($M=20,92$, $sd=1,25$). Wykorzystano następujące narzędzia: CFQ R.Koshugo, PSS-10 Cohena, Kamarcka i Mermelsteina, CECS Watson i Greeera, KAS Drwala i Wilczyńskiej, PIL Croumbaugh i Maholika. W badanej grupie 29% kobiet uzyskał wyniki wskazujące na nasilone zmęczenie przewlekłe. Za pomocą analizy skupień wyodrębniono 4 typy: 1) zmęczony, samoograniczający się, 2) zmęczony, samoizolujący się, 3) niez zmęczony, samoregulujący, 4) niez zmęczony, emocjonalny. Poziom zmęczenia przewlekłego wyjaśnia w 39,1% nasilenie PSS ($\beta=0,418$) i PIL ($\beta=-0,293$). Zmęczenie przewlekłe w badanej grupie ma charakter postresowy. Zaobserwowano dwie drogi jego powstawania: nadmierne samoograniczenie i samoizolowanie, którym to działaniom młode kobiety nie potrafią nadać sensu.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Próba opisu doświadczeń stanów relaksacyjno-medytacyjnych przez uczestników treningów medytacyjnych na podstawie arkusza ADRiM

prof. Lesław Kulmatycki^a
dr Krystyna Boroń-Krupińska^a

W świetle psychologii pozytywnej coraz bardziej pożądanym zagadnieniem badawczym staje się praktyczny wymiar możliwie precyzyjnie opisanych technik i metod wzmacniających dobrostanowe potencjały człowieka. Na podstawie długoletnich badań prowadzonych w Zakładzie Promocji Zdrowia i Technik Relaksacyjnych wrocławskiej AWF wypracowany został zestaw narzędzi do oceny pogłębionych stanów świadomościowych określanych jako „pogłębiony relaks”. Celem prezentowanych badań było określenie stanu głębokości zrelaksowania głównie na podstawie subiektywnych odczuć nazywanych symptomami w zależności od zaawansowania treningowego. Badanie zostało przeprowadzone na grupie 26 osób studentów

podejmujących trening relaksacyjno-medytacyjny według jednej z trzech praktyk: relaksacji medytacyjnej Bensona, treningu Mindfulness lub treningu Zen. Zastosowany został autorski Arkusz Doświadczeń Relaksacji i Medytacji – ADRiM, składający się z 31 stwierdzeń opisujących stany relaksacji i medytacji w odniesieniu do trzech grup symptomów; „ułatwiających”, „utrudniających” i „neutralnych” oraz wywiad. Z badań wynika, że osoby w większym doświadczeniu medytacyjnym, będące w grupie „zaawansowanej” uzyskiwali wyniki wysokie, plasując je w górnej części skali, podczas, gdy badani w grupie „początkującej” w tych samych pytaniach udzielali odpowiedzi na dolnej części skali.

^a Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław

Przetwory owocowo-warzywne w racji pokarmowej studentów Uniwersytetu Warmińsko- Mazurskiego w Olsztynie

mgr inż. Lidia Kurp ^a
prof. inż. Marzena Danowska-Oziewicz ^a
/// **mgr inż. Anna Draszanowska** ^a
prof. inż. Mirosława Karpińska-Tymoszczyk ^a
inż. Piotr Maculewicz ^a

Celem pracy była analiza spożycia przetworów owocowo-warzwywnych przez studentów Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie. Badania zostały przeprowadzone przy użyciu kwestionariusza ankiety w 2011 roku na grupie 255 studentów. W analizie materiału empirycznego zastosowano analizę częstości odpowiedzi, a do porównywania danych zastosowano test Chi2 programu Statistica 9.0 (StatSoft Inc., USA). Wykazano, iż większość respondentów spożywała przetwory owocowo-warzywne kilka razy w tygodniu. Najczęściej wybieranym przetworami owocowo-warzwywnymi spożywanymi 1-2 razy w miesiącu były dżemy, mrożone owoce i warzywa, warzywa konserwowe oraz koncentraty pomidorowe. Spożywane przetwory w większości kupowane były w sklepie, a podczas zakupu ankietowani kierowali się walorami smakowymi, wygodą korzystania oraz wartością odżywczą. Ponadto badani w większości byli zdania, iż owoce i warzywa są dobrym źródłem witamin A, C, D, E i K oraz błonnika pokarmowego. Przetwory owocowe i warzywne są produktami popularnymi wśród studentów Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, co może wynikać z ich dostępności oraz łatwości wykorzystania.

^a Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn

Stawiane rozpoznania i leczenie pacjentów zawodowo związanych z służbami mundurowymi w Oddziale Psychiatrycznym 7 Szpitala Marynarki Wojennej na podstawie wywiadu i obserwacji chorych

/// **mgr Marta Kutniewska-Kubik** ^a

Aktywność zawodowa związana z służbami mundurowymi wiąże się często z permanentnie doświadczanym stresem. Niezależnie, czy mowa jest o Służbie Wojskowej, Straży Pożarnej, Policji, czy też Służbie Więziennej. Stres ten wynika z jednej strony z samej struktury relacji zawodowych – bardzo hierarchicznych, jak również z czynnikami zewnętrznymi, a w tym z zagrożeniem bezpieczeństwa swojego, współpracowników, a nawet własnych rodzin. Niewątpliwie od żołnierzy, policjantów strażaków, ratowników, służby więziennej wymaga się ciągłej mobilizacji sił nie tylko fizycznych, ale również i psychicznych, co w efekcie prowadzić może do wyczerpania zasobów do radzenia sobie w trudnych sytuacjach i rozwoju zaburzeń emocjonalnych. Wśród prezentowanych przypadków osób zawodowo związanych z służbami mundurowymi, w wyniku pracy wiążącej się z narażeniem własnego bezpieczeń-

stwa i życia oraz innych osób rozwinęły się zaburzenia o charakterze depresyjno-lękowym. Zaburzenia te w tym przypadku rozumie się jako skutek traumatycznych przeżyć związanych z aktywnością zawodową. Analiza historii leczenia pacjentów związanych zawodowo z służbami mundurowymi ujawnia, że oddziaływania medyczne i wsparcie psychologiczne stanowi trudny i wymagający proces. Długotrwała skuteczność zastosowanych metod leczenia ujawnianych zaburzeń będących skutkiem traumatycznych przeżyć u osób zawodowo związanych z służbami mundurowymi jest dużym wyzwaniem dla zespołu Oddziału. Analizując literaturę przedmiotu można uznać, że istotnym byłoby stworzenie modelu terapii dla takich pacjentów, uwzględniającego specyfikę zaburzeń i ich genezę.

^a 7 Szpital Marynarki Wojennej, Gdańsk

Rola czynników psychologicznych w powstawaniu i przebiegu łysienia plackowatego

/// **dr Marta Kutty-Pachecka**^a

Współcześnie obserwuje się wśród młodych osób, stały wzrost zachorowań na choroby dermatologiczne, a także współwystępowanie zaburzeń dermatologicznych i zaburzeń psychicznych oraz trudności w funkcjonowaniu psychologicznym (Absolon, Corttrel 1997, s. 241-245; Aktan, Ozmen 1998, s. 230-234; Blalock 1994; Czubalski 1988). Dla specjalistów z dziedziny psychiatrii, psychologii i dermatologii, zależność pomiędzy dermatozami a ich psychologicznym uwarunkowaniem jest wyzwaniem do poszukiwań odpowiednich sposobów terapii. Takie podejście, w którym uwzględnia się zależności pomiędzy schorzeniami dermatologicznymi a dysfunkcjami psychicznymi ma istotne znaczenie w procesie terapeutycznym, pozwala poznać uwarunkowania choroby, daje możliwość identyfikowania grup wysokiego ryzyka zachorowań, a co równie ważne wczesnego wykrywania chorób i skutecznego ich leczenia. Podjęcie problematyki łysienia plackowatego na gruncie psychologii wydaje się zasadne, gdyż alopecia areata zalicza się do grupy schorzeń dermatologicznych modyfikowanych przez czynniki psychologiczne, to znaczy takich, na których przebieg, a nawet powstawanie wpływają czynniki psychiczne. Celem naszych analiz będzie przedstawienie wyników przeglądu literatury na temat psychologicznych i podmiotowych aspektów łysienia plackowatego, gdyż naszym zdaniem powinny być one jednymi z ważniejszych działań profilaktycznych prowadzących na terenie kraju, a także powinny być uwzględniane w samym procesie diagnozowania i leczenia, zgodnie z ujęciem holistycznym.

^a Uniwersytet Wrocławski

Systematyczny przegląd teorii behawioralnych dotyczących utrzymania zmiany zachowania

/// **mgr Dominika Kwasnicka**^a
prof. Falko F. Sniehotta^a
prof. Martin White^b
dr Stephan U. Dombrowski^c

Pozytywne zmiany zachowania, jeśli utrzymane, prowadzą do znacznej poprawy zdrowia. Celem prezentowanych badań była identyfikacja teorii dotyczących długoterminowego utrzymania zmiany zachowania i analiza połączonych ze sobą pojęć teoretycznych. Ogólnym celem badań było ustalenie głównych założeń teoretycznych mających na celu umożliwienie/ułatwienie projektowania interwencji psychologicznych promujących zdrowy tryb życia. Teorie zostały zidentyfikowane na podstawie trzech metod: systematyczny przegląd elektronicznych baz danych (Ovid MEDLINE, Embase, PsycINFO), przegląd istniejącej bazy danych teorii (<http://www.behaviourchangetheories.com/>) i konsultacja z 25 ekspertami teorii. Teorie zostały uwzględnione w przeglądzie, jeśli zawierały założenia dotyczące długoterminowego utrzymania zmiany zachowania. Teorie zawarte w przeglądzie zostały zsyntetyzowane tematycznie, by ustalić nadrzędne założenia teoretyczne. Panel 10 psychologów zdrowia zweryfikował główne tematy teoretyczne. Spośród 117 zi-

dentyfikowanych teorii, 100 spełniało kryteria włączenia do przeglądu, zawierając wyjaśnienia dotyczące utrzymania zmiany zachowania. Pięć nadrzędnych, powiązanych tematów teoretycznych dotyczyło: motywacji do utrzymania zmiany zachowania, efektywnej samoregulacji, utrzymania nawyków mających wpływ na zdrowie, indywidualnych zasobów (psychicznych i fizycznych) oraz wpływów społeczno-środowiskowych. Teorie behawioralne zawierają hipotezy, które wyjaśniają jak utrzymać początkowe zmiany zachowania, by długoterminowo utrzymać zdrowszy tryb życia. Dalsze badania prowadzone przez naszą grupę naukową testują przedstawione założenia teoretyczne. Wnioski z tego przeglądu kierują rozwojem interwencji wspierających utrzymanie zachowań zdrowotnych.

^a Newcastle University

^b University of Stirling

^c University of Cambridge

Optymizm, codzienne radzenie sobie, ból i emocje u kobiet z reumatoidalnym zapaleniem stawów /// **dr Zuzanna Kwissa-Gajewska**^a

Określenie moderacyjnej roli optymizmu w relacji codziennego nasilenia strategii radzenia sobie bólem a jego nasileniem i emocjami u chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS). Badaniami objęto 54 kobiety w wieku 24-65 (M=52,07; SD=9,91) z RZS (czas trwania choroby w latach M=11,43; SD=8,35). Dokonano jednorazowego pomiaru optymizmu (LOT-R). Przez kolejne 7 dni hospitalizacji dokonywano pomiaru strategii radzenia sobie z bólem (7 wybranych pozycji z kwestionariusza CSQ), bólu (10-cm skala wizualno-analogowa) i emocji (PANAS). W pierwszej kolejności przeprowadzono analizę MANOVA, która wykazała zróżnicowane nasilenie bólu i emocji ze względu na poziom optymizmu. W oparciu o hierarchiczny model liniowy, umożliwiający analizę zmienności wewnątrz- i pomiędzy osobami wykazano, iż w dni intensywniejszego stosowania strategii skoncentrowanych na zadaniu, ból u osób z optymistycznym nastawieniem nasilał się, natomiast u pesymistów- obniżał. Natomiast zwiększone stosowanie strategii skoncentrowanych na zadaniu, odwracaniu uwagi, relaksowaniu się, reinterpretowaniu doznań bólowych, powodowało wzrost emocji pozytywnych, przy czym efekt był silniejszy u osób z niskim nasileniem optymizmu. Rezultaty wskazują na pozytywną rolę optymizmu, jaką odgrywa w psychicznym i fizycznym funkcjonowaniu osób z RZS. Strategie zaradcze były skuteczne w odniesieniu do generowania emocji pozytywnych głównie u pesymistów, niewystępowanie podobnego zjawiska u optymistów można tłumaczyć efektem „sufitu”.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

Pozytywne myślenie a koncepcja siebie /// **mgr Agnieszka Laskowska**^a **dr Tomasz Jankowski**^a **mgr Łukasz Miciuk**^a **prof. Piotr Oleś**^a

Jednym z zagadnień przykuwającym coraz większe zainteresowanie badaczy jest zjawisko orientacji pozytywnej, którą można uznać za „syndrom dobrego funkcjonowania”, ze względu na jej dodatnie korelacje z oceną stanu zdrowia i przekonaniem o własnej skuteczności (Alessandri i in., 2012; Caprara i Steca, 2005; Caprara i in. 2012). Celem badań jest ustalenie związku między orientacją pozytywną a koncepcją siebie. Badanie miało charakter kwestionariuszowy. Przebadano 200 studentów w wieku 19-30 lat pochodzących z różnych obszarów Polski. Wyniki potwierdziły hipotezy, że orientacja pozytywna dodatnio koreluje z klarownością, a ujemnie z ruminacją, refleksją i uwarunkowaną samooceną. Wyniki przeprowadzonej analizy kanonicznej wskazują, że zmienność zmiennych samooceny, optymizmu i satysfakcji z życia jest wyjaśniana w 58% a w 47% przez zmienną powstałą ze zmiennych: klarowność, uwarunkowana samoocena, ruminacja

i refleksja a w 50,41 % (R2) przez wszystkie zmienne z dwóch zbiorów. Wskaźnikami gorszego funkcjonowania może być obniżona orientacja pozytywna, ruminacja, refleksja i uwarunkowana samoocena. Zmieniając poziom stylów myślenia o sobie oraz stopień uwarunkowania samooceny, można zmienić nastawienie do siebie, świata i przyszłości. Przy negatywnym myśleniu o sobie, jeśli osoba podejmuje się refleksji na swój temat, to szybko prowadzi do ruminowania albo bardziej przypomina ruminowanie niż spekulatywno-życiowe rozważania.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Uwarunkowania stresu w pracy a zdrowie pracowników platform wiertniczych w Polsce. Znaczenie badań podłużnych

/// **dr Irena Leszczyńska** ^a

Obciążenia psychospołeczne w pracy na platformach wiertniczych (wymagania, kontrola i wsparcie społeczne) oraz subiektywne odczuwanie stresu mogą mieć wpływ na zdrowie pracowników za pośrednictwem mechanizmu stresu. Analizowano wpływ czynników psychospołecznych i odczuwanego stresu w pracy na obiektywne wskaźniki zdrowia (BMI, ilość i rodzaj dolegliwości) dobrostan fizyczny i psychiczny pracowników. Analiza podłużna wyników daje możliwość wyciągania wniosków o zależnościach przyczynowo-skutkowych pomiędzy stresem i obciążeniami psychospołecznymi a ich wpływem na zdrowie, a także daje możliwość przewidywania zdrowia pracowników. Przebadano 167 pracowników polskich platform wiertniczych, mężczyzn, średnia wieku 42 lata; analiza obejmuje dane z 20 lat 1993-2014 (te same osoby, te same warunki pracy, każdy pracownik był badany średnio 5 razy). Według zasady triangulacji analizowano dane z trzech źródeł, dotyczące a. tzw. „obiektywnego” stresu (dane z audytów, Kwestionariusz do Oceny Cech Pracy (Dudek, Waszkowska) b. stresu „subiektywnego” – Kwestionariusz do Subiektywnej Oceny Stresu w Pracy (Dudek, Waszkowska), Psychospołeczne Warunki Pracy (Widerszal-Bazyl, Cieślak), Profil Nastrojów POMS (adaptacji Dudka i Koniarka) c. cech temperamentalno-osobowościowych: NEO-FFI (Costa, Mc Crae), PTS (Strelau), CISS (Endler, Parker w adaptacji Wrześniewskiego) d. Dane dotyczące wskaźników stanu zdrowia (liczba i rodzaj dolegliwości, BMI, własna ocena stanu zdrowia, Skala dobrostanu fizycznego i psychicznego z PWP). Według podejścia longitudinalnego i analizy skupień wyodrębniono 3 sposoby adaptowania się pracowników do stresu na przestrzeni 20 lat (dynamika stresu): stres pracowników może systematycznie maleć (Uodparniający się – UO), systematycznie wzrastać (Uwrażliwiający się – UW) albo zmieniać się (Zmieniający się – ZM). Analiza podłużna dała możliwość stworzenia różnych modeli wyjaśniania i przewidywania zdrowia pracowników platform wiertniczych – SEM (RMSEA= od ,060 do ,074, CFI= od ,941 do ,954). Istnieje istotna i silna zależność pomiędzy typem dynamiki, a zgłaszaniem dolegliwości zdrowotnych ($\chi^2(2)=40,236$; $p<,001$), grupa (ZM) zgłasza 10-krotnie niższe dolegliwości niż w skupieniu 2 – gdzie stres rośnie (UW). Osoby o spadającym stresie (UO) to osoby o najwyższym wskaźniku BMI, natomiast osoby o dynamice zmiennej (ZM) to osoby o przeciętnej wadze – lekko ponad normę ($\chi^2(8)=51,075$; $p<,001$; $Cc=0,48$). W skupieniu ZM silniejsza jest zgodność opinii o własnym zdrowiu z liczbą zgłaszanych dolegliwości niż to ma miejsce w dwóch pozostałych skupieniach ($\chi^2(2)=7,177$; $p=,028$). Wraz ze wzrostem poziomu neurotyczności, ekstrawertyczności i sumienności wzrasta poziom stresu ($\beta=,34^*$), i większe jest prawdopodobieństwo przynależności do skupienia 1 – UW ($\beta=,27^*$). Podejście longitudinalne wykazało, że zdrowie nie wiąże się ze stresem bezpośrednio, mediatorem częściowym pomiędzy stresem w pracy a wskaźnikami zdrowia jest styl radzenia sobie ze stresem (indirect= 18^* ; $p=,004$), natomiast całkowitym mediatorem zależności pomiędzy uwarunkowaniami osobowościowymi a zdrowiem jest typ dynamiki stresu (indirect= 11^* ; $p=,011$). Obciążenie czynnikami psychospołecznymi i poziom odczuwania stresu w pracy nie mają wpływu na dobrostan fizyczny pracowników, natomiast mają wpływ bezpośredni i pośredni na ich dobrostan psychiczny (czynniki psychospołeczne: indirect= -32^* ; $p=,004$; direct= -29^* ; $p=,009$ i poziom stresu: indirect= -23^* ; $p=,031$; direct= -9^* ; $p=,048$). Mediatorami częściowymi wpływu czynników psychospołecznych i odczuwania stresu na dobrostan psychiczny pracowników platform są dynamika stresu i styl radzenia sobie z nim. Pracownicy platform wiertniczych, którzy w sposób elastyczny i zmienny adaptują się do stresu w pracy (ZM) częściej niż inne grupy (UO, UW) deklarują odczuwanie stresu w pracy i udział stylu emocjonalnego w sytuacjach trudnych. W rezultacie po 20 latach pracy mają lepsze zdrowie w porównaniu z tymi, którym deklarowany stres systematycznie spada (UO) i którzy w mniejszym stopniu posługują się stylem emocjonalnym w

sytuacjach trudnych. Daje to podstawę do zaplanowania programów promujących zmiany zachowań i postaw pracowników platform wiertniczych, sprzyjających ograniczeniu długotrwałych skutków stresu w pracy.

^a Pracownia Psychologiczna Irena Leszczyńska, Gdańsk

Rola niepełnosprawności dziecka w kształtowaniu jakości życia małżeńskiego rodziców

/// **mgr Alicja Lewandowska**^a
prof. Teresa Rostowska^a

Celem niniejszego projektu badawczego było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy niepełnosprawność dziecka jest czynnikiem różnicującym poziom jakości życia małżeńskiego, poziom satysfakcji z życia oraz sposób psychospołecznego funkcjonowania rodziców? W badaniach wykorzystano następujące metody badawcze: Kwestionariusz Dobranego Małżeństwa (KDM-2) autorstwa Plopy i Rostowskiego, Drabina Cantrila, SWLS oraz kwestionariusz wywiadu. Badaniami objęto 302 rodziców, których zakwalifikowano do 3 grup porównawczych: rodziców dzieci zdrowych 80 osób (40 matek i 40 ojców), rodziców dzieci niepełnosprawnych intelektualnie (55 matek i 47 ojców) oraz rodziców dzieci z niepełnosprawnością ruchową w normie intelektualnej (62 matek i 58 ojców). Uzyskane wyniki badań ujawniły podobny poziom jakości życia małżeńskiego w badanych grupach rodziców dzieci zdrowych oraz niepełnosprawnych. Zanotowano różnice w poziomie satysfakcji z życia oraz w sposobie funkcjonowania badanych rodziców. Przeprowadzone analizy statystyczne pozwoliły ustalić, że wprawdzie niepełnosprawność dziecka nie wpływa na poziom satysfakcji małżeńskiej, jednak różnicuje poziom satysfakcji z życia oraz sposób funkcjonowania psychospołecznego rodziców.

^a Uniwersytet Gdański

Poziom narcyzmu jako moderator relacji pomiędzy obiektywnymi wymiarami ciała a stosunkiem do własnej cielesności młodych mężczyzn

/// **prof. Małgorzata Lipowska**^a
prof. Mariusz Lipowski^b

Zainteresowanie własnym wyglądem jest najczęściej badane w odniesieniu do populacji kobiet, jednakże w ostatnich latach coraz częściej podkreśla się, że koncentracja na wyglądzie dotyczy także mężczyzn. Generalnie mężczyźni posiadają wyższy poziom samooceny związanej z wyglądem niż kobiety a atrakcyjność fizyczna nie stanowi tak ważnego elementu obrazu „Ja” mężczyzn, jak ma to miejsce w wypadku kobiet. W badaniach uczestniczyli młodzi mężczyźni (N = 996) w wieku od 18. do 29. roku życia. Stosunek badanych do własnego ciała oceniony został za pomocą Skali Oceny Ciała BES (Franzoi&Shields, 1984) w polskiej normalizacji Lipowskiej i Lipowskiego (2013), poziom cech narcystycznych Kwestionariuszem Narcyzmu NPI (Raskin& Hall, 1981) w polskiej adaptacji Bazińskiej i Ruszczak (2000). Oprócz danych kwestionariuszowych wykorzystano także obiektywne informacje dotyczące pomiarów: masy ciała, jego wysokości oraz obwodów poszczególnych części ciała. Informacje te pozwoliły na obliczanie wskaźników antropometrycznych: wagowo-wzrostowy (BMI), centralnego otluszczenia (ICO), talia-biodra (WHR) oraz talia-klatka piersiowa (WCR). Uzyskane wyniki wskazują, że większość mężczyzn jest zadowolonych z masy ciała, choć część chciałby ją zwiększyć, oczywiście poprzez zwiększenie umięśnienia. Wskaźniki antropometryczne określające poziom otluszczenia oraz typ sylwetki badanych nie pozwalają przewidywać zadowolenia mężczyzn z własnego ciała. To narcyzm okazał się predyktorem stosunku do własnej cielesności, ale tylko wśród mężczyzn podejmujących aktywność zmierzającą w kierunku korekty masy ciała. Im cechy narcystyczne są na wyższym poziomie tym większa u osób odchudzających się bądź „budujących”

masę mięśniową, koncentracja na wyglądzie, i tym pozytywniejszy stosunek do niego.

^a Uniwersytet Gdański

^b Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk

Zachowania agresywne w obrazie ADHD

///

prof. Małgorzata Lipowska ^a
Urszula Sajewicz-Radtke ^b

Celem przeprowadzonych badań było wskazanie roli jaką zachowania agresywne pełnią w spostrzeganiu funkcjonowania dzieci z ADHD. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem koncentracji uwagi (ADHD) jest jednym z najpowszechniej występujących zaburzeń neuro rozwojowych wśród dzieci w wieku szkolnym. Dzieci nadpobudliwe cechują problemy zarówno w sferze poznawczej jak i behawioralnej, związane z trudnościami w zakresie hamowania reakcji, impulsywnością, nieuwagą oraz nadruchliwością. ADHD bardzo często współwystępuje z zaburzeniami rozwoju i zachowania, a w szczególności z zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi (ODD), zaburzeniami zachowania (CD) czy dysleksją. Ze względu na podobieństwo pewnych wymiarów zachowań, zwłaszcza dużą ekspresyjność i małą kontrolę, zespół ADHD jest wręcz mylony z ODD. Badania prowadzono wśród 62 dzieci z ADHD i 60 uczniów bez deficytów z klas IV-VI szkoły podstawowej oraz ich rodziców. Wyniki wskazały na związek impulsywności z zachowaniami ze agresywnymi. Także emocjonalność jako cecha temperamentalna pozostaje w związku z natężeniem zachowań nieaprobowanych społecznie.

^a Uniwersytet Gdański

^b Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych w Gdańsku

„Sport to zdrowie” – granice prozdrowotnej aktywności fizycznej

///

prof. Mariusz Lipowski ^a

Argumentów na to, że „sport to zdrowie” jest wiele. Zastanowić się należy jednak, jaki poziom wysiłku fizycznego ma charakter prozdrowotny? Czy wyczyn sportowy ma taki charakter? Na prozdrowotną aktywność fizyczną również można patrzeć z wielu perspektyw... nawet w aspektach patologii. Niezwykle istotna jest tu motywacyjna funkcja celu uprawiania sportu, czy aktywności fizycznej... bo przecież nic nie dzieje się bez przyczyny.

^a Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk

Wsparcie społeczne a ocena jakości życia u kobiet w ciąży z powikłaniami

///

mgr Karolina Lutkiewicz ^a
prof. Mariola Bidzan ^a

Określenie związku między uzyskiwanym wsparciem społecznym a oceną jakości życia kobiet w trakcie ciąży z trudnościami oraz sprawdzenie, czy występują różnice w ocenie jakości życia u kobiet w ciąży prawidłowej i z powikłaniami. Ponadto zanalizowano czy ocena jakości życia związana jest z ryzykiem wystąpienia depresji. W badaniu wzięto udział 61 ciężarnych kobiet. Średnia czasu trwania ciąży wyniosła 27,5 tygodnia. Zastosowano podział na grupy kobiet z ciążą przebiegającą prawidłowo oraz z ciążą

z powikłaniami. Dane zebrano poprzez ankietę socjodemograficzną oraz: Kwestionariusz Źródła Wsparcia Społecznego M. Nieland (w opr. Bielawskiej-Batorowicz, 1995), Edynburską Skalę Depresji Poporodowej (EPDS w opr. Marii Bnińskiej, 1999), Kwestionariusz Oceny Jakości Życia, (SF-36 w opr. Tylka, Piotrowicz, 2009). Wykonano odpowiednie analizy w celu zbadania różnic w podgrupach i uzyskania istotnych korelacji. U kobiet w ciąży bez powikłań odnotowano, że im wyższy poziom wsparcia tym wyższa ocena jakości życia osób badanych. Natomiast w grupie kobiet w ciąży z trudnościami nie wystąpiły żadne istotne związki liniowe. Zaobserwowano, iż ocena jakości życia w grupie kobiet bez powikłań jest zdecydowanie wyższa niż w grupie kobiet z trudnościami. Wnioskuje się, że im niższa ocena poziomu jakości życia w grupie eksperymentalnej tym wyższy poziom zaburzeń nastroju. Wsparcie społeczne jest istotną wartością w grupie kobiet w ciąży bez powikłań. W tej grupie wsparcie działa profilaktycznie do występowania depresji. Trudności w czasie ciąży obniżają ocenę jakości życia.

^a Uniwersytet Gdański

Wsparcie społeczne jako profilaktyka depresji u kobiet w ciąży z powikłaniami

/// **mgr Karolina Lutkiewicz**^a
prof. Mariola Bidzan^a

Określenie związku między wsparciem społecznym w czasie ciąży z powikłaniami a występowaniem depresji. Poznanie związku między jakością życia w ciąży z powikłaniami a występowaniem depresji. Zanalizowanie czy ocena jakości życia związana jest z ryzykiem wystąpienia depresji. W badaniu wzięto udział 61 ciężarnych kobiet. Średnia czasu trwania ciąży wyniosła 27,5 tygodnia. Zastosowano podział na grupy kobiet z ciążą przebiegającą prawidłowo oraz z ciążą z powikłaniami. Dane zebrano poprzez ankietę socjodemograficzną oraz: Kwestionariusz Źródła Wsparcia Społecznego M. Nieland (w opr. Bielawskiej-Batorowicz, 1995), Edynburską Skalę Depresji Poporodowej (EPDS w opr. Marii Bnińskiej, 1999), Kwestionariusz Oceny Jakości Życia, (SF-36 w opr. Tylka, Piotrowicz, 2009). Wykonano odpowiednie analizy w celu zbadania różnic w podgrupach i uzyskania istotnych korelacji. Wnioskuje się, że w grupie kobiet bez powikłań, wraz z wyższą jakością wsparcia spada ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju. Obserwuje się, że im niższa ocena poziomu jakości życia tym wyższy poziom zaburzeń nastroju u badanych kobiet w ciąży z powikłaniami. Co ciekawe, średnie wyniki na skali depresji w grupie kontrolnej są istotnie wyższe niż w grupie ciąży z powikłaniami. Wsparcie społeczne jest istotną wartością w grupie kobiet w ciąży bez powikłań. W tej grupie wsparcie działa profilaktycznie do występowania depresji. Trudności w czasie ciąży obniżają ocenę jakości życia.

^a Uniwersytet Gdański

Poziom depresji i lęku społecznego u pacjentów z różnym stopniem nasilenia łuszczycy – mediacyjna rola negatywnych emocji wobec ciała

/// **Patryk Łakuta**^a
prof. Hanna Przybyła-Basista^a

Określenie znaczenia wpływu nasilenia łuszczycy na poziom depresji i lęku społecznego z uwzględnieniem roli negatywnych emocji wobec ciała, wieku zachorowania oraz płci osób badanych. W badaniu wykorzystano Inwentarz Depresji Becka, Kwestionariusz Lęku Społecznego oraz Skalę Stosunku Emocjonalnego do Ciała. Nasilenie łuszczycy oceniono za pomocą wskaźnika BSA (Body Surface Area). Badaniem objęto 148 chorych na łuszczycę, leczonych ambulatoryjnie. W oparciu o przeprowadzone analizy stwierdzono, że negatywny stosunek do własnego ciała jest całkowitym mediatorem relacji pomiędzy nasileniem łuszczycy a depresją wśród chorych. Ponadto, hierarchiczna analiza regresji ze składnikiem interakcji wyka-

zała, że płeć jest istotnym moderatorem relacji pomiędzy nasileniem łuszczycy a negatywnym stosunkiem do własnego ciała. Analizie poddano również relację pomiędzy nasileniem lęku społecznego a nasileniem zmian skórnych. Moderatorem tej złożonej relacji jest z kolei wiek zachorowania na łuszczycę. Oznacza to, że u osób, u których łuszczycy pojawiła się we wczesnym wieku (≤ 18), większe nasilenie łuszczycy wiąże się z większym nasileniem objawów lęku społecznego. Podczas gdy, u osób u których łuszczycy pojawiła się w późnym wieku, relacja ta jest nieistotna. Prezentowane wyniki mają ważne implikacje teoretyczne i praktyczne. Szczególną opieką należy otoczyć osoby, u których zmiany skórne pojawiły się w młodym wieku oraz posiadające negatywny stosunek do własnego ciała.

^a Uniwersytet Śląski, Katowice

Zmienne z Procesualnego Modelu Zmiany Zachowania i stygmatyzacja a stosowanie prezerwatywy przez mężczyzn zakażonych HIV

/// **dr Łukasz Łapiński** ^{a, b, c}
dr Jacek Gąsiorowski ^{b, c}
prof. Aleksandra Łuszczynska ^{a, d}

Celem badania było sprawdzenie zależności między częstością stosowania prezerwatywy a poszczególnymi składowymi procesualnego modelu działań zdrowotnych i poczuciem doświadczania stygmatyzacji (w obszarze stygmatyzacji spersonalizowanej, wynikającej z ujawnienia zakażenia, negatywnego postrzegania samego siebie oraz doświadczania stygmatyzacji społecznej). W przeprowadzonym za pomocą zestawu kwestionariuszy badaniu wzięło udział 102 mężczyzn zakażonych HIV i pozostających pod opieką Poradni Profilaktyczno-Lecniczej Ośrodkach Profilaktyczno-Lecniczego Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ. Otrzymane wyniki pokazują, że zmienne z procesualnego modelu działań zdrowotnych zasadniczo nie są istotnie związane ze stosowaniem prezerwatywy. Jedynie wyższy poziom oczekiwania dotyczącego wyników był związany z częstszym stosowaniem prezerwatywy w kontaktach analnych ze stałym partnerem. Nie potwierdzono związku między wskaźnikami poziomu stygmatyzacji a stosowaniem prezerwatywy w kontaktach seksualnych. Aczkolwiek stygmatyzacja wynikająca z ujawnienia zakażenia pozwalała na wyjaśnianie stosowania prezerwatywy w kontaktach analnych z przygodnymi partnerami. Częstsze używanie prezerwatywy w tego typu stosunkach seksualnych wiązało się z wyższym poziomem stygmatyzacji wynikająca z ujawnienia zakażenia. Uzyskane wyniki mogą posłużyć do prawidłowej konstrukcji kampanii promujących stosowanie prezerwatywy, gdyż żadne z dotychczas prowadzonych w Polsce i na Świecie działań profilaktycznych nie odniosły znaczących efektów. Wynika to z braku informacji nt. przyczyn niestosowania prezerwatywy w kontaktach seksualnych.

-
- ^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wrocław
^b Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław
^c Ośrodek Profilaktyczno-Lecniczy Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień Wrocławskiego Centrum Zdrowia SPZOZ
^d University of Colorado

Struktura temperamentu a zachowania prozdrowotne i ryzykowne młodzieży

/// **dr Julia Łosiak-Pilch** ^a

Ustalenie znaczenia struktur temperamentu dla podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych przez młodzież. Charakterystyka wyodrębnionych przez Strelaua i Zawadzkiego struktur temperamentu pozwalała na przewidywanie zróżnicowania występowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych związanego z konfiguracją cech temperamentalnych. Oczekiwano, że osoby o nieodpornej strukturze

temperamentu podejmują zachowania prozdrowotne częściej niż osoby cechujące się innymi strukturami, natomiast osoby o strukturze przestymulowanej częściej zachowania ryzykowne. Częstość zachowań prozdrowotnych i ryzykownych oceniano w oparciu o przygotowane dla potrzeb badań skale samoopisowe. Cechy temperamentu mierzono kwestionariuszem FCZ-KRTT (Strelau, Zawadzki, 1997). Grupę badaną stanowiło 345 uczniów liceum ogólnokształcącego, liceum profilowanego oraz technikum w wieku 17 – 19 lat z terenu miasta Krakowa. Wbrew oczekiwaniom, osoby cechujące się nieodporną strukturą temperamentu podejmowały rzadziej niż inni zachowania prozdrowotne. Natomiast zgodnie z oczekiwaniami udało się stwierdzić większą częstość występowania zachowań ryzykownych u osób z przestymulowaną strukturą temperamentu. Zaznaczyła się również wyraźna tendencja wskazująca, że osoby cechujące się nieodporną strukturą podejmowały takie zachowania rzadziej. Konfiguracja cech temperamentu ma znaczenie dla podejmowania zachowań prozdrowotnych i ryzykownych przez młodzież, chociaż nie wszystkie przewidywania odnośnie występowania takich zachowań, sformułowane na podstawie charakterystyki struktur temperamentu, zostały potwierdzone.

^a Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Interwencje służące zmianie zachowania: dobre praktyki

/// **prof. Aleksandra Łuszczynska** ^a

Interwencje psychologiczne, przygotowywane w laboratorium lub realizowane przez badaczy w niewielkich próbach w tzw. środowisku naturalnym, powinny mieć szereg charakterystyk umożliwiających wcielenie ich w życie w populacji. Charakterystyki te mogą być oparte o modele teoretyczne lub/i o dowody empiryczne. Takimi charakterystykami zajmuje się interdyscyplinarna nauka o implementacji (ang. implementation science), poszukująca optymalnych metod promocji zdrowia przy wykorzystaniu wyników badań oraz wiedzy interesariuszy. Wykład prezentuje modele teoretyczne, oryginalne badania i przeglądy badań dotyczące planowania, przygotowywania, ewaluacji i wcielania w życie interwencji psychologicznych, służących promocji zachowań prozdrowotnych. Omówione zostaną wskaźniki dobrych praktyk w zakresie przygotowania interwencji i w zakresie ich ewaluacji. Zaprezentowane zostaną modele ramowe dotyczące implementacji oraz badania wskazujące na kluczowe dla interwencji warunki implementacji, ujęte w tych modelach. Wykład zawierać będzie przykłady i krytyczną analizę interwencji dotyczących zmiany diety i aktywności fizycznej. W szczególności, przykłady będą dotyczyły interwencji: (a) przygotowywanych i prowadzonych w laboratorium; (b) realizowanych w niewielkich populacjach w środowisku naturalnym w celu ich wstępnej ewaluacji; (c) interwencji przygotowywanych i implementowanych w populacji.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wrocław / University of Colorado

Wsparcie dla opiekunów osób z chorobą typu Alzheimera oraz z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi

/// **dr Beata Łukaszewska** ^a
dr Monique Pappadis ^b

Celem badań jest określenie w jakim stopniu opiekunowie osób z AD i MCI wymagają wsparcia i pomocy instytucjonalnej w radzeniu sobie w opiece z chorym członkiem rodziny. W badaniu uczestniczyli opiekunowie i osoby z otępieniem. Opiekunowie w liczbie 72 osób wypełniali NPI-Q (Neuropsychiatric Inventory – Questionnaire) oraz ankietę z pytaniami na temat stopnia wsparcia i pomocy w opiece nad chorym jaką chcieliby uzyskać od instytucji na aktualnym poziomie zaawansowania choroby członka rodziny. W badaniu uczestniczyło 72 chorych (41 AD, 31 MCI). Pacjenci przebadani zostali następującymi metodami do diagnozy neuropsychologicznej: MMSE (Mini – Mental Status Examination), Skala Barthel, TMT część A i B (Trail Making Test), WMS-III Pamięć logiczna, WSM-III Symbole liczb, GDS (Geriatric Depression Scale). Wśród opiekunów osób z AD uzyskano dodatnią korelację między wynikami

mierzącymi potrzebę wsparcia i pomocy instytucjonalnej oraz wynikami Skali Barthel ($r=0.44$, $p=0.04$), uzyskano ujemną korelację z wynikami NPI-Q ($r=0.18$, $p=-0.18$). Wśród opiekunów osób z MCI uzyskano dodatnią korelację między wynikami mierzącymi potrzebę wsparcia i pomocy instytucjonalnej i wynikami kwestionariusza NPI-Q ($r=0.45$ przy $p=0.04$) oraz Skali Barthel ($r=0.43$ przy $p=0.05$). Uzyskane dane wskazują, iż nie tylko opiekunowie pacjentów z AD wymagają wsparcia i pomocy instytucjonalnej. Nasilenie zaburzeń neuropsychiatrycznych wśród osób z MCI jest istotnym objawem choroby z którym opiekunowie najgorzej sobie radzą, dodatkowo obniżenie sprawności i samodzielności chorego wymaga wysiłku fizycznego ze strony opiekuna. Opiekunowie to zazwyczaj osoby w podobnym wieku co chorzy 68-75 lat, stanowią więc grupę osób szczególnie potrzebującą wszechstronnej pomocy i wsparcia ze strony instytucji i społeczeństwa jak wsparcie socjalne, finansowe, medyczne, edukacyjne, psychologiczne.

^a Uniwersytet Gdański

^b TIRR Memorial Hermann Rehabilitation and Research, Houston, USA

Are there any side effects in caregiving people with dementia?

Czy są skutki uboczne u nieformalnych opiekunów osób z demencją? ///

dr Roksana Malak^a

mgr Bartosz Grobelny^a

dr Agnieszka Krawczyk-Wasielewska^a

dr Anna Kostuikow^a

dr Paweł Kleka^b

prof. Ewa Mojs^a

prof. Włodzimierz Samborski^a

Opiekunowie osób cierpiących na demencję poświęcają swój czas i uwagę w celu zapewnienia chorym jak najlepszą opiekę. Zwłaszcza nieprofesjonalni opiekunowie, będący członkami rodziny osoby z otępieniem powinni być otoczeni wsparciem w celu uniknięcia wypalenia czy nawet depresji. Celem pracy była ocena czynników ryzyka depresji u osób opiekujących się członkami swoich rodzin, którzy cierpią na demencję. W badaniu wzięło udział 41 opiekunów osób z demencją. Opiekunowie wypełnili kwestionariusze. Ocenie poziomu depresji służyła skala depresji CES-D. Oceniono zależność pomiędzy cechami demograficznymi opiekunów a poziomem w skali CES-D. Grupa badana według CES-D osiągnęła średnio wynik 18 ± 7.49 . Nie wykazano istotności statystycznej w ocenie zależności pomiędzy poziomem CES-D a takimi czynnikami jak wiek opiekuna, czas opieki, rodzaj pokrewieństwa pomiędzy chorym a opiekunem, poziomem bólu. Pomimo brak u istotności statystycznej pomiędzy poziomem depresji a danymi demograficznymi, unaocznienie zagrożenia depresji u opiekunów osób z demencją, obniżenie ich jakości życia, lęki i żale, jaki większość osób badanych zgłaszała, powinny skłonić do organizowania aktywności prewencyjnych depresji wśród nieformalnych opiekunów osób z demencją.

^a Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

^b Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

Pomorski Program Zintegrowanej Opieki i jego rola w poprawianiu jakości życia pacjentów chorujących na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc ///

mgr Izabela Malicki^a

mgr Dorota Grabowska^a

Około 2 milionów Polaków choruje na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP). Wiąże się ona z postępującym i w niewielkim stopniu odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe (obturacyją). Choroba ta dotyka drobnych dróg oddechowych, niszczy miąższ płucny powodując rozedmę o różnym nasileniu. Objawy POChP są niespecyficzne – duszność, kaszel, odksztuszenie płwociny, niska tolerancja wysiłku. Najczęstszą przyczyną tej choroby jest narażenie na dym tytoniowy. POChP jest

chorobą nieuleczalną. Leczenie ma charakter objawowy. Wszelkie działania lekarskie mają na celu spowolnienie procesu chorobowego i poprawę komfortu życia pacjenta. Od 2013 roku w Gdańsku działa Program Zintegrowanej Opieki nad chorymi na POChP, zapewniający podopiecznym: opiekę lekarską, pielęgniarską i psychologiczną, a także konsultacje z dietetykiem i rehabilitantem. Bardzo ważnym elementem programu jest wsparcie domowe w postaci wizyt wykwalifikowanej asystentki - opiekunki przynajmniej 2 razy w miesiącu. W trakcie tych wizyt oceniane jest funkcjonowanie chorego i jego przystosowanie do choroby. Opiekunka monitoruje przestrzeganie zaleceń lekarza i edukuje chorego i jego bliskich w zakresie prawidłowych technik inhalacji. Przeprowadza rehabilitację oddechową i ogólnousprawniającą, udziela wsparcia w bieżących problemach oraz prowadzi trening funkcji poznawczych. Wszelkie te działania powodują znaczną poprawę jakości życia podopiecznych programu.

^a Infolinia Onkologiczna PTPO, Gdańsk / Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

Indywidualne i relacyjne czynniki związane z występowaniem przemocy rówieśniczej wśród nastolatków

dr Marta Malinowska-Cieślik^a
mgr Patrycja Nowak^a
mgr Daniel Dzida^a

Celem badań była ocena uwarunkowań indywidualnych i relacyjnych w występowaniu przemocy rówieśniczej wśród nastolatków. Oceniano dwa zachowania: udział w bójkach oraz dręczenie (bullying) innych uczniów. Jako czynniki indywidualne wybrano: zadowolenie z własnego życia, picie alkoholu oraz postrzeganie szkoły. Jako czynniki relacyjne analizowano wsparcie ze strony rówieśników oraz relacje z nauczycielami. W badaniu zastosowano sondaż techniką ankiety, która zawierała pytania pochodzące z międzynarodowego kwestionariusza badań zachowań zdrowotnych dzieci szkolnych (HBSC) [Mazur i Małkowska- Szkutnik, 2011]. Grupą badaną było 504 uczniów V i VI klas szkoły podstawowej, w wieku 11-13 lat (średnia wieku =12,04); 49,2% dziewcząt i 50,8% chłopców. Zaobserwowano korelację z następującymi czynnikami indywidualnymi: picie alkoholu a uczestniczenie w bójkach ($Rho=0,103$) i dręczenie ($Rho=0,260$); zadowolenie z życia a uczestniczenie w bójkach ($Rho=-0,111$) i dręczenie ($Rho=-0,149$), postrzeganie szkoły a uczestniczenie w bójkach ($Rho=-0,221$) i dręczenie ($Rho=-0,149$). Wyniki pokazały związek występowania zachowań agresywnych ze wsparciem ze strony koleżanek i kolegów, tylko w przypadku bójek ($Rho=-0,103$) oraz z relacjami z nauczycielami (bójki $Rho=-0,181$; dręczenie $Rho=-0,175$). Działania profilaktyczne w ostatnich klasach szkół podstawowych powinny być ukierunkowane na wzmacnianie zadowolenia z życia, rozwijanie więzi między uczniami i dobrych relacji z nauczycielami oraz budowanie dobrego klimatu w szkole, co powinno sprzyjać pozytywnemu postrzeganiu szkoły przez uczniów.

^a Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

Niepełnosprawność intelektualna w stopniu umiarkowanym u dzieci z dysmorfią twarzy i bez dysmorfii twarzy w percepcji nauczycieli placówek szkolnictwa specjalnego

dr Arkadiusz Mański^a
dr Aleksandra Szulman-Wardal^b

Wygląd i funkcjonowanie dziecka niepełnosprawnego intelektualnie stanowi ważny fragment rzeczywistości mogący pośredniczyć w tworzeniu obrazu tego dziecka w umysłach innych ludzi. W przypadku genetycznej etiologii niepełnosprawności intelektualnej w rozważaniach nad obrazami dzieci koniecznie należy uwzględnić

pojęcia: fenotyp wyglądu i fenotyp behawioralny. Nieodłącznym elementem wzbogacającym fenotyp wyglądu tych dzieci jest fakt obecności dysmorfii twarzy. Ich rola w przebiegu praktyki rehabilitacyjnej pozostaje niejasna. Dysmorfie twarzy bardzo często współistnieją z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym (NIU). Spoglądając na szkolne losy dzieci z NIU autorzy podjęli się analizy roli dysmorfii twarzy w tworzeniu obrazu niepełnosprawności tych dzieci u nauczycieli placówek szkolnictwa specjalnego. Badaniami objęto grupę 66 nauczycieli placówek szkolnictwa specjalnego. Wśród nich 35 pracuje z dziećmi NIU, u których obecne są dysmorfie twarzy a 31 prowadzi edukację uczniów z NIU bez dysmorfii twarzy. W badaniach zastosowano Skalę Oceny Własnej Choroby (SOWCH) S. Steuden. Dokonano niewielkiej modyfikacji SOWCH, tak aby możliwa stała się analiza wymiarów obrazu choroby dzieci przez nauczycieli. W wyniku przeprowadzonych badań uzyskano nie tylko obraz choroby/niepełnosprawności dzieci z NIU i dysmorfia twarzy oraz bez dysmorfii twarzy, ale również zanalizowano różnice w tych obrazach pomiędzy nauczycielami. Spośród 7 wymiarów choroby tylko jeden „Korzyść” na poziomie istotnym statystycznie różnicuje nauczycieli dzieci NIU z dysmorfia twarzy i bez dysmorfii twarzy.

^a Uniwersytet Gdański, Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy, Kościerzyna

^b Uniwersytet Gdański, Szpital Specjalistyczny, Kościerzyna

Mój diabeł stróż. Doświadczenia nastolatków z wszczepialnym kardiowerterem-defibrylatorem

/// **prof. Agnieszka Maryniak**^a
mgr Alicja Bielawska^b

Kardiowerter-defibrylator (implantable cardioverter-defibrillator – ICD) wszczepiany jest u pacjenta zagrożonego nagłym zatrzymaniem krążenia z powodu złośliwej arytmii. Urządzenie to monitoruje pracę serca i w przypadku wykrycia groźnej arytmii, poprzez stymulację antyarytmiczną lub impuls elektryczny, przywraca rytm zatokowy. ICD wszczepia się zarówno u chorych, którzy przebyli nagłe zatrzymanie krążenia lub napady groźnych arytmii (tzw. prewencja wtórna), jak i osób bez objawów, lecz ze stwierdzoną chorobą – często genetycznie uwarunkowaną – stwarzającą zagrożenie napadem migotania komór (tzw. prewencja pierwotna). Dzieci i młodzież stanowią niewielki odsetek pacjentów z ICD. W tej grupie wiekowej stosunkowo dużo jest osób z ICD wszczepionym w ramach prewencji pierwotnej. Jest to sytuacja szczególnie trudna dla nastolatków: nie odczuwając żadnych objawów choroby otrzymują informację o zagrożeniu nagłą śmiercią i muszą zaakceptować proponowane postępowanie profilaktyczne, wiążące się z pewnymi ograniczeniami w trybie życia. Badani pacjenci z grupy 26 nastolatków z ICD, w porównaniu z grupą kontrolną rówieśników diagnozowanych z powodu kołatania serca i zasłabnięć, lecz bez stwierdzonej choroby układu krążenia, znacząco gorzej oceniali swoje zdrowie, stan emocjonalny, kontakty z rówieśnikami, funkcjonowanie szkolne. Częściej doświadczali też problemów ze snem. Nie stwierdzono różnic pomiędzy pacjentami z ICD wszczepionym w ramach prewencji pierwotnej i wtórnej. Także fakt doświadczania wyładowań nie wpływa na ocenę swojego stanu. Wskazuje to, że nie odczuwane objawy, lecz sam fakt implantacji urządzenia ma znaczenie dla funkcjonowania i stanu emocjonalnego nastolatków. ICD, mające chronić ich życie, sprawia, że czują się chorzy. Często powoduje to nieakceptowanie zalecanego postępowania, podejmowanie zachowań ryzykownych. Osoby pracujące z młodzieżą z groźnymi zaburzeniami rytmu serca, a także ich rodziny, stają przed wyzwaniem: Jak przekonać nastolatka, by chciał chronić swoje życie, ale tak, aby ze strachu przed śmiercią nie bał się żyć?

^a Uniwersytet Warszawski

^b Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”, Warszawa

Muzykoterapia improwizacyjna w oddziale psychiatrii sądowej

/// **dr Elżbieta Masiak**^a

Niniejsze wystąpienie dotyczyć będzie koncepcji muzykoterapii improwizacyjnej w pracy z pacjentami od-

działu psychiatrii sądowej. Przedstawione zostaną założenia teoretyczne tego nurtu muzykoterapii, autorski zintegrowany model metody odpowiadający specyfice potrzeb populacji pacjentów w oddziałach penitencjarnych oraz studium przypadków. Dynamika procesu terapeutycznego ukierunkowana jest na wzmacnianie zasobów pacjentów, stymulowanie autoregulacji emocjonalnej z treningiem zastępowania agresji, elementy treningu kompetencji interpersonalnych, komunikacji, współdziałania, samodyscypliny. Studium przypadków zilustrowane zostanie materiałem audio.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II / Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1, Lublin

Poczucie stygmatyzacji a jakość życia w przewlekłej, widocznej chorobie u młodych kobiet

/// **mgr Natalia Mazurkiewicz**^a

Dla kobiet atrakcyjność fizyczna stanowi istotny element kreowania obrazu JA. Piękna, zdrowa, czysta skóra, zgrabna sylwetka i odpowiednie proporcje to ideał kobiecego ciała. To zaś, co nie pasuje do wzorca bywa napiętnowane, stygmatyzowane. Zarówno choroba dermatologiczna jak i otyłość są przewlekłymi chorobami, które obniżają jakość życia, zarówno poprzez chorobę, jak i przez wygląd ciała. Głównym celem badania było określenie czy istnieje związek między subiektywnym poczuciem stygmatyzacji a poziomem jakości życia. W związku z tym przebadano kobiety w wieku 18-30 lat włączając je do jednej z dwóch grup klinicznych (1) przewlekłej choroby – otyłości (30 kobiet z BMI ≥ 30) oraz (2) przewlekłej, widocznej choroby skóry (30 kobiet), oraz do grupy kontrolnej – kobiet w normie wagowej i bez chorób skóry (42 kobiety). Do oceny stygmatyzacji użyto Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ, Lawrence i in. 2006), zaś do oceny jakości życia Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36v.11 (Ware i in., 2000). Jak wynika z analizy danych, subiektywne poczucie stygmatu wiąże się z jakością życia, im większe poczucie stygmatyzacji, tym niższa ocena jakości życia. Ponadto obiektywna ocena funkcjonowania fizycznego różnicuje badane grupy, kobiety otyłe niżej oceniają swoje funkcjonowanie fizyczne niż kobiety z pozostałych grup.

^a Uniwersytet Gdański

Wczesne nieadaptacyjne schematy Younga i ich związki z postawami życiowymi w wybranych zaburzeniach

/// **dr Dorota Mącik**^a

Jednym z kierunków terapii tzw. „trzeciej fali” jest terapia schematów. Koncepcja ta została opracowana przez Jeffreya Younga, jako odpowiedź na trudności terapeutyczne (np. nawroty zaburzeń). Istotą tej koncepcji są wczesne nieadaptacyjne schematy (EMS), rozumiane jako sztywne wzory rozumienia siebie i świata, wytworzone w dzieciństwie jako sposób przystosowania się dziecka do warunków środowiska i powtarzane w dorosłości choć stały się dezadaptacyjne. W Polsce koncepcja ta jest mało eksplorowana. Ocena nasilenia EMS w wybranych zaburzeniach i ich relacji do postaw życiowych. Kwestionariusz Schematów YSQ-S3 Younga, KPŻ (LAP-R) Klamuta. Badane grupy: uzależnienie (N=30), GAD (N=36), anoreksja (N=25), zaburzenia lękowo-depresyjne (N=32), zdrowe (N=153). Istnieją istotne różnice w zakresie nasilenia, jak i układu EMS, pomiędzy poszczególnymi zaburzeniami, przy czym najwyższe nasilenie obserwowane jest w grupie z lękiem uogólnionym, zaś najniższe w przypadku uzależnienia. Lęk uogólniony wiąże się również z problemami w zakresie postaw życiowych. Wszystkie zaburzenia cechuje wysokie nasilenie pustki egzystencjalnej. Analizy korelacyjne wskazują na istotne związki pomiędzy EMS a postawami życiowymi, a także oceną swojego życia i samopoczucia psychicznego i fizycznego, przy czym siła tych związków największa jest w grupie z lękiem uogólnionym. Wnioski. EMS są charakterystyczne dla różnych typów zaburzeń. Wiążąc się z postawami życiowymi istotnie wpływają na

Orientacja pozytywna a Pięcioczynnikowy Model Osobowości ///

mgr Łukasz Miciuk ^a
dr Tomasz Jankowski ^a
mgr Agnieszka Laskowska ^a
prof. Piotr Oleś ^a

Zbadanie związku orientacji pozytywnej z Pięcioczynnikowym Modelem Osobowości Costy i McCrae. Orientacja pozytywna w teorii Caprara to podstawowa tendencja do spostrzegania i wartościowania pozytywnych aspektów życia, przyszłości i samego siebie. 200 Polaków w wieku 19-31 lat przebadano za pomocą kwestionariuszy: SES (Skala Samooceny, Rosenberg), SWLS (Skala Satysfakcji z Życia; Diener, Emmons, Larson i Griffin), LOT-R (Test Orientacji Życiowej; Scheier, Carver i Bridges), Inwentarza Osobowości NEO-FFI (Costa i McCrae), GSES (Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności; Schwarzer i Jeruzalem), PANAS-X (Skala Pozytywnego i Negatywnego Afektu – Wersja Rozszerzona; Watson i Clark) i SCS (Skala Klarowności Koncepcji Siebie; Campbell, Trapnell, Heine, Katz, Lavallee i Lehman). Dane opracowano za pomocą korelacji kanonicznych i analizy regresji. Stwierdzono, że orientacja pozytywna wykazuje bardzo silny związek (62% wspólnej wariancji) ze strukturą osobowości (cechy istotne: neurotyczność, ekstrawersja i sumienność). Cechy wyjaśniają 62% wariancji orientacji pozytywnej, lecz pozostaje 38% niewyjaśnionej wariancji. Orientacja pozytywna wykracza poza zakres rzeczywistości psychologicznej ujmowanej przez cechy, ale prawdopodobnie reprezentuje podobny poziom osobowości co cechy Wielkiej Piątki, tj. podstawowe dyspozycje i procesy.

Wykorzystanie muzyki ze szczególnym uwzględnieniem śpiewu w terapii logopedycznej pacjentów foniatrycznych i logopedycznych ///

dr Maria Mielnik ^a

Celem prezentacji jest udowodnienie, że słuchanie ulubionych utworów (muzykoterapia receptywna) oraz zastosowanie śpiewoterapii, skutecznie wspomaga indywidualną terapię pacjentów foniatrycznych i neurologicznych z rozpoznaną dyzartrią i afazją ruchową. Muzykoterapia receptywna. W przypadku pacjentów z dysfoniami czynnościowymi i organicznymi do terapii zaburzeń głosu wykorzystano elementy podstaw techniki wokalne. W ramach ćwiczeń pacjenci wykonywali Tercje ze zbioru Metodo pratico di canto Italiano N. Vaccai. Do optymalizacji wielkości pola głosowego posłużył program komputerowy Dr. Speech Version 4 Tiger DRS, Inc. Śpiewoterapia była stosowana w przypadku pacjentów z afazją niepełną w celu ułatwienia inicjacji wypowiedzi. W grupie 32 pacjentów z czynnościowymi zaburzeniami głosu 50% uzyskało dużą poprawę pola głosowego, skala głosu wzrosła o 6,59 półtonu; w grupie 24 chorych z dysfoniami organicznymi – 45,85%, wzrost skali o 5,79 półtonu. W przypadku pacjentów neurologicznych linia melodyczna pomaga w samodzielnym rozpoczęciu wypowiedzi. Wprowadzenie elementów techniki wokalne poprawia parametry głosowe i oddechowe oraz może być formą muzykoterapii aktywnej pacjentów foniatrycznych i neurologicznych (dyzartrie). Śpiewoterapia wspomaga terapię chorych z afazją niepełną. Słuchanie ulubionej muzyki korzystnie wpływa na cały ustrój pacjenta, stanowi urozmaicenie często żmudnych ćwiczeń logopedycznych.

Psychologiczne determinanty zaangażowania w proces leczenia: oczekiwania wobec personelu medycznego i zachowania zdrowotne wśród osób po transplantacji serca

/// **mgr Anna Mierzyńska**^a
dr Małgorzata Sobieszkańska-Matek^a
prof. Tomasz Zieliński^a

Badanie miało charakter przekrojowy – 108 osób po transplantacji serca (OHT) (wiek: $M=52,93$; $SD=14,33$) wypełniło kwestionariusze służące do oszacowania osobowości, stylu radzenia sobie ze stresem, umiejscowienia kontroli zdrowia, poczucia skuteczności, stanu zdrowia psychicznego, oczekiwań wobec personelu oraz zachowań zdrowotnych. Do analizy zależności statystycznych wykorzystano metodę regresji krokowej. Czas od OHT ($\beta = 0,33$; $p<0,01$) oraz objawy depresyjne ($\beta = -0,21$; $p<0,05$) były predyktorami oczekiwań związanych z wyjaśnianiem choroby ($R^2 = 0,12$; $p<0,01$). Styl skoncentrowany na emocjach ($\beta = 0,25$; $p<0,05$) był predyktorem poszukiwania wsparcia ($R^2=0,05$; $p<0,05$). Zapotrzebowanie na informacje dotyczące przebiegu badań było wyjaśniane przez czas od OHT ($\beta = 0,31$; $p<0,01$) oraz stan zdrowia psychicznego ($\beta = -0,28$; $p<0,01$) ($R^2 = 0,11$; $p<0,01$). Wiek podczas OHT ($\beta = 0,27$; $p<0,01$) oraz poziom sumienności ($\beta = 0,29$; $p<0,01$) były predyktorami zaangażowania w zachowania zdrowotne ($R^2 = 0,12$; $p<0,01$). Badane cechy pacjentów były również predyktorami zaangażowania w poszczególne kategorie zachowań zdrowotnych (nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, nastawienie psychiczne, praktyki zdrowotne). Oczekiwania wobec zespołu leczącego oraz zachowania zdrowotne pacjentów po OHT różnią się w zależności od ich charakterystyk psychologicznych, szczególnie cech osobowości oraz stanu zdrowia psychicznego.

^a Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa

Cechy choroby oraz przystosowanie emocjonalne w grupie polskiej i rumuńskiej młodzieży z cukrzycą typu 1

/// **mgr Andreea Mihaela Mihalca**^a
prof. Władysława Pilecka^a

Badanie miało na celu sprawdzenie czy istnieją różnice kulturowe w zakresie cech choroby oraz przystosowania emocjonalnego wśród młodzieży z cukrzycą typu 1. W badaniu wzięło udział 93 adolescentów (53,8% chłopców; wiek $M = 14,11$, $SD = 1,22$) z cukrzycą typu 1 z Polski ($N = 54$) oraz Rumunii ($N = 39$). Młodzież wypełniała Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS). Informacje na temat choroby uzyskano od rodziców badanych adolescentów. W porównaniu do polskiej młodzieży, rumuńscy adolescenty posiadali wyższy poziom HbA1c, byli diagnozowani w późniejszym wieku, charakteryzowali się powolnym początkiem choroby i byli leczeni wyłącznie za pomocą iniekcji insulinowych. Niemniej jednak, w polskiej grupie stosowanie pompy insulinowej było w niewielkim stopniu związane z poziomem HbA1c i nie miało związku z przystosowaniem emocjonalnym. Narodowość nie była istotnym predyktorem przystosowania emocjonalnego. Moderowała jednak kierunek i siłę relacji pomiędzy liczbą hospitalizacji i problemami emocjonalnymi. Pomimo różnic w zakresie nasilenia choroby oraz postępowania medycznego, młodzież z cukrzycą typu pierwszego z Polski i Rumunii wykazała podobny poziom przystosowania emocjonalnego.

^a Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Funkcjonowanie emocjonalno- społeczne dzieci i młodzieży po transplantacji wątroby – badanie pilotażowe

/// **Katarzyna Miłska**^a
dr Magdalena Chrzan-Dętkoś^a
prof. Anna Liberek^b

Funkcjonowanie emocjonalno-społeczne dzieci i młodzieży po transplantacji wątroby-badanie pilotażowe. Rocznie w Polsce wykonywanych jest około 40 przeszczepów wątroby u dzieci. Dotychczasowe badania pokazują, że w porównaniu do zdrowych rówieśników, dzieci po przeszczepie mają niższą jakość życia np. w obszarze funkcjonowania fizycznego, czy społecznego. Z drugiej strony, dzieci po przeszczepie wątroby funkcjonują tak samo dobrze lub nawet lepiej, niż dzieci z innymi chorobami o przewlekłym charakterze (Taylor R. i in., 2005). Celem badania jest poznanie, w jaki sposób przeszczep wątroby i związana z nim konieczność długotrwałego leczenia związana jest m.in. z samooceną, relacjami, a także spostrzeganiem własnego ciała u dzieci. W badaniu wykorzystano metody kwestionariuszowe: Skala Samooceny SES M. Rosenberga, Skala Samotności LLCA, Kwestionariusz Przywiązania ASCQ oraz projekcyjne: 3 życzenia, Rysunek Rodziny, Przestrzeń Życiowa, Spostrzeganie Ciała. Badanie ma charakter jakościowy, bazuje na analizie 5 przypadków dzieci i ich rodziców. Dzieci i młodzież po przeszczepie wątroby nie są objęte długotrwałą opieką psychologiczną. Dzieci i młodzież po przeszczepie wątroby borykają się z dylematami odnośnie wyglądu (związanym z przeszczepem zmian), koniecznością czasowej rezygnacji z nauki szkolnej, trudnościami w kontakcie z rówieśnikami. Autorki badania mają nadzieję, że otrzymane wyniki będą miały wartość aplikacyjną – zwrócą uwagę na emocjonalno-społeczną sytuację dzieci.

^a Uniwersytet Gdański

^b Gdański Uniwersytet Medyczny

Sytuacja emocjonalna rodziców dzieci po przeszczepie wątroby

/// **Katarzyna Miłska**^a
dr Magdalena Chrzan-Dętkoś^a
prof. Anna Liberek^b

Badania pokazują, że rodzice dzieci i młodzieży po przeszczepie wątroby doświadczają zaburzeń emocjonalnych, objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD), lęku i depresji (Midgley DE i in., 2000). Zmiany w dotychczasowym funkcjonowaniu dziecka pociągają za sobą znaczące zmiany w funkcjonowaniu całej rodziny. Celem badania jest poznanie w jaki sposób przeszczep wątroby dziecka i związane z tym konsekwencje w postaci długotrwałego leczenia wpływają na sytuację emocjonalną rodziców. Wywiad oraz metody kwestionariuszowe: Skala Relacji Dziecko-Rodzic CPRS-SF, Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego BSSS, Kwestionariusz Depresji Becka BDI, Kwestionariusz Poczucia Stresu KPS. Wyniki. Analiza badań wskazuje, że sytuacja rodziców pacjentów po przeszczepie wątroby jednoznacznie wiąże się ze wzrostem poziomu stresu, który spowodowany jest niepokojem o zdrowie i przyszłość dziecka. Rodzice borykają się z obawą przed tym, czy podczas opieki domowej uda im się sprostać wymaganiom medycznym koniecznym do prawidłowego i bezpiecznego funkcjonowania dziecka po transplantacji wątroby. Dodatkowo długotrwałe leczenie i związana z tym niepewność obciążają stan psychiczny opiekunów. Wyniki pilotażowego badania są zgodne z danymi europejskimi: rodzice, częściej matki, zgłaszają wysoki poziom stresu związanego z sytuacją dziecka oraz zapotrzebowanie na wsparcie psychologiczne (Manificat i in., 2003). Wyniki zwracają uwagę na zasadność objęcia zgłaszających taką potrzebę rodziców wsparciem psychologicznym.

^a Uniwersytet Gdański

^b Gdański Uniwersytet Medyczny

Stan zdrowia psychicznego kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi i narządów rodnych – znaczenie poznawczego obrazu choroby, radzenia sobie z jej stresem i korzyści z niej wynikających

/// **dr Joanna Miniszewska^a**
mgr Elżbieta Narzekalak^b
Edyta Chilińska^a
Paulina Górczak^a

Cel: a) Ocena ogólnego stanu zdrowia psychicznego, b) poznanie poznawczego obrazu choroby, najczęściej stosowanych strategii radzenia sobie i wymienianych korzyści z choroby c) określenie zależności między poznawczym obrazem choroby, radzeniem sobie z jej stresem i spostrzeganymi korzyściami a ogólnym stanem zdrowia psychicznego kobiet chorujących na chorobę nowotworową narządów rodnych i piersi. Grupa badana: 70 kobiet z rozpoznaniem nowotworu piersi i narządów rodnych. Metody: GHQ-28 (Goldberg; Makowska Merez, 2001), Kwestionariusz Percepcji Choroby – IPQ (Moss-Morrison i in., 2002; Wojtyła, 2012), Mini - COPE (Carver; Juczyński, Ogińska-Bulik, 2009), Kwestionariusz Korzyści z Choroby – The Silver Lining Questionnaire (Sodergren; Kossakowska, w druku). W badanej grupie udało się wyodrębnić dwa skupienia homogeniczne pod względem stanu psychicznego, które znacząco różnią się poszczególnymi elementami obrazu własnej choroby, stosowanymi strategiami radzenia sobie oraz postrzeganymi korzyściami z choroby. Stan zdrowia psychicznego, w badanej grupie, pogarsza się, m.in., wraz ze wzrostem wiary psychospołecznej (np. związanej z własną osobą) przyczyny choroby oraz liczby objawów chorobowych; poprawia się wraz ze stosowaniem niektórych strategii radzenia sobie (w tym pozytywnego przewartościowania pełniącego rolę mediacyjną). Uzyskane wyniki podkreślają potrzebę objęcia osób chorych onkologicznie opieką psychologiczną, która koncentrowałaby się na, m.in., poznaniu i zweryfikowaniu przekonań dotyczących choroby i jej przyczyn oraz kształtowaniu adaptacyjnych sposobów radzenia sobie.

^a Uniwersytet Łódzki

^b Regionalny Ośrodek Onkologiczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Mikołaja Kopernika, Łódź

Cechy osobowości, wzory zachowania a zachorowalność na choroby kardiologiczne, nowotworowe oraz układu pokarmowego

/// **dr Andrzej Mirski^a**

Celem przeprowadzonych badań było zbadanie osobowościowych i behawioralnych uwarunkowań skłonności do chorób psychosomatycznych. Grupę badawczą stanowili kuracjusze oraz wczasowicze Sanatorium Uzdrowskiego (N=60). Kryterium doboru był wiek (30-60 lat) oraz stan zdrowia (dobry, choroba kardiologiczna, choroba nowotworowa, choroba układu pokarmowego). Na potrzeby niniejszej pracy wykorzystano dwa narzędzia badawcze: 1. Inwentarz Osobowości NEO-FFI; 2. Test Psychosomatycznych Wzorów Zachowania (TPWZ) opracowany przez mnie. Wyniki badania wskazały na istotną zależność pomiędzy strukturą osobowości a skłonnością do chorób psychosomatycznych. Wzór zachowania A wiąże się istotnie z wysokim poziomem neurotyczności, wzór zachowania C wiąże się istotnie z niskim poziomem ekstrawersji oraz otwartości na doświadczenia (w całej grupie). Wysoki poziom cech optymalnych psychosomatycznie (wprowadzony przez autora wzór zachowania O) wiąże się istotnie z niskim poziomem neurotyczności oraz z wysokim poziomem otwartości na doświadczenia (w całej grupie i u osób zdrowych). Potwierdziła się także hipoteza badawcza niniejszej pracy zakładająca, że występuje istotna zależność pomiędzy skłonnością do chorób psychosomatycznych, a rozwojem choroby kardiologicznej, nowotworowej oraz układu pokarmowego. Można zatem się spodziewać, że praca nad cechami osobowości oraz wzorami zachowania się może być istotnym czynnikiem profilaktycznym (a w pewnym zakresie także terapeutycznym) w przypadku wielu poważnych chorób.

^a Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego

Funkcjonowanie systemu rodzinnego z perspektywy współmałżonków osób z zawałem serca

///

dr Swetłana Mróz^a
prof. Barbara Bętkowska-Korpała^a
prof. Józef Krzysztof Gierowski^a

Celem jest porównanie funkcjonowania rodziny przed i po zawale serca z perspektywy współmałżonków osób chorych. Przebadano 60 współmałżonków osób chorych (34-68 lat). Badani oceniali funkcjonowanie rodziny jako systemu, diady oraz własne funkcjonowanie. Zastosowano Kwestionariusz do Oceny Rodziny (w modyfikacji Cierpki). Badania prowadzono w dwóch równolicznych podgrupach. Pierwszą badano w okresie bezpośrednio po zawale serca, a badania drugiej podgrupy dokonano w okresie powyżej roku od zawału. Pierwsza grupa współmałżonków oceniała okres funkcjonowania przed wystąpieniem zawału. Porównania wyników dokonano testami t-Studenta i U Manna-Whitneya. Wyniki w obu grupach wskazują na zadawalający poziom funkcjonowania w rodzinie. Jednak pomiędzy podgrupami istnieją różnice we wszystkich wymiarach funkcjonowania. Współmałżonkowie z drugiej podgrupy gorzej oceniali funkcjonowanie rodzinne w różnych wymiarach (wykonywanie zadań, komunikacja, emocjonalność), diady (emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, kontrola, wartości i normy) oraz własne (emocjonalność, zaangażowanie uczuciowe, komunikacja i wartości) w porównaniu do oceny funkcjonowania przed zawałem. Z perspektywy współmałżonków funkcjonowanie w rodzinie na poziomie systemu rodzinnego, diady i własnej osoby jest gorsze niż przed zawałem serca. Jednym z powodów może być doświadczenie sytuacji zagrażającej życiu współmałżonka i wynikająca z tego konieczność reorganizacji systemu. Kontekst rodzinny jest istotny w procesie rekonwalescencji pacjentów po przebytych zawale serca i zasadne jest objęcie pomocą psychologiczną również współmałżonków chorych.

^a Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków

Atrakcyjność dziecka w grupie z perspektywy efektu św. Mateusza

///

dr Elżbieta Napora^a
mgr Paulina Garbicz^a

Celem badań było uchwycenie czynników różnicujących status socjometryczny dziecka w klasie. Oczekiwano, że czynniki związane z dzieckiem jak i z rodziną wpływają zarówno na wybory pozytywne jak i negatywne dziecka przez rówieśników. Będą także, różnicować rodzaje statusu socjometrycznego w grupie. Przebadano 192 uczniów w wieku 11-13 lat z dziesięciu szkół w prowincjonalnej Polsce, przy zastosowaniu klasycznego testu socjometrycznego J.L. Moreno oraz skali. Wynik analizy za pomocą ANOVA rang Kruskala-Wallisa istotny statystycznie ($H(2, N = 192) = 9,39; p = 0,009$) dotyczył statusu materialnego i pokazał istotny jego wpływ na liczbę pozytywnych wyborów dziecka przez rówieśników. Wynik testu chi-kwadrat w schemacie akceptacja przez rówieśników \times status materialny również, okazał się istotny statystycznie ($\chi^2 = 12,1; df = 4; p = 0,016$). Uzyskane wyniki pokazały, że najwięcej dzieci z wysoką akceptacją pochodzi z rodzin zamożnych i atrakcyjność dzieci wyraźnie maleje, wraz z obniżającym się statusem materialnym rodziny. Efekty te sugerują, że zasobność ekonomiczna rodziny jest najważniejszą przyczyną oddziaływującą na atrakcyjność dziecka w grupie. Dzieci bardziej lubią tych, którzy są lepiej sytuowani materialnie. Ponadto, subiektywne ubóstwo znacząco wiąże się z niekompletną strukturą rodziny oraz z płcią dziecka, które dodatkowo różnicują jego akceptację przez rówieśników.

^a Akademia im. Jana Długosza, Częstochowa

Formy profilaktyki prozdrowotnej w polskich przedsiębiorstwach w odpowiedzi na najczęstsze przejawy stresu w pracy

dr Zdzisław Nieckarz^a
dr Sylwia Celińska^b
dr Dorota Godlewska-Werner^a

///

Wymagania stawiane współczesnemu człowiekowi powodują zwiększenie poziomu stresu wywołanego przez różnego rodzaju czynniki psychospołeczne i organizacyjne. Jego skutkiem są nie tylko problemy indywidualne np. pogorszenie się stanu zdrowia, ale także organizacyjne np. spadek motywacji czy zaangażowania pracowników. Przeprowadzone badanie miało na celu zidentyfikowanie najważniejszych objawów stresu, które znacząco obniżają ich efektywność działania oraz zapoznać się z metodami profilaktyki prozdrowotnej w polskich przedsiębiorstwach. Badanie przeprowadzono w 16 przedsiębiorstwach różnej wielkości na terenie całego kraju. Wzięto w nim udział 113 pracowników. Badanie przeprowadzono przy pomocy kwestionariusza opisującego możliwe objawy stresu oraz serię pytań o rozwiązania prozdrowotne w organizacji z uwzględnieniem ich dostępności i ważności dla pracownika. Profilaktyka prozdrowotna w polskich firmach nie wychodzi na ogół poza wymagane prawem minimum – uważa tak 69% badanych. Wyjątkami są firmy, które posiadają bardziej rozbudowany system promocji zdrowia, z którego pracownicy mogą korzystać niezależnie od zajmowanego stanowiska – do tej grupy należy około 11% firm. Jest to niezwykle mało, tym bardziej, że wielu pracowników skarży się na szereg dolegliwości wywołanych stresem np. problemy ze snem ma 52% badanych, na różnego rodzaju bóle skarży się 59%, a 32% stwierdziło u siebie problemy związane z obniżeniem nastroju. Stres nie jest chorobą, ale jeśli staje się stałym elementem życia może mieć wpływ na pojawienie się wielu chorób i dolegliwości, które nie tylko obniżają jakość funkcjonowania człowieka ale wpływają na efektywność pełnionych ról społecznych, w tym zawodowych. Dobrze zaprojektowane miejsce pracy i dbałość o akceptowany przez pracowników poziom stresu pozwalają człowiekowi osiągać życiowe i zawodowe cele. Badanie pokazuje, że na tym obszarze zarządzania wiele przedsiębiorstw stoi przed poważnymi wyzwaniami.

^a Uniwersytet Gdański

^b Stowarzyszenie Coachingu Biznesowego, Sopot

Adaptacja do procesu starzenia się studentek Uniwersytetu Trzeciego Wiek

mgr Magdalena Nilidzińska^a
prof. Mikołaj Majkowicz^a
dr Tomasz Bandurski^a

///

Zadania, jakie przyjmują Uniwersytety Trzeciego Wiek (UTW) to poszerzenie wiedzy, włączenie nowej wiedzy do doświadczenia życiowego, umożliwienie dobrej organizacji czasu wolnego. A percepcja to proces poznawczy wiążący treść nowych spostrzeżeń z dotychczasowym osobistym doświadczeniem i wiedzą. Uczestnictwo w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wiek sprzyjać może reedukacji rozumianej jako uczenie się nowych reakcji behawioralnych na określone sytuacje zamiast wcześniej wyuczonych, niepożądanych reakcji przejawianych w tych sytuacjach. Badanie wykonano na Uniwersytecie Trzeciego Wiek w Gdańsku. UTW powołany został w 1979 r. przez Wojewódzki Ośrodek Gerontologiczny. Obecnie działa jako Stowarzyszenie zwykłe. Przebadano 50 słuchaczy (kobiet). Jako grupę kontrolną przebadano osoby starsze pobierające emeryturę, a nie uczestniczące w zajęciach UTW. Zastosowano metody takie jak Drabina Cantrilla; Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego. Wyniki przeprowadzonych badań pozwalają na wniosek o pozytywnym wpływie uczestnictwa w zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wiek. Osoby w wieku emerytalnym uczestniczące w zajęciach UTW, jakie wzięły udział w badaniu, można określić emocjonalnie zdrowymi ludźmi, zorientowanymi na rzeczywistość i starającymi się żyć produktywnie.

^a Gdański Uniwersytet Medyczny

Adaptacja do choroby nowotworowej. Teoria tranzycji Brennana (Social-Cognitive Transition, SCT)

/// **mgr Jarosław Ocalewski**^a
prof. Paweł Izdebski^a

Przedstawienie założeń teorii tranzycji Brennana i jej zastosowanie w ocenie adaptacji do choroby nowotworowej. Założenia: Założeniem modelu tranzycji jest ewolucyjne podejście do aspektu poznawczego, polegające na tym, że człowiek na skutek doświadczenia nabywa wiedzę o świecie wewnętrznym, jak i zewnętrznym. Na jej podstawie kształtuje oczekiwania w stosunku do przyszłych wydarzeń. Jeśli ich przebieg jest zgodny z przypuszczeniami, to nie zmienia się struktura poznawcza człowieka. Jeśli jednak epizody życiowe przerastają zdolności zrozumienia świata, to jednostka na skutek braku elastyczności systemu poznawczego będzie reagowała poprzez mechanizmy obronne. Służą one czasowej strategii w utrzymaniu się spójnego rozumienia świata oraz dzielenia stresu. Model ten zakłada cykliczność, aż do momentu zaakceptowania danego wydarzenia, a końcowym efektem każdego cyklu będzie zmiana założeń poznawczych człowieka, która dotyczy otaczającego świata. Teoria tranzycji Brennana ukazuje nowe możliwości w podejściu do adaptacji do choroby nowotworowej, gdyż traktuje stres oraz mechanizmy obronne jako naturalne czynniki wpływające na proces przystosowania. Zakwalifikowanie określonej reakcji na chorobę, czy sposobu radzenia sobie jako adaptacyjnych lub nie, zależy od stwierdzenia, czy następują zmiany w systemie poznawczym dotyczące zrozumienia i wiedzy o świecie, które zmierzają do zaakceptowania choroby.

^a Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

Rola ruminacji w występowaniu pozytywnych skutków doświadczonych zdarzeń traumatycznych

/// **prof. Nina Ogińska-Bulik**^a

Celem prezentacji jest pokazanie roli ruminacji w procesie występowania pozytywnych zmian, wynikających z doświadczonych negatywnych zdarzeń życiowych. Zaprezentowane zostanie nowe narzędzie służące do pomiaru ruminacji, tj. czyli Inwentarz Ruminacji o negatywnym zdarzeniu, będący polską adaptacją the Event-Related Rumination Inventory – ERRI, autorstwa Canna i wsp. Inwentarz służy do oceny dwóch rodzajów ruminacji: natrętnych/intruzywnych, które mają charakter niekontrolowany oraz refleksyjnych, czyli celowych. Uzyskane wyniki badań przeprowadzonych w trzech oddzielnych grupach, tj. wśród kobiet doświadczających przemocy, osób chorych onkologicznie i ratowników medycznych, doświadczających zdarzeń w związku z pełnieniem obowiązków służbowych wskazały na występowanie dodatniego związku między ruminacjami, głównie refleksyjnymi, a nasileniem wzrostu po traumie, mierzonym Inwentarzem Potraumatycznego Rozwoju. Procesy poznawcze, w tym myślenie ruminacyjne, odgrywają istotną rolę w pojawianiu się pozytywnych następstw doświadczonej traumy. Szczególne znaczenie należy przypisać ruminacjom refleksyjnym.

^a Uniwersytet Łódzki

Rola prężności i kompetencji społecznych w podejmowaniu zachowań zdrowotnych przez osoby w wieku senioralnym

///

prof. Nina Ogińska-Bulik^a
dr Magdalena Zadworna-Cieślak^b

Przeprowadzone badania miały na celu ustalenie roli prężności psychicznej oraz kompetencji społecznych w podejmowaniu zachowań związanych ze zdrowiem w grupie seniorów. Badaniami objęto 98 osób w okresie senioralnym (od 60 do 88 roku życia), wśród których 50 było uczestnikami łódzkiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku, a 48 – kółka różańcowego. Wśród badanych było 56 kobiet (57,1%) oraz 42 mężczyzn (42,9%). W badaniach wykorzystano Skalę Pomiaru Prężności – SPP-25, której autorami są N. Ogińska-Bulik i Z. Juczyński oraz Kwestionariusz Kompetencji Społecznych KKS autorstwa A. Matczak, a do pomiaru zachowań zdrowotnych – Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów w opracowaniu M. Zadwornej-Cieślak. Przeprowadzone analizy wykazały brak istotnego zróżnicowania wyniku ogólnego zachowań zdrowotnych pod względem zmiennych socjodemograficznych takich jak płeć, wiek, rodzaj aktywności, stan cywilny i posiadanie dzieci. Obliczone współczynniki korelacji oraz analizy regresji potwierdziły rolę prężności i kompetencji społecznych w zakresie podejmowania zachowań zdrowotnych przez seniorów. Znaczenie tych zasobów w predykcji zachowań zdrowotnych było różne w zależności od kategorii zachowań związanych ze zdrowiem. Większe znaczenie predykcyjne dla zachowań zdrowotnych w świetle dokonanych analiz ma prężność, a w szczególności jedna z jej składowych – kompetencje osobiste i tolerancja negatywnych emocji. Prężność i kompetencje społeczne można uznać za zasoby sprzyjające zdrowemu trybowi życia osób w wieku późnej dorosłości.

^a Uniwersytet Łódzki

^b Społeczna Akademia Nauk, Łódź

Wybrane czynniki zdrowia psychicznego a osiągnięcia sportowe jednostki. Konteksty pedagogiczne

///

mgr Bogusław Ogrodnik^a
dr Anna Kowal-Orczykowska^b

Kategoria publikacji: zasoby prozdrowotne człowieka oraz „styl życia a zdrowie”. Celem pracy jest wskazanie zasobów prozdrowotnych człowieka wynikających z jego potencjału psychicznego, społecznego, duchowego a także z kontekstów o charakterze pedagogicznym, które uformowały badane jednostki. Zasoby te rozważane są w kontekście podejmowanej przez badanych aktywności fizycznej, także tej o wysokim poziomie ryzyka. Szczegółowym celem jest przybliżenie wybranych czynników mających znaczenie dla realizacji zamierzeń sportowych a jednocześnie wskazujących na potencjał zdrowia psychicznego jednostki. W publikacji zaprezentowano sylwetki osób odnoszących spektakularne sukcesy w takich dziedzinach aktywności fizycznej jak wspinaczka wysokogórska, nurkowanie czy pływanie długodystansowe. Zastosowane strategie badawcze mają charakter jakościowy. Jest to metoda indywidualnych przypadków; wykorzystano tzw. badania etnograficzne oznaczające de facto badania w terenie, dające możliwość wykorzystania doświadczeń i obserwacji poczynionych bezpośrednio w trakcie realizacji planów sportowych. Metoda ta zakłada min. nacisk na wyjaśnienie natury konkretnego zjawiska społecznego a nie na testowanie hipotez, badanie niewielkiej liczby przypadków czy „wewnętrzną” interpretację znaczenia zachowań członków badanej grupy (Hammersley, Atkinson, 2002). Ponadto użyto metodę wywiadu pogłębionego, którego istota zakłada prowadzenie wnikliwej rozmowy z respondentem na określony temat. Wyniki wskazują na występowanie specyficznych cech badanych jednostek, podpowiadają też konkretne rozwiązania dla praktyki pedagogicznej, mającej na celu aktywizację potencjału zdrowia psychicznego jednostki dla osiągnięcia celów sportowych.

^a Akademia Wychowania Fizycznego, Wrocław

^b Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona, Legnica

Jakość życia a czynniki zdrowia u młodzieży

/// **prof. Maria Oles^a**

Celem referatu jest prezentacja problematyki zdrowia młodzieży z perspektywy jakości życia. Ramy teoretyczne stanowi koncepcja zdrowia i jakości życia opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), oraz koncepcja jakości życia Centrum Promocji Zdrowia (CHP) w Toronto. Zdrowie młodzieży można ujmować z punktu widzenia: 1) przemian i zadań rozwojowych w kierunku dorosłości, 2) radzenia sobie i dobrostanu, 3) wskaźników epidemiologicznych, oraz 4) zachowań ryzykownych i promocji zdrowego stylu życia. Badając determinanty zdrowia i jakości życia młodzieży zwraca się uwagę na czynniki środowiskowe i indywidualne. Pierwsze dotyczą makro środowiska (np., biosfera, warunki ekonomiczne, czynniki kulturowe), jak i środowiska najbliższego (rodzina, sąsiedztwo, szkoła). Czynniki indywidualne to czynniki biologiczne (np. cechy fizyczne) i psychologiczne (np. postawy, przekonania, cechy osobowości). Rolę moderatorów pomiędzy determinantami zdrowia i jakością życia pełnią zarówno czynniki środowiskowe (zasoby zewnętrzne) jak i indywidualne (np. umiejętności, panowanie nad środowiskiem). Obok modelu relacji między jakością życia a zdrowiem przedstawione zostaną wybrane wyniki badania subiektywnej jakości życia młodzieży w wieku 11-18 lat (N=333; K=178, M=155), oraz wyznaczniki zdrowia i jakości życia. Z wiedzy o właściwościach psychicznych związanych z poczuciem jakości życia wynikają implikacje istotne dla terapii i promocji zdrowia młodzieży.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Optymalne funkcjonowanie – to więcej niż zdrowie

/// **prof. Piotr Oles^a**

Istnieje kilka koncepcji optymalnego funkcjonowania. Fredrickson kładzie nacisk na pozytywne emocje i ich skutki dla aktywności człowieka, Caprara dowodzi istnienia naturalnej wrodzonej skłonności do formułowania pozytywnych sądów o sobie, świecie i życiu. Peterson wylicza cnoty stanowiące filary wszelkich ludzkich działań, natomiast Ryff wymienia sześć właściwości psychologicznego dobrostanu, które składają się na życie sensowne i spełnione. Sheldon podaje wskazania, jak żyć a Leontiev proponuje trzy wymiary dojrzałej samokontroli: wolność, odpowiedzialność i sprawczość. W referacie podjęta zostanie dyskusja: (1) w jakim stopniu koncepcje te są zbieżne lub różne, (2) jakie jest ich odniesienie do poszczególnych okresów życia od adolescencji po starość, (3) jakie mają odniesienie do autorskiej interpretacji biegu życia w kategoriach procesów innowacji i adaptacji oraz zmiany i integracji oraz czterech meta-potrzeb: kontaktu i jedności, samorozwoju i doskonałości, szczęścia i satysfakcji, oraz znaczenia i sensu.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Pozytywna starość

/// **prof. Henryk Olszewski^a**
mgr Emilia Kardaś-Grodzicka^a
mgr Anna Lemke-Dombrowska^a

Starzenie się może przyjąć różne oblicza. Na jego przebieg wpływa wiele czynników biologicznych, społecznych i psychologicznych. Konfiguracja tych czynników pozwala na to, by stary człowiek mógł zadbać o siebie poprzez rozwój osobisty, zaakceptować bieg czasu, a tym samym zdobyć umiejętności do lepszego przystosowania się do zmian, jakie przynosi starość. Pozytywna orientacja będąca przejawem zdrowego starzenia się to podstawowa tendencja do zauważania i przywiązywania wagi do pozytywnych aspektów życia. Łączy ona w sobie trzy komponenty: samoocenę, optymizm i satysfakcję z życia. Składowe te sprzyjają adaptacyjnemu funkcjonowaniu - szczególnie w okresie starości. Podobnie niezależność i sprawczość w życiu są korzystne z punktu widzenia rozwoju społecznego i emocjonalnego. W wystąpieniu zaprezen-

wane zostaną wstępne wyniki badań, w których za główny cel przyjęto ustalenie jaką rolę odgrywa sprawczość i wspólnotowość w procesie pozytywnego przystosowywania się do starości.

^a Uniwersytet Gdański

Profilaktyczna ochrona zdrowia psychicznego pracowników sądów – /// mgr Katarzyna Orlak ^a funkcjonalne znaczenie osobowości

Badanie dotyczy podmiotowych i środowiskowych predyktorów podwyższonego ryzyka utraty zdrowia psychicznego wśród pracowników sądów powszechnych. Przebadano 359 pracowników sądu, w tym 95 sędziów, 142 urzędników sądowych, 87 asystentów sędziego oraz 35 pracowników obsługi. W badanej grupie 118 osób pracowało w wydziale cywilnym, 87 – karnym, 97 - gospodarczym a 56 w wydziale pracy i/lub ubezpieczeń społecznych. Stan zdrowia badanych określano za pomocą Kwestionariusza GHQ-28, czynniki środowiskowe badano Kwestionariuszem Psychospołeczne Warunki Pracy zaś czynniki podmiotowe – kwestionariuszem temperamentu i charakteru TCI Cloningera. Badanie było częścią Projektu temida.zdrowapraca.org. W badanej próbie 0,8% deklarowało, że cierpi na zdiagnozowane zaburzenie zdrowia psychicznego, zaś 42,3% badanych uzyskało wynik w GHQ-28 wskazujący na potrzebę konsultacji specjalistycznej (tzw. „przypadek”). Uwzględnione zmienne niezależne wyjaśniają 23% „przypadków” wg GHQ-28. Predyktorami podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych okazały się: interakcja skłonności do współpracy z poziomem wymagań w pracy oraz poszukiwania nowości z wymaganiami w pracy. Kontrola nad pracą stanowiła natomiast czynnik chroniący zdrowie pracowników. Przy obecnej złożoności pracy cechy osobowości mają istotne znaczenie funkcjonalne nie tylko w zawodach tradycyjnie uważanych za stresujące. Skłonność do współpracy w niektórych zawodach może nieść dodatkowe ryzyko zdrowotne.

^a Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa / Stowarzyszenie Zdrowa Praca, Warszawa

Tolerancja bólu w aktywności sportowej /// mgr Ewelina Osmenda ^a mgr Agnieszka Zając ^a

Ból jest niewątpliwie przykrym uczuciem, sygnałem, który wywołuje reakcję organizmu zazwyczaj polegającą na uniku bądź zaprzestaniu kontynuowania czynności powodującej nieprzyjemne odczucie. Jednak w tak specyficznej aktywności jaką jest sport, ból jest elementem codzienności treningowej, a podczas zawodów niejednokrotnie staje się największym rywalem, którego zawodnik musi pokonać w walce o medale. Prawdopodobnie każdy z nas pamięta zmagania Justyny Kowalczyk podczas Igrzysk Olimpijskich w Soczi, kiedy zdobyła złoty medal mimo złamanej jednej z kości śródstopia. Autorki wystąpienia postarają się wyjaśnić zjawisko zwiększonej tolerancji bólowej i blokowania odczuć bólowych, będą rozpatrywać ból od strony psychologicznej określając próg czucia bólu i próg tolerancji na ból. Ponadto zostaną przedstawione strategie zarządzania bólem nie tylko w aktywności sportowej.

^a Akademia Wychowania Fizycznego im. Bronisława Czecha, Kraków

W nawiązaniu do liberalno-walorycznej teorii sensu życia zbadano prawdziwość hipotezy, zgodnie z którą im większe jest poczucie sensu życia i jego uwarunkowania: wolność podmiotowa jednostki i jej wrażliwość wobec wartości twórczych, przeżywczych oraz wartości postawy, w rozumieniu Frankla, tym większa jest odporność psychiczna jednostki. Badania przeprowadzono w grupie 93 osób, za pomocą następujących metod: Kwestionariusz Stosunku do Życia T.M. Ostrowskiego, Kwestionariusz Poczucia Wolności T.M. Ostrowskiego, Kwestionariusz Wartości T.M. Ostrowskiego oraz Skala Pomiaru Prężności SPP-25 N. Ogińskiej-Bulik i Z. Juczyńskiego, której autorzy przyjęli rozumienie odporności psychicznej, jako dyspozycji (resiliency). Za pomocą analizy ścieżek zbudowano model zależności, pomiędzy odpornością psychiczną a sensem życia i jego uwarunkowaniami. Model ma satysfakcjonujące wskaźniki dopasowania do danych empirycznych, to znaczy: $\chi^2(54) = 48,558$; $p = 0,68$; $RMR = 0,99$; $GFI = 0,86$; $AGFI = 0,77$; $RMSEA < 0,01$. Komponenty odporności psychicznej wyjaśniono w różnym stopniu, od 17% - Wytrwałość, przez: 60% - Kompetencje osobiste, 66% - Otwartość, 68% - Mobilizacja w trudnych sytuacjach, do 80% - Tolerancja na niepowodzenia. Warto jednak dodać, że wariacje są wyjaśnione nie tylko przez zmienne egzystencjalne, ale także wzajemnie przez komponenty odporności, które są ze sobą wzajemnie skorelowane. Wykazano, że sens życia i jego predyktory mają znaczenie korzystne dla odporności psychicznej, jakkolwiek wrażliwość wobec wartości jest ujemnie skorelowana ze zdolnością do mobilizowania się w trudnych sytuacjach.

^a Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Skala Motywów Zdrowotnych (SMZ) – konstrukcja narzędzia

///

mgr Aneta Pasternak ^a
mgr Magdalena Poraj-Weder ^a
mgr Magdalena Szawarska ^a

Na wokandę toczących się dyskusji w obszarze problematyki zdrowia coraz częściej trafia wątek tego, iż w posmodernistycznym świecie zdominowanym przez wszechobecną konsumpcję zagrożeniem staje się zgubny proces instrumentalnego traktowania zdrowia. Pomimo toczących się wokół tego wątku rozważań na gruncie teoretycznym, brakuje narzędzi badawczych pozwalających uchwycić istotę motywacji leżących u podłoża podejmowanych zachowań zdrowotnych. Podstawowym celem badania było opracowanie autorskiego narzędzia pozwalającego na wypełnienie tej luki i sprawdzenie jego właściwości psychometrycznych. W celu zweryfikowania struktury wewnętrznej Skali Motywów Zdrowotnych oraz wyłonienia pozycji, które weszły do jego ostatecznej wersji dane zebrane od 217 osób poddano eksploracyjnej analizie czynnikowej przeprowadzonej metodą głównych składowych z rotacją Oblimin i normalizacją Kaisera. Badanie przeprowadzono wśród studentów studiów niestacjonarnych na Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej – Curie oraz w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Na podstawie analizy czynnikowej wyłoniono 4 składowe główne wyjaśniające 59,92 % wariacji wspólnej. Analiza rzetelności autorskiego narzędzia, oceniona za pomocą współczynnika Alfa Cronbacha wykazała, że dokładność pomiaru narzędzia SMZ zawiera się w przedziale 0,74 - 0,89. Konstrukcja autorskiej Skali Motywów Zdrowotnych może wnieść cenny wkład do metodologii badań w obszarze zdrowia.

^a Uniwersytet Warszawski

W poszukiwaniu VIPów – kto czuje się dobrze w polskiej służbie zdrowia

///

dr Agnieszka Pasztak-Opilka ^a

Pacjenci korzystający z usług służby zdrowia borykają się z utrudnieniami w dostępności świadczeń medycznych. Celem badań było określenie, która z grup rodziców chorych dzieci doświadcza najmniejszych trudności w tym zakresie oraz prezentuje najwyższy poziom satysfakcji z udzielanych świadczeń medycznych.

nych. Metoda: porównano 3 grupy rodziców: grupę ogólną (250 osób), pracowników służby zdrowia (118 osób) oraz rodziców dzieci objętych opieką OWI (101 osób). Wykorzystano dwa narzędzia stworzone dla potrzeb badania: Ankietę oraz Listę Strategii Radzenia Sobie z Dostępem do Usług Medycznych. Badania oparto na modelu podejmowania decyzji konsumenckich Engela, Blackwella i Kollata. Wyniki badań ujawniły, że rodzice dzieci objętych opieką OWI zgłaszają najmniej trudności w dostępności świadczeń, podejmują najmniej działań zaradczych, mających na celu radzenie sobie z ograniczonym dostępem do usług medycznych, najrzadziej rezygnują ze świadczeń, zgłaszają najwyższy poziom satysfakcji z opieki medycznej oraz z relacji z personelem, przy paradoksalnie- najniższym statusie materialnym i najgorszym stanie zdrowia dzieci. Wbrew powszechnym opiniom najbardziej zadowoloną z funkcjonowania opieki medycznej nie jest grupa pracowników służby zdrowia, ale grupa rodziców dzieci objętych opieką OWI, które dzięki założeniom systemu od najwcześniejszych chwil życia zostają otoczone stałą, wielospecjalistyczną, najszybciej udzielaną opieką, dostępną w ramach powszechnego ubezpieczenia.

^a Uniwersytet Śląski, Katowice

Osobowe moderatory oczekiwań kobiet ciężarnych pod adresem wsparcia społecznego i medycznego w okresie okołoporodowym

///

dr Paulina Pawlicka ^a
dr Marta Łockiewicz ^a
dr Aleksandra Szulman-Wardal ^a

Celem przeprowadzonego przez nas badania jest określenie ważności dla kobiet w trzecim trymestrze ciąży różnych aspektów opieki porodowej i poporodowej oraz analiza związku wybranych zmiennych osobowych z czynnikami opisywanymi w literaturze jako znaczące dla satysfakcji z porodu oraz ich analiza w kontekście więzi z dzieckiem w okresie ciąży. W eksploracyjnym badaniu wzięły udział 94 kobiety w ciąży, w tym 72% pierworódek i 28% wieloródek. Badane wypełniły kwestionariusz MFAS oraz ankietę w formę pytań zamkniętych. Wyniki badań pokazują, że przygotowujące się do porodu kobiety uznały za bardzo istotne standardy medyczne uwzględnione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia: swobodę i możliwość decydowania w kwestiach związanych z porodem i opieką nad nowonarodzonym dzieckiem, jak również opiekę i wsparcie ze strony profesjonalistów i bliskich; jednak jedynie 1/3 badanych sporządziła lub planuje sporządzić plan porodu. Pierworódki, pomimo niższego poczucia przygotowania do porodu w porównaniu z wieloródkami, w większym stopniu ceniły dostępność naturalnych niż farmakologicznych środków zmniejszających ból oraz liczyły na pomoc personelu przy pierwszych czynnościach pielęgnacyjnych dziecka, co pokazuje potrzebę poporodowej opieki i wsparcia kobiet, szczególnie tych, które urodziły swoje pierwsze dziecko/dzieci. Z kolei dla wieloródek ważniejsze niż dla pierworódek okazało się pierwsze karmienie piersią bezpośrednio po porodzie. Nasze wyniki wskazują na istotne znaczenie doświadczenia leczenia problemów z zajściem w ciążę dla siły więzi z nienarodzonym dzieckiem oraz pokazują, że istotnymi czynnikami siły tej więzi jest dłuższy czas kontaktu z dzieckiem bezpośrednio po porodzie oraz przywiązywanie wagi dostępu do edukacji i poradnictwa.

^a Uniwersytet Gdański

Jakość życia wśród osób z rakiem płuc oraz przekonania na temat kontroli osobistej i kontroli leczenia: badania podłużne

///

dr Izabela Pawłowska ^a
prof. Aleksandra Łuszczynska ^{a,b}
mgr Karolina Zarychta ^a

Celem badania była analiza zależności między przekonaniem na temat kontroli osobistej i kontroli leczenia

a jakością życia w chorobie nowotworowej płuc, przy mediacyjnej roli radzenia sobie. Badania oparto na modelu zdrowia i choroby Leventhal'a (1984). Pomiaru dokonywano trzykrotnie, z przerwami 1 i 3 miesiące pomiędzy 1, 2 i 3 Turą. Przebadano 102 pacjentów z chorobą nowotworową płuc (1 Tura w ciągu 3-4 dni po zabiegu operacyjnym). Wyniki ujawniły, że: (1) strategie radzenia sobie oparte na regulacji emocji (Tura 1 i 2) pełnią rolę głównego mediatora pomiędzy przekonaniem na temat kontroli osobistej i kontroli leczenia (Tura 1) a jakością życia w obszarze funkcjonowania emocjonalnego (Tura 3) oraz, że (2) strategie radzenia sobie oparte na bierności (Tura 2) i specyficzne dla raka płuc przekonanie o własnej skuteczności (Tura 2) pełnią rolę głównych mediatorów pomiędzy przekonaniem na temat kontroli osobistej i kontroli leczenia (Tura 1) a jakością życia w obszarze funkcjonowania fizycznego, objawów choroby oraz objawów choroby specyficznych dla raka płuc (Tura 3). Dane te identyfikują modyfikowalne obszary funkcjonowania pacjentów z nowotworami płuc, kluczowe dla podnoszenia jakości życia wśród pacjentów z rakiem płuc.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wrocław

^b University of Colorado

Ogólnomózgowy interpretator świata a zdrowie psychiczne człowieka

/// **prof. Maria Pąchalska**^a

Rozwój cywilizacji sprawia, że współczesny człowiek żyje w innych warunkach, niż te, do których był przystosowany w toku ewolucji. W drugiej dekadzie XXI w. jesteśmy bombardowani dużą ilością informacji, które muszą być coraz szybciej i dokładniej przetwarzane i zastosowywane, dlatego nie zawsze potrafimy sobie z tym poradzić. Stwarza to poczucie zagrożenia i odczucie silnego stresu, co ma poważne następstwa dla zdrowia. Wpływa ponadto zarówno na funkcjonowanie pojedynczego człowieka, jak i jego związki z innymi ludźmi i otaczającym światem. Dzieje się tak dlatego, że nasz mózg (a zwłaszcza jego struktury podkorowe, związane z emocjami), nie nadąża za zmianami, wywoływanymi przez nas samych w otoczeniu. Dzieje się tak w wyniku gwałtownego rozwoju technik cyfrowych, które z jednej strony ułatwiają zdobycie niezbędnych informacji, z drugiej wszakże powodują zmiany w percepcji świata. W rezultacie mózg narracyjny, czyli mózg tworzący świat słów, zmienia się powoli w mózg paradygmatyczny, czyli mózg tworzący świat obrazów i bitów informacji. Zmienia się więc sposób interpretacji otaczających nas zjawisk, co znajduje także swoje odbicie w wyróżnionym przez Gazzanigę interpretatorze świata (2012). Oznacza to również istotne zmiany w rozumieniu rzeczywistości w oparciu o tworzone umysłowe modele świata, które zawierają wskazówki (parametry), według których budowane są poszczególne modele sytuacyjne. Jeżeli mózg nie nadąża z przetworzeniem nowych informacji, uporządkowany i w miarę przewidywalny świat ulega dezintegracji, co powoduje poczucie chaosu i braku poczucia porządku. W związku z tym świat staje się mniej zrozumiały lub wręcz absurdalny. Nie należy zapominać, że kształtowanie modeli wymaga znacznego wysiłku umysłowego, gdyż modele te stanowią wynik wyodrębniania rzeczy i zjawisk istotnych i odrzucania mało znaczących. Jest to podstawowa właściwość naszego umysłu, że potrafimy konstruować tego typu modele, które nawiązując do pracy Korzybskiego (1962), można nazwać swego rodzaju mapami umysłu. Jeżeli mapy umysłu nie są odpowiednio uporządkowane lub wykorzystywane prowadzi to do poważnych zakłóceń w społecznym i psychicznym funkcjonowaniu człowieka. Zjawisko to przejawia się szczególnie jaskrawo u chorych z różnorodnymi uszkodzeniami mózgu, u których następuje utrata lub rozpad osobistego modelu świata. Osoby te stają przed koniecznością budowania nowego modelu świata w zupełnie odmienionej rzeczywistości neurologicznej, psychicznej i społecznej. Vetulani (2012) podkreśla znaczenie lewopółkulowego interpretatora świata, który umożliwia świadomą, językową, interpretację obserwowanych zjawisk oraz tworzenie spójnego obrazu świata dzięki narracyjnym umiejętnościom człowieka. Pojęcie to uległo modyfikacji, gdyż okazało się, że dla prawidłowej interpretacji otaczających nas zjawisk konieczne jest działanie całego mózgu, czyli konieczność wyróżnienia ogólnomózgowego interpretatora świata (Pąchalska, Kaczmarek i Kropotov 2014). W związku z powyższym opracowano autorski Model Ogólnomózgowego Interpretatora Świata, który obejmuje działanie czterech następujących filtrów:

1. popędowego (związanego z wartościami pierwotnymi),
2. emocjonalnego,
3. poznawczego (językowego i niejęzykowego) oraz filtru wartości poznawczych.

Model ten nawiązuje do teorii mikrogenetycznej, dlatego wskazano tu na znaczenie piętrowości działania mózgowia i nieświadomego, obok świadomego, sposobu przetwarzania danych. Należy bowiem pamiętać, że dla prawidłowego funkcjonowania człowieka bardzo istotną rolę odgrywa relacja Ja-swiat, która nieco inaczej się kształtuje na różnych poziomach mózgu. Wartości popędowe, wartości emocjonalne oraz

wartości poznawcze w różne sposoby i w różnych stopniach filtrują naszą percepcję samych siebie i świata. Jednakże rozwój technik cyfryzacyjnych w sposobach przetwarzania informacji, wiąże się z koniecznością integracji świata słów i świata cyfrowego. Integracja świata słów i świata cyfrowego stanowi bardzo ważny problem u osób z różnorodnymi uszkodzeniami mózgu. Diagnostykę i terapię chorych z tego typu trudnościami umożliwiają współczesne neurotechnologie. Szczególnie przydatna okazuje się metoda QEEG, a zwłaszcza zapisy potencjałów, związanych ze zdarzeniem (Event Related Potentials, ERPs), które pozwalają na ocenę funkcjonowania mózgu w skali milisekund. Możliwe staje się moderowanie neuroterapii oraz ocena jej efektywności. Stosuje się tu przede wszystkim technikę neurofeedbacku, wykorzystującą różnego rodzaju gry. W praktyce klinicznej bardziej przydatne okazały się cyfrowe opowiadania, które łączą ze sobą teksty, obrazy i filmy umożliwiające wizualizację występujących narracji. Jako przykład skutecznego oddziaływania terapeutycznego zaprezentowana zostanie ośmioletnia pacjentka A.G. z epilepsją rolandyczną oraz sporadycznym ADHD. U tej małej pacjentki nieskuteczne okazały się tradycyjne metody terapii neuropsychologicznej oraz tradycyjne metody neurofeedbacku wykorzystujące w treningu gry cyfrowe. Oczekiwane rezultaty osiągnięto dopiero dzięki zastosowaniu wizualizowanych bajek terapeutycznych o bogatej narracji. Wzbudziły one zainteresowanie małej pacjentki, dzięki czemu chętnie brała udział w sesjach terapeutycznych. Stanowi to dowód konieczności dostosowywania wykorzystywanych materiałów terapeutycznych zgodnie z potrzebami i zainteresowaniami danego pacjenta. W takich warunkach wyzwalane są pozytywne emocje dzięki którym pacjent bierze aktywny udział w procesie terapii. Bardzo duże znaczenie ma przy tym wykorzystanie polimodalnego materiału podawanego w formie narracyjnej i cyfrowej. Umożliwia to uzyskanie reintegracji międzypółkulowej oraz ponowne uformowanie ogólnomózgowego interpretatora świata, co ma znaczenie dla zdrowia i dobrostanu człowieka. Uzyskane wyniki upoważniają do stwierdzenia, że współczesne neurotechnologie w połączeniu z nowymi technikami cyfryzacyjnymi przyczyniają się do usprawnienia procesu terapii. Umożliwiają również lepsze poznanie działania ludzkiego mózgu, poszerzając naszą wiedzę o psychicznym i społecznym funkcjonowaniu człowieka.

^a Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego / Center of Cognition and Communication, New York

The Procrustes Effect: How anxiety modifies the perception of bodily sensations

/// **dr Sibylle Petersen**^{a, b}
prof. Omer Van den Bergh^a

Anxiety and interoception (i.e., perception of sensations originating inside the body) are closely linked, but little is known about processes underlying this relationship. We suggest that one process is the effect of anxiety on the perception of increased homogeneity of interoceptive categories which may lead to generalization of category-related beliefs, including fear-generalization related to bodily sensations. To test perceived homogeneity of interoceptive categories, participants (N=32) completed the Interoceptive Classification Task (ICT) on two experimental sessions. The ICT is a task in which participants are asked to identify different respiratory stimuli (inducing respiratory effort) as belonging to a high or low intensity category. Furthermore, participants completed questionnaires on anxiety and on negative affect. Higher anxiety was related to higher perceived homogeneity within interoceptive classes. More anxious participants discriminated less within (but not between) categories and these effects increased between sessions. The tendency to subjectively reduce stimulus variability within interoceptive categories (Procrustes effect) is stronger in more anxious individuals and may take the form of a vicious circle contributing reducing differentiation and increasing (fear-)generalization over time.

^a University of Leuven

^b University of Luxembourg

Dynamika dobrostanu psychicznego osób z głębszym niedosłuchem w okresie dorosłości

/// **mgr Sylwia Pieniążek**^a

Celem przeprowadzonych badań było poznanie różnic i podobieństw w zakresie wyróżnionych wymiarów dobrostanu psychicznego, w zależności od fazy dorosłości osiągniętej przez badane osoby niesłyszące. W projekcie badawczym udział wzięło 90 osób znajdujących się na etapie wczesnej, średniej oraz późnej dorosłości. Do pomiaru wyróżnionych wymiarów dobrostanu psychicznego użyto następujących metod: SWLS, Skalę Samooceny Battle'a, CISS oraz Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego. Ponadto posłużono się metryczką mierzącą wybrane dane socjodemograficzno-medyczne. Spośród postawionych trzech hipotez ogólnych, pierwsza związana była ze zróżnicowanym poziomem dobrostanu psychicznego na wybranych etapach dorosłości, uzyskała ona częściowe potwierdzenie. Istotne zależności udało się wykazać u kobiet na wczesnym etapie dorosłości w zakresie stosowanego stylu radzenia sobie (rzadki styl emocjonalny) oraz samooceny osobistej (zawyżone wskaźniki). Więcej zależności udało się wykazać porównując kobiety i mężczyzn. Na wczesnym etapie dorosłości kobiety prezentowały większe zapotrzebowanie na wsparcie, jego poszukiwanie oraz spostrzeganie. Natomiast późna dorosłość związana była z większym zapotrzebowaniem na wsparcie w grupie badanych kobiet. Druga z hipotez związana była ze stopniem niedosłuchu oraz jego wpływem na dobrostan jednostki, jednakże nie uzyskała ona potwierdzenia. Ostatnia hipoteza została pozytywnie zweryfikowana, wykazano, iż zmienne socjodemograficzne takie jak: płeć, wiek, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania w większym stopniu niż czynniki medyczne decydują o dobrostanie psychicznym badanych osób.

^a Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Poziom zasobów wewnętrznych i zewnętrznych osób dorosłych ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się jako predyktor zdrowia

/// **mgr Izabela Pietrowska**^a

Celem plakatu jest ukazanie zasobów wewnętrznych, którymi są: samoocena, poczucie koherencji, specyficzne trudności w uczeniu się (rodzaj/zakres występowania) i zewnętrznych, do których należy: środowisko życia, uzyskana pomoc psychologiczno-pedagogiczna, prawa osób ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się (Antonovsky 2005, Havighurst 1972, Hobfoll 2012). Osoby ze specyficznymi trudnościami w uczeniu się znajdują się w grupie ryzyka, która może mieć problemy zdrowotne wskutek poziomów zasobów (np. niskiego poziomu samooceny, niskiego poziomu poczucia koherencji, który determinuje poziom zdrowia). Osoby z niską samooceną częściej chodzą do lekarzy i częściej cierpią na różne przypadłości zdrowotne. Utrwalone przekonanie o swojej niskiej wartości, które występowało w okresie dorastania, może kłócić się z doznawanymi doświadczeniami szczęścia, które towarzyszyć mogą osobom dorosłym z tymi trudnościami podczas po zytywnej rekrutacji na upragnione stanowisko pracy. Możliwe jest, że uzgodnienie tych doświadczeń z wcześniejszymi sądami na swój temat wymaga takiego nakładu energii, że może osłabić układ odpornościowy. Zwrócenie społecznej uwagi na ten problem może spowodować jego zniwelowanie poprzez odpowiednie formy wsparcia, takie jak pomoc psychologa, pedagoga czy udział w odpowiednich warsztatach. Dzięki temu osoby te mogłyby podnieść swój poziom samooceny i koherencji oraz zniwelować swoje trudności. W efekcie możliwe byłoby zmniejszenie częstości ich wizyt u lekarzy i poprawa stanu zdrowia.

^a Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa

Wiedza młodzieży studiującej na temat transplantologii jako podstawa edukacji zdrowotnej

/// **mgr Barbara Pietryga**^a
prof. Helena Wrona-Polańska^a

Celem badań jest poznanie poziomu wiedzy młodzieży studiującej na temat transplantologii oraz określenie związku pomiędzy wiedzą o zdrowiu a subiektywnym poczuciem zdrowia badanych. Podstawą teoretyczną podjętych badań jest Funkcjonalny Model Zdrowia H. Wrony – Polańskiej. W oparciu o ten model przyjęto założenie, że zdrowie badanych jest tym wyższe im wyższy poziom wiedzy o zdrowiu. Grupę badawczą stanowiło 55 studentów kierunku pedagogicznego. W badaniu wykorzystano wywiad standaryzowany oraz 10-stopniowe skale do badania poziomu zdrowia i jego wskaźników: poczucia zdrowia, poczucia spokoju oraz braku poczucia zmęczenia, a także skalę do badania poziomu wiedzy o zdrowiu. Wyniki badań potwierdziły, że zgodnie z Funkcjonalnym Modelem Zdrowia zasoby behawioralne w postaci wiedzy o zdrowiu sprzyjają zdrowiu młodzieży studiującej. Badania umożliwiły sformułowanie wniosków praktycznych ukierunkowanych na edukację zdrowotną w kontekście zwiększania świadomości młodzieży w zakresie zdrowia oraz medycyny transplantacyjnej.

^a Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej, Kraków

Wirtualna rzeczywistość jako metoda redukcji bólu

/// **dr Joanna Piskorz**^a
dr Marcin Czub^a

Zaprezentujemy wyniki serii pięciu eksperymentów badających analgetyczne właściwości wirtualnej rzeczywistości. Badania te stanowią część projektu „VR4Health” (Wirtualna rzeczywistość dla zdrowia) realizowanego w Instytucie Psychologii UW. We wszystkich przeprowadzonych przez nas badaniach wykorzystywaliśmy termiczny bodziec bólowy (zanurzenie ręki w zimnej wodzie) i przeprowadzane były one w modelu grup zależnych. W przeprowadzonych badaniach uczestniczyło w sumie 159 osób, głównie studentów wrocławskich uczelni. Badaliśmy wpływ wybranych parametrów środowisk wirtualnych (dynamika i złożoność gry, zastosowany interface, zaangażowanie pamięci oraz ciała) na intensywność odczuwanego bólu. Poziom odczuwanego bólu badaliśmy na dwa sposoby: czas zanurzenia ręki w zimnej wodzie przez osoby badane oraz subiektywna ocena bólu (Visual Analog Scale). Mierziliśmy również poziom zanurzenia w wirtualnej rzeczywistości przez osoby badane za pomocą Igroup Presence Questionnaire. Wyniki wszystkich przeprowadzonych badań potwierdzają analgetyczne właściwości wirtualnej rzeczywistości. Jednak jedynie zaangażowanie ciała okazało się znacząco redukować ból podczas zanurzenia w wirtualnej rzeczywistości. Wyniki poszczególnych eksperymentów zostały opublikowane w Polish Journal of Applied Psychology, and Polish Psychological Bulletin. Tutaj przedstawimy natomiast sumaryczny opis uzyskanych rezultatów, przeanalizujemy powtarzające się wzorce uzyskanych wyników oraz przyjrzymy się zagadnieniom metodologicznym wynikającym z wykorzystanego przez nas paradygmatu badawczego. Zarysujemy również perspektywę kolejnych badań.

^a Uniwersytet Wrocławski

Temperament dziecka uczestniczącego w sporcie a jego sprawność fizyczna ukierunkowana na zdrowie

/// **mgr Małgorzata Pogorzelska**^a

W wyniku zmian biogeograficznych i społeczno-kulturowych ocena stanu uwarunkowań sprawności fizycznej w koncepcji zdrowia (Health-related fitness) zasługuje na szczególną uwagę. Celem badań było

poszukiwanie związków między strukturą temperamentu 9 letnich dzieci o zróżnicowanym poziomie aktywności sportowej a sprawnością fizyczną. W badaniach uczestniczyło 312 celowo dobranych 9 latków z trójmiejskich szkół podstawowych. Znaleźli się w nich uczniowie klas o profilu sportowym (n = 131) oraz grupa rówieśników z klas nie objętych szkoleniem sportowym (n = 181). Badanych różnicuje tygodniowa objętość podejmowanej aktywności fizycznej. W badaniach posłużono się Kwestionariusza Temperamentu EAS-C Bussa i Plomina w polskiej adaptacji Oniszczenki (1997), który służy do badania temperamentu dziecka zgodnie z założeniami behawioralno-genetycznej teorii temperamentu. W celu określenia profilu sprawności fizycznej wykorzystane zostały wybrane próby testu Eurofit oraz test Coopera do oszacowania poziomu wydolności. Zebrane wyniki wskazują na brak zgodności w ocenie temperamentu dzieci ze strony ich rodziców oraz nauczycielek edukacji wczesnoszkolnej. Dzieci trenujące od nietrenujących różnią się profilem temperamentu. Widoczne są także związki między poziomem sprawności i wydolności fizycznej a poszczególnymi cechami temperamentu. Wnioski wypływające z badań mogą pomóc w określaniu korelatów aktywności fizycznej oraz sprawności fizycznej dzieci. Powinny służyć także refleksji nad stworzeniem dzieciom optymalnych warunków do prawidłowego rozwoju przy uwzględnieniu poziomu zapotrzebowania na stymulację.

^a Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu, Gdańsk

Radzenie sobie z wymaganiami sytuacji zawodowych u funkcjonariuszy Służby Więziennej

dr Robert Poklek^a
dr Andrzej Piotrowski^b

Celem prezentowanych badań było określenie indywidualnych sposobów radzenia sobie z wymaganiami pracy przez funkcjonariuszy Służby Więziennej w powiązaniu z syndromem wypalenia zawodowego. W tym celu zbadano ponad 120 funkcjonariuszy SW reprezentujących różne pionos służby (personel ochronny, wychowawczy i administracyjny). Zastosowano dwa testy psychologiczne: AVEM – kwestionariusz umożliwiający zbadanie trzech sfer osobowości związanych z aktywnością zawodową (zaangażowanie zawodowe, odporność psychiczną i strategie zwalczania sytuacji problemowych, emocjonalny stosunek do pracy); MBI – kwestionariusz służący do badania syndromu wypalenia zawodowego w postaci trzech symptomów składających się na ogólny syndrom wypalenia (wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację kontaktów międzyludzkich, utratę satysfakcji z pracy). Dociekano odpowiedzi na pytania badawcze: 1) Jakimi sposobami radzenia sobie z wymogami pracy występują u funkcjonariuszy SW? 2) Jaki jest poziom wypalenia zawodowego funkcjonariuszy SW? 3) Jak rodzaj czynności służbowych wpływa na sposoby radzenia sobie z wymaganiami pracy oraz poziom wypalenia zawodowego?. Badania wykazały zróżnicowanie wyników w zależności od pionosu służby.

^a Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej, Kalisz

^b Uniwersytet Gdański

Wielowymiarowe rozumienie zdrowia i choroby

ks. prof. Kazimierz Popielski^a

Referat przybliży wielowymiarowe rozumienie zdrowia, choroby i zaburzeń. Myśl przewodnia referatu oparta jest o koncepcję noo-psychosomatyki opracowaną i zoperacjonalizowaną przez autora referatu w 1994 r. Zdrowie zawsze stanowi jakość i wartość egzystencyjną jednostki, wielowymiarowo będącej i wielokierunkowo stającej się, tj. fizycznie (F/B), psychicznie (P) i noetycznie (N) oraz relacji społecznych, kulturowych i przyrodniczo-środowiskowych (ekologicznych). Zdrowie jest wartością temporalną, osobistą, zindywidualizowaną i podmiotowo-osobową, Zdrowie należy do kategorii wartości egzystencjalnych, Zdrowie nie ma charakteru lokalizacyjnego, Zawsze choruje człowiek jako jedność i całość. W celu przybliżenia problematyki umieszczonej w tytule referatu, zastosowano następujące metody badawcze: Lista Objawów Noo-

psychosomatycznych (K. Popielskiego), Test Noo-dynamiki (K. Popielskiego), Skala Preferencji Wartości (K. Popielskiego). Grupą badawczą stanowiły pacjenci ze schorzeniami reumatycznymi, pacjenci kardiologiczni, osoby narażone na stres przewlekły oraz osoby zdrowe. Wyniki badań prezentują psychologiczną analizę doznawanie dolegliwości noo-psychosomatycznych w związku z przeżywaną chorobą przewlekłą oraz stresem. Podejmują również aspekt rozumienia i umiejscowienia zdrowia w hierarchii wartości osób badanych. 1) Osoby chore przewlekłe oprócz dolegliwości związanych z bezpośrednią chorobą, doświadczają symptomów natury noo-psychosomatycznej. 2) Zaangażowanie w proces zdrowienia zależy od dojrzałości wymiaru noetycznego. 3) Zdrowie jako wartości w grupach badawczych jest umieszczana na pierwszych trzech miejscach w hierarchii wartości.

^a Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji, Lublin

Poziom neurotyczności a zadowolenie z pracy i wypalanie się u nauczycieli

/// **prof. Grażyna Poraj**^a

Udowodniono, że osoby neurotyczne, a więc nadwrażliwe, lękowe, podejrzliwe czy przejawiające zachowania agresywne, nie wykazują pożądanej motywacji do wykonywania pracy i mają duże trudności z realizacją obowiązków zawodowych. Ma to szczególne znaczenie w profesji nauczycielskiej, obciążonej licznymi oraz nieusuwalnymi stresorami. Celem badań było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie czy nauczyciele o zróżnicowanym poziomie neurotyczności różnią się cechami osobowości, zadowoleniem z wykonywanej pracy oraz tendencją do wypalania się w niej. W badaniach wykorzystano: KPB Z. Uchnas-ta, Inwentarz NEO-FFI Costy i McCrae, Inwentarz IPSA Z. Gasia, AOP A. Zalewskiej oraz Kwestionariusz MBI Ch. Maslach. Zbadano 220 nauczycieli, z których 76 osób ujawniło wysoki, 59 przeciętny oraz 85 niski poziom neurotyczności. Rezultaty badań pokazały, że nauczyciele o wysokim poziomie neurotyczności mają najniższe wskaźniki poczucia bezpieczeństwa, ekstrawersji oraz sumienności. Ujawnili równocześnie najwyższe wskaźniki syndromu agresji i tendencję do wypalania się w pracy z uczniami. Mają małe poczucie skuteczności zawodowej i brak im satysfakcji z pracy. Analiza dyskryminacyjna wskazała, że nauczycieli o wysokim i niskim poziomie neurotyczności różnią się przede wszystkim poczuciem bezpieczeństwa, emocjonalnym wyczerpaniem pracą oraz syndromem agresji. Okazało się zatem, że funkcjonowanie w roli zawodowej u nauczycieli jest ściśle związane z ich indywidualnymi właściwościami. Stanowią one istotne zasoby, które mogą równoważyć stresory zawodowe.

^a Uniwersytet Łódzki

Psychospołeczne uwarunkowania otyłości

/// **prof. Grażyna Poraj**^a
mgr Katarzyna Kurzyńska^a

Otyłość określana jest jako współczesna choroba cywilizacyjna, przez niektórych badaczy nazywana nawet epidemią XXI wieku. Celem przeprowadzonych badań była psychologiczna charakterystyka osób otyłych, uwzględniająca takie wymiary psychologiczne jak: osobowość, ogólny poziom samooceny, wizerunek oraz ocena własnego ciała oraz umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych. W badaniach wykorzystano: Inwentarz Osobowości NEO-FFI, Skalę Samooceny Rosenberga, Kwestionariusz CISS, Skalę Oceny Ciała oraz Kwestionariusz Wizerunku Ciała. Zbadano 125 osób. Grupę eksperymentalną tworzyło 62 osób w których średnia wskaźnika BMI osiągnęła wartość 33,06. Grupę kontrolną stanowiło 63 badanych o prawidłowej wadze ciała ze średnią wskaźnika BMI 22,47. Uzyskane rezultaty potwierdziły istnienie różnic w profilach psychologicznych porównywanych grup. Osoby otyłe ujawniły niekorzystne cechy osobowości oraz niższy poziom samooceny. Wyniki pokazały również, iż w sytuacjach trudnych częściej wybierają strategię skoncentrowaną na emocjach. Rzadziej, natomiast wykorzystują styl skoncentrowany na zadaniu. W porównaniu z osobami z wagą w normie charakteryzują się negatywną oceną własnego ciała. Analiza dyskryminacyjna pozwoliła na wyodrębnienie zmiennych, które najtrafniej różnicują osoby otyłe od osób z

grupy kontrolnej. Wyniki badań mogą mieć istotne znaczenie w tworzeniu odpowiednich warsztatów psychologicznych, grup wsparcia oraz doborze skutecznej terapii dla osób otyłych.

^a Uniwersytet Łódzki

Materializm i koncentracja na pieniądzu a mechanizmy zachowań zdrowotnych

/// **mgr Magdalena Poraj-Weder**^a
mgr Aneta Pasternak^a
mgr Magdalena Szawarska^a

Zrozumienie mechanizmów leżących u podłoża zachowań zdrowotnych w zmerkantylizowanym świecie wymaga zbadania ich związku ze stopniem i typem koncentracji na materialnej stronie życia. Celem prezentowanych badań było ustalenie zależności pomiędzy materializmem, koncentracją na pieniądzu oraz oceną sytuacji materialnej a rodzajem zachowań zdrowotnych. Analizie poddano również towarzyszącą tym zachowaniom motywację. Zbadano 200 studentów studiów niestacjonarnych na Uczelni Warszawskiej im. Marii Skłodowskiej-Curie oraz w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie. Do pomiaru zmiennych objaśniających wykorzystano: Skalę wartości materialistycznych Richins (2004), Skalę koncentracji na pieniądzu Szawarskiej (2014) oraz Skalę stylów wydawania pieniędzy Maison (2013). Zmienne objaśniane zmierzono za pomocą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych Juczyńskiego (2009) oraz autorskiej Skali motywów zachowań prozdrowotnych. W celu uzyskania odpowiedzi na pytania badawcze przeprowadzono analizę skupień metodą k-średnich, która pozwoliła podzielić badanych na segmenty różniące się poziomem materializmu i stylem myślenia o pieniądzu. Wielozmiennowa analiza wariacji w schemacie międzygrupowym pokazała, że wyodrębnione grupy różnią się ujawnianymi zachowaniami zdrowotnymi, a także specyfiką motywacji leżącej u ich podłoża. Z przeprowadzonych analiz wynika, że zdrowie spełnia funkcje instrumentalne, a ich charakter wyznacza poziom i „typ” materializmu.

^a Uniwersytet Warszawski

Profilaktyka wad wrodzonych i promocja dobrostanu płodu

/// **prof. Krzysztof Preis**^a

Celem jest urodzenie zdrowego noworodka, a w konsekwencji kontynuacja gatunku, satysfakcja rodziców i unikanie problemów związanych z malformacją lub dysfunkcją płodu oraz unikanie dylematów dotyczących przerywania ciąży. Drogą są działania prozdrowotne w okresie prekonceptyjnym, w ciąży oraz w okresie okołoporodowym. Przed ciążą zwraca się uwagę na prawidłową dietę i unikanie używek, uwzględnienie czynnika genetycznego lub immunologicznego. Należy wyleczyć wszystkie procesy infekcyjne oraz uwzględnić wpływ czynników środowiskowych. Praca zawodowa nie może wpływać niekorzystnie na przebieg ciąży. Warto przyjąć szczepienia ochronne przed ciążą oraz podleczyć towarzyszące choroby. Zalecamy profilaktycznie witaminy i mikroelementy. Dawka profilaktyczna 0,4 mg na dobę kwasu foliowego na 6 tygodni przed okresem poczęcia zmniejsza odsetek wad wrodzonych o połowę. Wczesny okres ciąży, kiedy płód jest najbardziej narażony na malformacje nie powinien przypadać na okres wzmożonych zachorowań na grypę. W czasie ciąży nie zalecamy szczepień, chociaż potwierdzono bezpieczeństwo szczepień przeciwko grypie. Oprócz mikroelementów zaleca się przyjmowanie: kwasu foliowego, jodu, żelaza, witamin A i D3 oraz zdrowej żywności. Wizyty lekarskie pomagają odróżnić typowe odchylenia w zdrowiu fizycznym i psychicznym od objawów chorobowych i ewentualnie wdrożyć leczenie. Poród planujemy, najlepiej drogami natury i monitorując dobrostanu płodu.

^a Gdański Uniwersytet Medyczny

Podmiotowe uwarunkowania subiektywnego zdrowia pacjentów psychiatrycznych

/// mgr Katarzyna Prokopowicz^a

Wystąpienie będzie obejmowało prezentacje wyników badań, których współautorem jest dr hab. prof. w UWr Grażyna Dolińska-Zygmunt. Celem badań było określenie poziomu subiektywnego zdrowia, gelotofobii i poczucia jedności ja z ciałem u pacjentów psychiatrycznych oraz wyłonienie zależności pomiędzy wymienionymi zmiennymi. Przebadano 125 osób: 61 pacjentów psychiatrycznych i 64 osoby zdrowe. W badaniu wykorzystano następujące metody: Kwestionariusz Percepcji Zdrowia, Kwestionariusz Doświadczeń Cieleśnych Bode i Skalę do Pomiaru Gelotofobii GELOPH <15>. Uzyskane wyniki badań dowiodły, że ważną rolę w ocenie własnego zdrowia, zarówno psychicznego, jak i fizycznego, pełnią takie właściwości podmiotu, jak natężenie gelotofobii oraz natężenie poczucia jedności ja z ciałem. Im niższy poziom gelotofobii i im wyższy poziom poczucia jedności ja z ciałem, tym wyższa samoocena zdrowia. Wykazano, iż wyniki pacjentów psychiatrycznych w wymienionych powyżej podmiotowych uwarunkowaniach są na niższym poziomie w porównaniu do osób zdrowych. Obecnie obserwuje się pozytywną tendencję wykorzystania w psychiatrii paradygmatu salutogentycznego i uwzględnianie potencjałów zdrowia. Zaprezentowana analiza wpisuje się w ten nurt badań, a uzyskane wyniki mogą stanowić inspirację dla osób tworzących programy terapeutyczne dla pacjentów ze schizofrenią i neurastenią oraz dla innych badaczy zajmujących się tą problematyką.

^a Uniwersytet Wrocławski

Wsparcie partnera jako mediator w związku pomiędzy obawami prenatalnymi kobiet ciężarnych a ich dobrostanem psychicznym

/// **prof. Hanna Przybyła-Basista^a**
mgr Michalina Ilska^a

Badania nad dobrostanem ciężarnych nabierają coraz większego znaczenia tak z psychologicznego, jak i społecznego punktu widzenia. Z doniesień badaczy wynika, iż dobrostan psychiczny kobiet w ciąży ma wpływ na stan emocjonalny kobiety, a ten z kolei ma istotne znaczenie dla rozwoju płodu, przebiegu porodu oraz adaptacji matki w okresie poporodowym. W wielu badaniach dowiedziono znaczenia wsparcia społecznego, a w szczególności wsparcia partnera jako czynnika chroniącego przed stresem, lękiem i obawami towarzyszącymi kobietom w okresie ciąży. Celem analizy było określenie czy wsparcie partnera jest mediatorem w związku pomiędzy prenatalnych obawami ciężarnych a poszczególnymi wymiarami jej dobrostanu psychicznego. W badaniu wzięto udział 137 kobiet ciężarnych w wieku 18-40 lat. Wykorzystano następujące narzędzia pomiaru: aktualnie otrzymywane wsparcie od partnera (podskala Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego – BSSS; Łuszczczyńska, Kowalska, Mazurkiewicz, Schwarzer, 2006), prenatalne obawy ciężarnych (POC; Ilska, Ilski, Kołodziej-Zaleska, w druku) oraz dobrostan psychiczny w ujęciu eudajmonistycznym (PWB; Ryff, Keyes, 1995, adaptacja polska Krok 2009), na który składają się następujące wymiary: Autonomia, Cel życiowy, Panowanie nad środowiskiem, Pozytywne relacje z innymi, Akceptacja siebie, Rozwój osobisty. Rezultaty przeprowadzonych analiz statystycznych potwierdziły znaczenie wsparcia partnera jako mediatora związku pomiędzy obawami prenatalnymi a dwoma wymiarami dobrostanu kobiet ciężarnych, tzn: Panowaniem nad środowiskiem i Celem życiowym.

^a Uniwersytet Śląski, Katowice

Nadzieja podstawowa oraz postawy życiowe u rodziców dzieci z wrodzonymi wadami serca

/// **prof. Wioletta Radziwiłłowicz^a**
Aleksandra Gąsior^b

Celem badań było sprawdzenie poziomu nadziei podstawowej oraz postaw życiowych u rodziców dzieci chorujących kardiologicznie (z wrodzonymi wadami serca) oraz zweryfikowanie, czy trudna sytuacja zdrowotna dziecka oraz różnorodne czynniki (m.in. płeć, wyznanie, stosowanie praktyk religijnych) wpływają na poziom nadziei podstawowej oraz kształtowanie się postaw życiowych. Osoby badane: 30 rodziców dzieci z wrodzonymi wadami serca, będących podopiecznymi fundacji „Serce Dziecka” oraz 30 rodziców dzieci zdrowych; w tym 36 kobiet (17 z grupy kryterialnej i 19 z grupy kontrolnej) oraz 24 mężczyzn (13 z grupy kryterialnej i 11 z grupy kontrolnej). Narzędzia badawcze: ankieta socjodemograficzna [wiek, płeć, status związku i wykształcenie rodziców, aktywność zawodowa, wyznanie (wierzący vs niewierzący) i praktyki religijne, obecność chorób kardiologicznych w rodzinie, rodzaj wady serca u dziecka, liczba hospitalizacji dziecka z wadą serca i liczba przebytych operacji kardiologicznych, etap leczenia], Kwestionariusz Nadziei Podstawowej (BHI-12, Trzebiński i Zięba 2003), Kwestionariusz Postaw Życiowych (Klamut 2010). Rodzice z obu grup badanych charakteryzują się umiarkowanym poziomem nadziei podstawowej. Nie ma związku między płcią, wyznaniem oraz stosowaniem praktyk religijnych a poziomem nadziei podstawowej. Podobnie, brak istotnych różnic w zakresie nadziei podstawowej między rodzicami: znajdującymi się na etapie badań diagnostycznych dziecka, oczekującymi na zabieg kardiologiczny dziecka oraz posiadającymi dziecko po zabiegu. Brak istotnych statystycznie różnic między rodzicami z grupy kryterialnej a rodzicami z grupy kontrolnej w zakresie: celowości, spójności wewnętrznej, kontroli życia, akceptacji śmierci, pustki egzystencjalnej, osobowego sensu życia oraz równowagi postaw życiowych. Wystąpiły istotne różnice międzygrupowe w zakresie poszukiwania celów. Literatura przedmiotu dotycząca fizycznych, psychologicznych i społecznych wymiarów funkcjonowania oraz wychowania dziecka z wrodzoną wadą serca jest niezwykle uboga. Dlatego tematyka badań powinna zainteresować nie tylko lekarzy pediatrów, kardiologów i kardiologów odpowiedzialnych za proces diagnozowania oraz skomplikowane leczenie operacyjne, ale także psychologów klinicznych pełniących rolę osób wspierających w zmaganiu się z chorobą zarówno dziecka, jak i jego bliskich.

^a Uniwersytet Gdański

^b Gdański Uniwersytet Medyczny

Temperament a odporność psychiczna /// **mgr Kamila Julia Regin^a**

Celem badania była weryfikacja i określenie związków pomiędzy sprężystością psychiczną a temperamentem oraz nadzieją podstawową. Badaniu poddano 106 osób, studenci (N=35) oraz ich rodzice (N=71). Ogółem było 54 mężczyzn oraz 52 kobiety. Uczestnicy badania to studenci Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego i ich rodzice. Wykorzystano następujące narzędzia: Kwestionariusz Temperamentu – Formalna Charakterystyka Zachowania (Zawadzki, Strelau, 1997), Kwestionariusz Sprężystości Psychiczej (Kaczmarek, 2011), Kwestionariusz Nadziei Podstawowej BHI-12 (Trzebiński i Zięba, 2003). Zastosowano dobór celowy uczestników, respondenci wypełniali kwestionariusze jednokrotnie. W celu przetestowania hipotez przeprowadzono analizę korelacji oraz hierarchiczną analizę regresji. Uzyskano między innymi następujące wyniki: zaobserwowano istotną zależność wprost proporcjonalną między cechą wytrzymałości, aktywności oraz wrażliwości sensorycznej a sprężystością psychiczną, otrzymano: ujemną korelację między perseweratywnością a sprężystością psychiczną, dodatnią korelację między sprężystością psychiczną, a nadzieją podstawową – współczynnik korelacji wynosi $r(33) = 0,521$; $p < 0,01$ (w podgrupie dorosłych dzieci) oraz dodatnią korelację między nadzieją podstawową matek i ojców, współczynnik korelacji wyniósł $r(69) = 0,291$; $p < 0,05$. Otrzymane rezultaty dopełniają pojęciowe rozumienie resilience. Układ cech temperamentalnych korelujących ze sprężystością psychiczną ukazuje nam obraz osoby prężnej – jako jednostki o znacznych możliwościach przetwarzania pobudzenia, wysokim poziomie wytrzymałości, niskim natężeniu reaktywności emocjonalnej oraz znacznej aktywności.

^a Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Olsztyn / Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Warszawa

Psychologiczne uwarunkowania troski o zdrowie u ojców małych dzieci ///

dr Paulina Rosińska^a
prof. Jan Tylka^a
mgr Joanna Wrzosek-Bartnik^a

Poszukiwanie zależności między psychologicznymi determinantami troski o zdrowie u mężczyzn. Do zbadania zmiennych niezależnych użyto: SWZ Lau i wsp. (wartościowanie zdrowia); NEO-FFI Costy i MCCrea (cechy osobowości); GSES Schwarzera i wsp. (samoskuteczność); MHLA Wallstona i wsp. (lokalizacja kontroli zdrowia) oraz SUPIN Brzozowskiego (uczucia pozytywne i negatywne). Zmienną niezależną-troskę o zdrowie oceniano za pomocą STOZ Rosińskiej. W badaniach (stanowiących element szerszego prospektywnego projektu) uczestniczyło 77 ojców małych dzieci. Znotowano występowanie dodatnich związków pomiędzy ogólnym poziomem troski o zdrowie, jej składowymi: aktywną postawą wobec własnego zdrowia i praktykami zdrowotnymi a: wartościowaniem zdrowia, ekstrawersją, sumiennością, poczuciem własnej skuteczności, zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia – wpływ innych, a także pozytywną i negatywną emocjonalnością. Ujemne zależności wykryto między dbałością o zdrowie (wymiar ogólny, podskale) a neurotycznością i negatywną emocjonalnością. W celu wyłonienia zmiennych, które najlepiej objaśniają troskę o zdrowie zbudowano modele regresji. Istotnymi wyznacznikami okazało się: wartościowanie zdrowia, cechy osobowości i zewnętrzna lokalizacja kontroli zdrowia – wpływ innych. Ustalenie predyktorów dbałości o zdrowie może posłużyć konstruowaniu programów promocji zdrowia, kierowanych do rodziców małych dzieci. Rezultaty badań, stanowiące źródło wiedzy o istocie troski o zdrowie warto też odnieść do szerszej populacji.

^a Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa

Jakość życia pacjentów w przebiegu przewlekłych nieuleczalnych chorób układu pokarmowego ///

mgr Agata Rudnik^a

Obserwowany jest ciągły wzrost zachorowań na przewlekłe, nieuleczalne choroby układu pokarmowego, takie jak: zespół jelita drażliwego (ZJD), dyspepsja czynnościowa (DC), wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) oraz choroba Leśniowskiego Crohna (ChLC). Ich etiologia wciąż jest jednak niejasna, co więcej brakuje też skutecznych programów terapeutycznych do ich leczenia. Badania wskazują jednak, że zły stan psychiczny osób cierpiących na ZJD, DC, WZJG, czy ChLC przyczynia się do zaostrzenia objawów (Bartnik, 2009). Podłożem tych chorób są także czynniki psychologiczne, a znaczącą rolę w ich występowaniu, jak i leczeniu odgrywa stres (Jarosz, Dzieniszewski, 2006). Celem badania jest ocena jakości życia i poczucia satysfakcji z życia pacjentów z chorobami układu pokarmowego w zależności od postaci choroby, czasu jej trwania, a także poziomu akceptacji choroby i jej wpływu na codzienność. Do badania wykorzystano metody: ankieta własna, SF-36 (Short Form – Jakość życia; adapt. Tylka, 2009), SWLS (Skala Satysfakcji z Życia; adapt. Juczyński, 2001), AIS (Skala Akceptacji Choroby; adapt. Juczyński, 2001). Wyniki badań, pozwalają stwierdzić, m.in. że jakość życia badanych, odczuwana satysfakcja z życia, poziom akceptacji choroby oraz ocena stanu zdrowia nie ma związku z rozpoznaniem ani czasem trwania choroby. Im dłużej jednak pacjent choruje na nieuleczalną chorobę układu pokarmowego, tym mniejszą odczuwa satysfakcję z wykonywanej pracy.

^a Uniwersytet Gdański

Strategie radzenie sobie z chorobą przewlekłą wśród pacjentów kardiologicznych

/// **mgr Marta Ruszkiewicz^a**
mgr Joanna Koralewska-Samko^a
mgr Katarzyna Sadowska^a

Celem badania było poznanie strategii zaradczych stosowanych w sytuacji radzenia sobie ze stresem choroby przewlekłej wśród pacjentów kardiologicznych. W badaniu uczestniczyło ok. 50 pacjentów kardiologicznych oraz porównywalna liczba osób zdrowych. Chorzy i zdrowi wypełniali Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem COPE w polskiej adaptacji. Ponadto zbierane były również dane w zakresie: płeć, wiek, wykształcenie, czas trwania choroby. Z badania wynika, że pacjenci kardiologiczni stosują różne strategie radzenia sobie ze stresem spowodowanym chorobą przewlekłą. Różnią się w tym zakresie od osób zdrowych. Rzadziej koncentrują się na problemie, częściej poszukują wsparcia (wśród bliskich, w religii). Poznanie najczęściej stosowanych strategii zaradczych a także związków korelacyjnych tych strategii z czynnikami psychospołecznymi może mieć istotne znaczenie dla opracowywania metod pracy terapeutycznej i wspierania pacjentów przewlekle chorych.

^a Uniwersytet Gdański

„Zdrowy Kontakt” – program profilaktyki zespołu majaczenia szpitalnego oparty na wolontariacie studenckim

/// **Paulina Rybak^a**
mgr Weronika Kałwak^a

Celem wystąpienia jest zaprezentowanie wyników badania skuteczności niefarmakologicznej profilaktyki zespołu majaczenia szpitalnego (delirium), częstego powikłania hospitalizacji u osób starszych. Badana pod względem skuteczności interwencja to oparty o wolontariat studencki (medycyna, psychologia i pielęgniarstwo) interdyscyplinarny program oddziaływań behawioralnych prowadzony na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Szpitala Uniwersyteckiego CMUJ. Dane 35 pacjentów powyżej 75 roku życia włączonych do programu zostały poddane retrospektywnemu badaniu w porównaniu z 70-osobową grupą kontrolną dopasowaną pod względem wieku, płci i daty hospitalizacji. Grupę badawczą i kontrolną porównywano pod względem czasu hospitalizacji, incydentów przepisania leków przeciwpsychotycznych (ekwiwalent diagnozy majaczenia) oraz śmiertelności. W grupie badawczej średni czas hospitalizacji był istotnie statystycznie krótszy niż w grupie kontrolnej (12,9 dni vs. 16,9 dni; $p=0,04$). W grupie badawczej zmarł 1 pacjent, w grupie kontrolnej 8 (2,9% vs. 11,4%; $p=0,14$). W grupie badawczej wystąpiły trzy przypadki przepisania leków przeciwpsychotycznych, w grupie kontrolnej 11 (8,6% vs. 15,7%; $p=0,31$). Ponieważ delirium często występuje u starszych pacjentów pogarszając rokowania i ogólny stan zdrowia, przynosząc cierpienie, a także zwiększając czas i koszt leczenia, należy wprowadzić skuteczne programy zapobiegania powikłaniom hospitalizacji. W obliczu starzejącego się społeczeństwa i ograniczonych środków na leczenie, wyniki naszych badań wspierają potrzebę i skuteczność profilaktyki niefarmakologicznej wykorzystującej wolontariat na oddziałach geriatrycznych.

^a Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Pocieszenie i zmaganie religijne jako predyktory niepokoju i satysfakcji z życia: moderacja przez orientację seksualną

/// **mgr Radosław Rybarski**^a
dr Beata Zarzycka^a
prof. Jacek Śliwak^a

Przeważająca większość polskiej populacji uważa się za osoby religijne, a 95% deklaruje się jako katolicy. Ta powszechność religijności widoczna jest w wielu obszarach codziennego życia Polaków, np. wychowywaniu dzieci, celebrowaniu ważnych wydarzeń życiowych takich, jak: narodziny dziecka, zawarcie małżeństwa, czy śmierć bliskich. Seksualność stanowi również istotny obszar oddziaływania religijności. Nauczanie religijne zawiera normy określające akceptowalne wzorce intymności seksualnej. Dla osób homoseksualnych, których forma przeżywania własnej tożsamości seksualnej nie jest zgodna z nauczaniem religijnym, obszar religii może stać się trudną przestrzenią, w której wysiłek podejmowany w celu integracji religijności i indywidualnej tożsamości nacechowany jest napięciem i konfliktami. Przedmiotem prezentowanych badań jest eksploracja zależności między religijnością, zdefiniowaną jako pocieszenie i napięcie religijne, a niepokojem i satysfakcją z życia oraz analiza efektu moderacji tej zależności przez orientację seksualną. W badaniu wzięto udział 95 mężczyzn w wieku od 18 do 43 lat, 45 homoseksualnych i 50 heteroseksualnych. Zastosowano następujące metody: Skalę Pocieszenia i Napięcia Religijnego Yali, Exline, Wood i Worthington, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Spielbergera, Gorsucha i Lushene oraz Skalę Satysfakcji z Życia Dienera, Emmons, Larsena i Griffina. Rezultaty analizy regresji wielokrotnej hierarchicznej wykazały, że orientacja seksualna moderuje powiązania Lęku-winy z niepokojem oraz związku negatywnych interakcji społecznych związanych z religią i niepokoju.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Zachowania zdrowotne i radzenie sobie ze stresem a agresywność wśród młodzieży gimnazjalnej

/// **mgr Katarzyna Sadowska**^a
mgr Joanna Koralewska-Samko^a
mgr Magdalena Spryszyńska^a

Celem badania było ukazanie związku między agresywnością a zachowaniami zdrowotnymi i radzeniem sobie ze stresem wśród młodzieży gimnazjalnej. Badanie miało charakter kwestionariuszowy. Objęto nim grupę ponad 200 gimnazjalistów. Do pomiaru agresywności użyto Kwestionariusza agresywności młodzieży – Reaktywność emocjonalna autorstwa Sajewicz-Radtke, Radtke i Kalka; do pomiaru zwyczajów zdrowotnych użyto Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) autorstwa Z. Juczyńskiego; zaś radzenie sobie ze stresem mierzono Inwentarzem do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (Mini-COPE) autorstwa Carter, w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej Bulik. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy agresywnością a zachowaniami zdrowotnymi ($r = -0,384$, $p = 0,001$). U chłopców agresywność ujemnie korelowała z aktywnymi technikami radzenia sobie ze stresem ($r = -0,414$, $p = 0,001$). U dziewcząt zaś agresywność pozytywnie korelowała z zażywaniem substancji psychoaktywnych ($r = 0,507$, $p = 0,001$). Agresywność negatywnie koreluje z zachowaniami zdrowotnymi i konstruktywnymi technikami radzenia sobie ze stresem. Wyniki mogą okazać się pomocne przy ustalaniu kierunku dalszych oddziaływań profilaktycznych, wychowawczych i/lub psychoedukacyjnych.

^a Uniwersytet Gdański

Ewolucja. Społeczno-kulturowy kontekst autorskiego planu treningowego Ewy Chodakowskiej oraz jego wpływ na obraz ciała u kobiet

/// mgr Aleksandra Salwa ^a

Współcześnie stajemy się świadkami znaczącego wzrostu zainteresowania ludzką cielesnością. Nowoczesny przedstawiciel społeczeństwa skupia swoją uwagę na własnej cielesności, ponieważ jest ona gwarantem życiowego sukcesu (Mroczkowska, 2009; Szczepański, Pawlica, Śliz, 2010). Z tego powodu coraz więcej Polaków podejmuje wysiłek usprawniania ciała oraz poprawy swojego wizerunku. Moda na aktywność fizyczną, trend i kult umięśnionego i wysportowanego ciała pociąga za sobą także dodatkowe tendencje. Kultura ingeruje we współczesne trendy w kwestii rodzaju aktywności, która w danym momencie zyskuje na znaczeniu. Prężnie rozwijająca się idea fitness ewoluuje przenosząc popularne treningi z fitness klubów do domu. Alternatywna forma treningu zyskuje na znaczeniu szczególnie za sprawą okrzykniętej trenerką Polek Ewy Chodakowskiej. Na swoim facebookowym profilu Ewa Chodakowska ma ponad 1 200 000 tys. fanów, zaś większość udostępnianych przez trenerkę materiałów na YouTube ma sporo ponad 600 tys. odsłon. Nadrzędnym celem referatu jest próba odnalezienia odpowiedzi na pytanie o fenomen planu treningowego Ewy Chodakowskiej. W tym celu przedstawię trening ten w perspektywie teorii społecznego uczenia się Alberta Bandury oraz porównam go z klasycznym treningiem aerobikowym odwołując się do przeprowadzonych badań własnych w aspekcie różnic dotyczących parametrów samych treningów oraz wskazując na główne różnice w spostrzeganiu własnej cielesności przez panie wybierające jedną z proponowanych form treningowych.

^a Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

Obraz ciała, samoocena i nadzieja na sukces jako zasoby kobiet regularnie podejmujących aktywność fizyczną

/// mgr Aleksandra Salwa ^a

Prezentacja wyników badań, których nadrzędnym zamiarem było porównanie oraz sporządzenie psychologicznej charakterystyki obrazu ciała oraz jego korelatów – samooceny ogólnej i nadziei na sukces – w dwóch grupach współczesnych kobiet ćwiczących, które jako formę aktywności fizycznej wybierają jedną z modnych form treningowych: ćwiczenia z Ewą Chodakowską lub klasyczny trening aerobikowy. Badaniami objęto 60 kobiet, które podzielono na dwie grupy ze względu na rodzaj uprawianego treningu: panie trenujące z Ewą Chodakowską (grupa I, N=31) oraz kobiety uprawiające aerobik (grupa II, N=29). W badaniach wykorzystano Kwestionariusz Wizerunku Ciała (KWCO) oraz Skalę Zadowolenia z Poszczególnych Części i Parametrów Ciała autorstwa Alicji Głębockiej, Skalę Samooceny M. Rosenberga, Kwestionariusz Nadziei na Sukces Snydera. Analizy statystyczne wyników testów wykazały, że rodzaj treningu różnicuje poziom zadowolenia z ciała w porównywanych grupach. Panie trenujące aerobik charakteryzują się wyższym zadowoleniem z ciała. W przeprowadzonych badaniach wskazano ponadto na istnienie odmiennych układów zależności pomiędzy zmiennymi samoocena i nadzieją na sukces a obrazem ciała w zależności od formy uprawianej aktywności fizycznej. Aktywność fizyczna stanowi jeden z bardziej istotnych elementów prozdrowotnego trybu życia, zaś liczba regularnie trenujących kobiet stale wzrasta. Autorzy planów badawczych wskazują na jej właściwości kataraktyczne, terapeutyczne, redukujące stres, regulujące emocje oraz poprawiające spostrzeganie siebie. Pozytywny obraz własnego ciała czy subiektywne zadowolenie z niego, a także pozytywna globalna samoocena, które stanowią efekt ćwiczeń mogą być zatem interpretowane w kategoriach jednostkowych zasobów, które w sytuacji trudnej stanowią będą czynniki wspomagające aktywną walkę ze stresem. Uwzględnienie efektu związanego z wpływem formy uprawianej aktywności fizycznej na spostrzeganie swojego wizerunku stanowi istotną informację w kontekście próby sformułowania odpowiedzi na pytanie o mechanizmy biorące udział w procesie zmiany posiadanego obrazu ciała oraz planowaniu działań prewencyjnych dotyczących zaburzeń obrazu własnego ciała czy wpływających w istotny sposób na świadomość i satysfakcję z ciała.

^a Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

Health behaviour change: Constructs, mechanisms, and interventions

/// **prof. Ralf Schwarzer**^a

Health-compromising behaviors are difficult to change. Theories assume that an individual's intention to change is the best direct predictor of actual change. But people often do not behave in accordance with their intentions. This discrepancy between intention and behavior is due to several reasons. For example, unforeseen barriers could emerge, or people might give in to temptations. Therefore, intention needs to be supplemented by other, more proximal factors that might compromise or facilitate the translation of intentions into action. Some of these postintentional factors have been identified, such as perceived self-efficacy and strategic planning. They help to bridge the intention-behavior gap. The Health Action Process Approach (HAPA) suggests a distinction between (a) preintentional motivation processes that lead to a behavioral intention, and (b) postintentional volition processes that lead to the actual health behavior. In this presentation, 7 studies are reported that examine the role of volitional mediators, in particular perceived self-efficacy, in the initiation and adherence to health behaviors (e.g., physical exercise, dietary behaviors, condom use, sunscreen use, dental flossing). The general aim is to examine the effects of self-efficacy on health behavior change based on various behaviors, time spans, and study participants from different countries.

^a Australian Catholic University, Sydney / Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wrocław / Freie Universität, Berlin

Zdrowie psychiczne w ekstremalnych warunkach pracy – na podstawie badań pracowników Polskiej Stacji Polarnej na Spitsbergenie

/// **mgr Agnieszka Skorupa**^a

Celem badania było ukazanie związku przedekspedycyjnego stanu zdrowia psychicznego z adaptacją do pracy w warunkach polarnych oraz ilustracja zmian zachodzących w zdrowiu psychicznym na przestrzeni roku. Trzynastomiesięcznemu badaniu poddani zostali uczestnicy 35. ekspedycji polarnej PAN. Grupa składała się z dziesięciu osób zimujących w stacji polarnej. Badania składały się z: pomiarów przed wyjazdem, rocznego monitoringu dynamiki stanów psychicznych, badania in situ oraz badania po zakończeniu pobytu na Spitsbergenie. Do pomiaru zdrowia psychicznego i jego zmienności na przestrzeni roku wykorzystano: kwestionariusz HADS, skalę SUPIN oraz trzy narzędzia własne w postaci wywiadów ustrukturalizowanych. Na podstawie uzyskanych wyników możliwe jest jedynie częściowe potwierdzenie założeń teoretycznych. Poziom depresyjności zmienia się w trakcie ekspedycji jednakże nie da się jednoznacznie wykazać jego wzrostu w okresie zimy polarnej oraz w trzeciej ćwiartce ekspedycji. W polskiej ekspedycji poza dwoma przypadkami zaburzenia depresyjnego wskazywano na zaburzenia snu i problemy z nadużywaniem alkoholu. Przez cały roku natężenie uczuć pozytywnych utrzymuje się na wysokim poziomie, natomiast natężenie uczuć negatywnych jest umiarkowane, co również nie potwierdza występowania syndromów polarnych. Należy szukać innych predyktorów adaptacji do warunków polarnych niż przedekspedycyjny pomiar zdrowia psychicznego. Obecne warunki bytowe w stacji polarnej sprzyjają minimalizacji wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego, zmienność zdrowia psychicznego nie jest bezpośrednio związana z warunkami środowiskowymi.

^a Uniwersytet Śląski, Katowice

Ocena uczuć w aktywności fizycznej i ich fluktuacje w czasie

/// mgr Małgorzata M. Sławińska^a
dr Paul Davis^a

Wyniki badań wskazują, że uczucia jakie towarzyszą ćwiczeniom fizycznym oraz jak są one zapamiętywane w znaczący sposób kształtują motywację do aktywności fizycznej oraz są ważnym czynnikiem wpływającym na częstotliwość z jaką osoby angażują się w ćwiczenia (Rose & Parfitt, 2010; Williams, et al, 2008). Celem niniejszej pracy było zbadanie oceny uczuć związanych z aktywnością fizyczną w ciągu czterech tygodni od wykonywanych ćwiczeń przy uwzględnieniu założeń modelu Russell'a Circumplex (1980) oraz modelu Ekkekakis'a the Dual mode model (DDM; 2003). Metoda – Podczas eksperymentu w laboratorium, uczestnicy (N = 42) w losowej kolejności wykonali dwa biegi na bieżni o zróżnicowanej intensywności (umiarkowanej i wysokiej) w relacji do ich własnego progu wentylacyjnego ustanowionego na podstawie testu VO₂max. Oceny uczuć zostały zebrane podczas ćwiczeń oraz po ich zakończeniu w 9 różnych punktach pomiarowych przez okres dwóch tygodni po każdym z dwóch biegów o różnej intensywności. Wyniki – Wyniki wykazały, że ocena uczuć związanych z ćwiczeniami zmieniała się podczas trwania badania ze znacznym spadkiem w punkcie pomiarowym na 24 godziny po ćwiczeniach. Wnioski -Wyniki sugerują iż mając na celu zoptymalizowanie doświadczenia i poprawę motywacji i częstotliwości uczestnictwa w aktywności fizycznej powinno się rozważyć wahania w ocenie uczuć w trakcie ale również po ich zakończeniu.

^a Northumbria Newcastle University

„PsychoŻak” – sposób konstruowania programu promocji zdrowia psychicznego dla studentów. Doniesienia końcowe

/// dr Ewa Sokołowska^a
dr Lidia Zabłocka-Żytka^a
dr Sylwia Kluczyńska^a
mgr Joanna Wojda-Kornacka^a

Celem referatu jest przedstawienie procesu tworzenia programu "PsychoŻak". Przygotowanie programu zostało poprzedzone badaniem oczekiwań studentów wobec promocji zdrowia psychicznego. Program został poddany ewaluacji jakościowej. Metoda: Badania oczekiwań wobec promocji zdrowia psychicznego zrealizowane zostały w grupie 610 studentów warszawskich uczelni wyższych, w okresie II–IV 2014. Studentom zadano kilka pytań otwartych dotyczących, m.in. treści oraz formy realizacji programu promocji zdrowia psychicznego. Na tej podstawie stworzono program „PsychoŻak.” Ewaluacja formatywna programu została przeprowadzona w grupie 30-tu studentów, którzy uczestniczyli w 30 godz. warsztatach w okresie X 2014 – I 2015. Użyto ankiety oceniającej treści oraz sposób jego realizacji. Wyniki: Wśród badanych 610 studentów pojawiły się oczekiwania dotyczące wspierania zdrowia (a) fizycznego np. zdrowego stylu życia, (b) psychologicznego np. radzenia sobie ze stresem jak i (c) społecznego np. budowania bliskich relacji. W oparciu o otrzymane wyniki opracowano program składający się z 10 spotkań zatytułowanych: „Zdrowie psychiczne – co to jest? od czego zależy?"; „Jak mówić, słuchać, rozmawiać z innymi?"; „W zdrowym ciele..."; „Jak się uczyć, by się nauczyć?"; „Uczucia i ja"; „Stres i ja"; „Czym są zaburzenia psychiczne? Gdzie szukać pomocy?"; „Dbam o swoje zdrowie psychiczne”. Wnioski: Zarówno sposób przeprowadzenia programu, jak i podejmowane treści zostały pozytywnie ocenione przez studentów. Szczególnie istotne okazały się warsztaty dotyczące zaburzeń psychicznych oraz sposobów pomocy i szukania wsparcia.

^a Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

Ocena determinantów zdrowia w kontekście poziomu umiejscowienia kontroli zdrowia

/// **mgr Anna Sołtys**^a
mgr Joanna Król^a

Ocena determinantów zdrowia w kontekście poziomu umiejscowienia kontroli zdrowia. Przebadano 72 osoby w wieku 25-45 lat autorską ankietą oceniającą styl życia oraz Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (Z. Juczyński) ujmującą wymiary kontroli zdrowia oraz Listą Wartości Osobistych (Z. Juczyński). Wśród badanych 79,5 % pozostawało w związku, potomstwo posiadało 59,9%, aktywność zawodową deklarowało 93,2%. Osoby badane za najważniejsze dla utrzymania zdrowego stylu życia uważają zdrowe odżywianie, następnie aktywność fizyczną i eliminowanie używek. Determinantami zdrowia były kolejno: styl życia, czynniki genetyczne, czynniki środowiskowe i służba zdrowia. U osób z wyższym wewnętrznym poczuciem kontroli zauważa się związek z mniejszym spożywaniem niezdrowych produktów żywnościowych ($r=0,246$). Większą ilość spożywania niezdrowej żywności deklarują osoby przekonane, iż o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne. Osoby o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia za najważniejszy czynnik niezbędny dla utrzymania zdrowia uznają działania ze strony opieki zdrowotnej ($r=0,265$). Wśród badanej grupy zdrowie plasuje się na drugiej pozycji spośród dziesięciu wartości, pomiędzy miłością a inteligencją. Osoby z przekonaniem o wpływie przypadku na zdrowie za najmniej ważną w swoim systemie wartości uznają radość ($r=-0,270$), jednocześnie uznając bogactwo za jedną z wartości najważniejszych ($r=0,298$). Warto zwrócić uwagę na ważność podejmowania psychoedukacji w zakresie własnej kontroli nad utrzymaniem zdrowia.

^a Uniwersytet Szczeciński

Duchowy dobrostan i religijny system znaczeń a zdrowie psychiczne w grupie młodych dorosłych

/// **mgr Michalina Sołtys**^a

Duchowość i religijność człowieka coraz częściej rozpatrywana jest w kategorii zasobów zdrowia. Równocześnie podkreśla się jedynie częściową zbieżność obu konstruktów, wskazując na ich odmienny udział w mechanizmie kształtowania zdrowia. Cel: Celem badań było po pierwsze: sprawdzenie czy duchowy dobrostan wiąże się z religijnym systemem znaczeń, po drugie: czy i jaki sposób powyższe zmienne korelują ze zdrowiem psychicznym w grupie młodych dorosłych. W badaniach uczestniczyło 58 osób (19 mężczyzn, 39 kobiet) w wieku od 18 do 33 ($M=21,75$; $SD=3,33$), u których nie zdiagnozowano choroby przewlekłej. 51 osób posiadało sprecyzowane wyznanie religijne, 7 osób nie potrafiło go określić. Stopień pewności wiary badanych oscylował w przedziale 30-100% ($M=68,95$; $SD=17,75$), zaś subiektywne poczucie zdrowia w przedziale 49-100% ($M=79,90$; $SD=13,26$). W badaniach wykorzystano następujące metody badawcze: Duchowy Wskaźnik Dobrostanu T. P. Daalemana i B. B. Freya, Kwestionariusz Religijnego Systemu Znaczeń D. Kroka, Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ 28 D. Goldberga oraz ankietę osobową. Przeprowadzone analizy wykazały brak powiązań pomiędzy duchowym dobrostanem a tendencją do nadawania religijnych znaczeń w grupie zdrowych młodych dorosłych. Ponadto religijny system znaczeń nie korelował istotnie z wynikiem ogólnym zdrowia psychicznego jak również z jego wymiarami. W przeciwieństwie do niego, duchowy dobrostan okazał się natomiast umiarkowanie negatywnie związany z wszystkimi wymiarami zdrowia psychicznego (symptomami somatycznymi; niepokojem, bezsennością; zaburzeniami funkcjonowania; symptomami depresji) oraz wynikiem ogólnym. Uzyskane wyniki badań sugerują, że religijność i duchowość stanowią odrębne wymiary funkcjonowania w grupie młodych dorosłych. Konsekwentnie duchowość rozumiana w sposób bardziej uniwersalny w przeciwieństwie do religijności może być w tej grupie osób traktowana jako zasób zdrowia.

^a Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

Wczesna interwencja neuropsychologiczna u pacjenta z chłoniakiem mózgowia – studium przypadku

/// **mgr Aleksandra Stańska**^a

Plakat zwraca uwagę na problematykę wczesnej interwencji neuropsychologicznej u pacjentów z nowotworami mózgu. Szybka i kompleksowa diagnoza pozwala lepiej i skuteczniej walczyć z deficytami spowodowanymi przez uszkodzenie. Na posterze zaprezentowany został przypadek 60-letniego pacjenta, hospitalizowanego na oddziale onkologicznym, z powodu chłoniaka mózgowia, zlokalizowanego w prawej półkuli mózgu. Obszar uszkodzenia obejmował okolice płata czołowego i ciemieniowego. Oprócz problemów neurologicznych, takich jak niedowład połowiczny lewej strony ciała, czy ataki padaczkowe, pacjent cierpiał także z powodu zaburzeń poznawczych – głównie zespołu pomijania stronnego. Prezentowany poster przedstawia proces diagnozy i późniejszej terapii pacjenta oraz wyniki, jakie udało się osiągnąć w trakcie systematycznej pracy, ukazując zarazem korzyści, wynikające z wczesnej interwencji.

^a Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdańsk

Jakość emisji głosu a wypalenie zawodowe u nauczycieli szkół podstawowych i średnich

/// **dr Patrycja Stawiarska**^a
dr Anna Guzy^a

Celem wystąpienia jest prezentacja wyników badań przeprowadzonych wśród 50 nauczycieli szkół podstawowych i średnich. Badani zostali poddani dwuetapowej procedurze badawczej, której głównym celem było szukanie odpowiedzi na pytanie czy jakość emisji głosu mówionego nauczycieli jest związana z poziomem wypalenia zawodowego w tej grupie. W pierwszej części badania trener emisji głosu mówionego zbierał dane dotyczące subiektywnie odczuwanych trudności związanych z emisją głosu (chrypka, ból podczas mówienia, męczliwość głosu itp.) i prowadził rozmowę związaną z zachowaniami zdrowotnymi nauczycieli w przypadku wystąpienia tych trudności (korzystanie ze zwolnień lekarskich, stosowane interwencje), następnie przeprowadzał badanie jakości emisji głosu badanych w sferze: oceny toru oddechowego, jakości fonacji, pracy rezonatorów oraz artykulacji. Podczas postępowania badawczego nauczyciele byli poddani badaniu spirometrycznemu, które ułatwiło ocenę ich wydolności oddechowej. W celu oszacowania ilościowego problemów głosowych badanych wykorzystano test VHI (Voice Handicap Index), natomiast wypalenie zawodowe badano testem (MBI) Maslach Burnout Inventory. Wyniki badań poddano ocenie ilościowej, oszacowano korelacje pomiędzy jakością poszczególnych parametrów głosu a wypaleniem zawodowym. Uzyskano w tym zakresie istotne zależności statystyczne. Przeprowadzone badania pozwalają na sformułowanie wniosków praktycznych, wskazując na potrzebę przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, i stresowi zawodowemu nauczycieli z uwzględnieniem aspektów emisji głosu w rozważanym kontekście.

^a Uniwersytet Śląski, Katowice

Narodowościowe wyznaczniki przekonań zdrowotnych, zachowań zdrowotnych i umiejscowienia kontroli zdrowia u Polaków i Anglików

/// **Karolina Stenka**^a
mgr Urszula Skawińska^a
prof. Paweł Izdebski^a

Celem badania było ustalenie, czy narodowość różnicuje ludzi pod względem przekonań zdrowotnych, zachowań zdrowotnych i umiejscowienia kontroli zdrowia. Przebadano 120 osób, 60 narodowości polskiej i 60 narodowości angielskiej. Wszystkie osoby badane były studentami. Badania prowadzono od grudnia 2012 do lutego 2013. Badani wypełniali baterię testów składającą się z Inwentarza Zachowań Zdrowotnych, Listy Kryteriów Zdrowia, Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Zdrowia oraz Value Survey Module 94. Testy dla osób narodowości brytyjskiej zostały przetłumaczone w dwie strony z języka polskiego na angielski oraz z języka angielskiego na polski, przez osoby dwujęzyczne posiadające wyższe wykształcenie. Występują istotne statystycznie różnice między Polakami a Anglikami pod względem przekonań dotyczących zdrowia, umiejscowienia kontroli zdrowia oraz zachowań zdrowotnych, jednak różnice okazały się mniejsze od zakładanych. Anglicy częściej niż Polacy traktują zdrowie jako wynik ($Z = -3,52$, $p < 0,00$), natomiast Polacy częściej zdrowie ujmują jako właściwość ($Z = 2,32$, $p < 0,02$). Ponadto umiejscowienie kontroli wewnętrzne zdecydowanie dominuje w obu grupach, jednak u Polaków jest wyższe ($\chi = 26,03$) niż u Anglików ($\chi = 23,48$) wyniki okazały się być istotne statystycznie ($t = 3,07$, $p < 0,00$). Badania potwierdziły istnienie różnic pomiędzy badanymi grupami. Różnice te dotyczą sposobu definiowania zdrowia, wewnętrznego umiejscowienia kontroli oraz prawidłowych nawyków żywieniowych.

^a Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

Temperament a strategie radzenia sobie ze stresem w pracy u funkcjonariuszy policji

/// **mgr Ewa Stępką**^a

Celem badania było ustalenie czy istnieje związek między cechami temperamentu a stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem w pracy u funkcjonariuszy policji, a także sprawdzenie hipotezy o związku wieku ze stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem w pracy. Przebadano grupę 61 funkcjonariuszy policji (średnia wieku $M = 26$ lat) z garnizonu kujawsko-pomorskiego. Zastosowano Kwestionariusz Temperamentu EAS, Kwestionariusz Strategii Radzenia sobie ze stresem w pracy oraz metryczkę Wyniki badań wskazują na istotną statystycznie korelację o charakterze ujemnym pomiędzy składowymi wymiaru temperamentu Emocjonalność a strategią Myślenie pozytywne (Niezadowolony $p = 0,032$, Strach $p = 0,050$, Złość $p = 0,045$), a także istotną statystycznie korelację o charakterze dodatnim pomiędzy Emocjonalnością a strategią Unikanie/Rezygnacja (Niezadowolony $p = 0,29$, Złość $p = 0,27$) oraz korelację o charakterze ujemnym pomiędzy wiekiem osób badanych a strategią używanie alkoholu i innych substancji ($p = 0,012$) Funkcjonariusze policji osiągający wysokie wyniki w wymiarze Emocjonalność częściej stosują strategię radzenia sobie ze stresem w pracy o charakterze unikowym, rzadziej bądź też wcale nie sięgając po strategie pozytywne, ponadto starsi funkcjonariusze chętniej sięgają po alkohol i inne używki jako sposób na poradzenie sobie ze stresorami.

^a Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

Samokontrola emocjonalna, radzenie sobie ze stresem a samopoczucie psychofizyczne funkcjonariuszy więziennych

///

dr Ewa Sygit-Kowalkowska^a
dr Magdalena Weber-Rajek^b

Celem pracy było przeanalizowanie w jaki sposób samokontrola, przejawiane strategie radzenia sobie ze stresem, czynniki socjodemograficzne różnicują poziom samopoczucia psychofizycznego u funkcjonariuszy służby więziennej oraz co stanowi predyktor samopoczucia psychofizycznego w tej grupie zawodowej. Badanie kwestionariuszowe przeprowadzono na grupie 75 funkcjonariuszy służby więziennej pracujących w dziale ochrony Zakładu Karnego w Potulicach. Wykorzystano następujące narzędzia: Kwestionariusz „Psychospołeczne Warunki Pracy”, Popularny Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej PKIE, Kwestionariusz Mini-COPE oraz ankietę dotyczącą zmiennych o charakterze socjodemograficznym. Wyższemu poziomowi samopoczucia psychicznego i fizycznego osób badanych, towarzyszy wyższy poziom deklarowanego Aktywnego radzenia sobie oraz niższy poziom w zakresie Bezradności, Unikania, Zwrotu ku Religii i Poczucia Humor. Analiza regresji wykazała, że poziom kontroli emocjonalnej, poziom w zakresie strategii Bezradności oraz poziom w zakresie strategii Poszukiwania Wsparcia są istotnymi predyktorami zmiennej zależnej samopoczucie fizyczne. W stosunku do zmiennej samopoczucie psychiczne istotnymi predyktorami są: poziom kontroli emocjonalnej, poziom Poczucia Humor oraz poziom Poszukiwania Wsparcia. Wiedza na temat specyfiki funkcjonowania psychofizycznego funkcjonariuszy służby więziennej powinna być brana pod uwagę przy konstruowaniu narzędzi promocji i profilaktyki zdrowia zawodowego, ponieważ badania wykazują średnio niski poziom postrzeganego dobrostanu przy jednoczesnym wysokim poziomie samokontroli.

^a Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

^b Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Bydgoszcz

Czy treningi pamięci roboczej mogą być skuteczną formą profilaktyki chorób neurodegeneracyjnych?

///

mgr Rafał Szewczyk^a

Od kiedy zauważono, że sprawność pamięci roboczej koreluje z inteligencją płynną (Chuderski, 2013), podejmowano próby usprawnienia inteligencji poprzez treningi pamięci roboczej (Melby-Lervåg i Hulme, 2012). Mimo entuzjastycznych doniesień z pierwszych badań nad ich efektywnością, niedługo później ukazały się publikacje podważające zasadność wyciąganych wniosków (Harrison i in., 2013; Redick i in., 2013). Niemniej jednak, mimo krytyki, ciągle publikowano raporty pochodzące z niezależnych ośrodków, którym udało się wykazać bliski, a niekiedy także daleki transfer efektów treningów pamięci roboczej (Bergman Nutley i in., 2011; Jaeggi, Buschkuhl, Shah i Jonides, 2014). Co więcej, dowiedziono, że treningi powodują zmiany na poziomie neuronalnym (Jaušovec i Jaušovec, 2012; Kundu, Sutterer, Emrich i Postle, 2013; Takeuchi i in. 2013). Zamiast więc szukać odpowiedzi na pytanie „czy”, zaczęto się zastanawiać „kiedy” i „jak” działają treningi pamięci roboczej. Podejmowany temat jest o tyle ważny dla psychologii zdrowia, iż aktualnie rośnie ryzyko zachorowań na choroby neurodegeneracyjne. Jednym ze sposobów zapobiegania deterioracji funkcji poznawczych u osób w podeszłym wieku jest intensywna aktywność intelektualna. Referat przybliży słuchaczom możliwości i ograniczenia treningów pamięci roboczej. Ponadto, na podstawie systematycznego przeglądu literatury, zostaną przedstawione warunki, jakie muszą zostać spełnione, aby treningi przynosiły zamierzone skutki.

^a Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Relacje z innymi szansą na zdrowie. Wpływ osób znaczących na społeczno-emocjonalne aspekty obrazu siebie dziecka osieroconego

/// **dr Dominika Sznajder**^a

Celem badań była próba poszukiwania odpowiedzi na pytania: Kto dla dzieci osieroconych jest osobą/osobami znaczącymi?, Czy dzieci osierocone pozostające w relacji z wybranymi osobami znaczącymi różnią się w zakresie społeczno- emocjonalnych aspektów obrazu siebie? N=94; wychowankowie placówek opiekuńczo-wychowawczych-sieroty społeczne. Do dowiedzenia się kto jest osobą znaczącą wykorzystano Test Stosunków Społecznych. Osobami znaczącymi dla wychowanków placówek są: matka, ojciec, rodzeństwo, rówieśnicy, inne niż rodzic osoby dorosłe (wychowawca, trener), osoba z rodziny zaprzyjaźnionej. Nominowane osoby znaczące były podstawą do wyodrębnienia grup badawczych (np. matka osoba znacząca/ brak matki jako znaczącej itd.). Do określenia różnic w obrazie siebie zastosowano Kwestionariusz „Jaki jestem” i Rysunek Projekcyjny „Ja wśród ludzi”. W Kwestionariuszu „Jaki jestem”: „inny dorosły znaczący” wyższe wyniki w sferze społecznej ($Z = -2,68$ $p < 0,007$) „osoba z rodziny zaprzyjaźnionej znacząca” wyższe wyniki w sferze emocjonalnej ($Z = -2,29$ $p < 0,022$) i społecznej ($Z = -2,48$ $p < 0,013$). W Rysunku projekcyjnym „matka znacząca” wyższy poziom agresji ($\chi^2 = 4,33$ $p < 0,063$) „osoba z rodziny zaprzyjaźnionej znacząca” dobra komunikacja ($\chi^2 = 14,4$ $p < 0,001$), żywa emocjonalność ($\chi^2 = 9,9$ $p < 0,003$), niższy poziom niepokoju ($\chi^2 = 15,5$ $p < 0,001$). Pozytywne relacje z innymi niż rodzice osobami dorosłymi mogą pomóc dziecku budować pozytywny obraz siebie, a nawet zmieniać negatywny, jeśli taki został stworzony w rodzinie dysfunkcyjnej. Relacje z „pozytywnym dorosłym” są podstawą szeroko rozumianego zdrowia.

^a Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej, Kraków

„Mowa-trawa”, czyli słowo na temat konsekwencji zdrowotnych używania konopi i mitach dotyczących jej legalizacji

/// **dr Marcin Szulc**^a
prof. Beata Pastwa-Wojciechowska^a

Celem prezentacji jest ustosunkowanie się do najbardziej rozpowszechnionych argumentów zwolenników używania i legalizacji przetworów konopi. Dokonano przeglądu literatury na temat konsekwencji używania konopi i jej przetworów oraz ich wpływu na zdrowie człowieka. Materiał obejmował analizę artykułów dotyczących wpływu konopi na organizm ze specjalistycznych czasopism takich jak Journal of Substance Abuse Treatment, Drug and Alcohol Dependence, czy Journal of Studies on Alcohol and Drugs. Istnieją liczne dowody na występowanie związków pomiędzy używaniem marihuany i zróżnicowanymi zaburzeniami. Stosowanie przetworów konopi, zwłaszcza w dłuższej perspektywie i w okresie dorastania, może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych. W niektórych krajach odchodzi się od penalizacji za posiadanie narkotyków, jednak posiadanie i produkcja marihuany nie są zalegalizowane, lecz do pewnego stopnia zdekryminalizowane.

^a Uniwersytet Gdański

Umacnianie zdrowia psychicznego dzieci rodziców z zaburzeniami zdrowia psychicznego poprzez szkolenie profesjonalistów

dr Izabela Tabak^a
dr Lidia Zabłocka-Żytka^a
prof. Jan Czesław Czała^a

Celem wystąpienia jest prezentacja wyników pilotażowego wdrożenia szkolenia dla profesjonalistów na co dzień pracujących z dziećmi, których rodzic/rodzice mają doświadczenie choroby psychicznej. Materiał szkoleniowy jest efektem prac międzynarodowego zespołu projektu CAMILLE (Empowerment of Children and Adolescents of Mentally Ill Parents through Training of Professionals working with children and adolescents), realizowanego w latach 2013-2015, finansowanego przez Komisję Europejską. Celem treningu Camille jest przekazanie wiedzy i poszerzenie świadomości w zakresie: podstawowej wiedzy (dotyczącej zaburzeń zdrowia psychicznego, prawidłowego rozwoju oraz przywiązania), doświadczeń i potrzeb rodzin (doświadczeń rodziców, dzieci, stygmatyzacji), metod wspomagania rodziny. Program został wdrożony w 7 krajach, w tym Polsce w 2014 roku. Pilotażowe wdrożenie programu pokazało duże zainteresowanie profesjonalistów tematyką i formą szkolenia. Największe pozytywne efekty szkolenia wykazano w zakresie wzrostu świadomości i wiedzy na temat wpływu choroby rodzica na zachowanie i potrzeby dziecka oraz umiejętności rodzicielskie rodzica, znaczenia umiejętności identyfikowania zachowań dziecka, które mogą wskazywać na ryzyko wystąpienia u niego zaburzeń i budowania odporności dziecka. Uczestnicy szkolenia docenili też znaczenie współpracy międzyinstytucjonalnej i multidyscyplinarnej. Szkolenie CAMILLE jest wartościowym programem, który dzięki swojej dostępności może być wdrożony w Polsce w szkoleniach pracowników ośrodków pomocy społecznej, zdrowia psychicznego, a także nauczycieli i studentów wydziałów psychologicznych, pedagogicznych, pielęgniarskich czy medycznych.

^a Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa

Przestrzeganie w rodzinie zasad dotyczących używania telefonów i komputerów jako czynnik chroniący młodzież przed negatywnymi skutkami zdrowotnymi używania mediów elektronicznych

dr Izabela Tabak^a
dr Dorota Zawadzka^a

Celem badania była analiza zależności między wprowadzaniem i przestrzeganiem w rodzinie zasad dotyczących używania telefonów i komputerów a zdrowiem, zadowoleniem z życia oraz relacjami młodzieży z rodzicami. W audytoryjnych badaniach ankietowych uczestniczyło 844 uczniów w wieku 10-18 lat z klas od V szkoły podstawowej do II ponadgimnazjalnej. Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące zasad używania mediów elektronicznych, samooceny zdrowia, dolegliwości psychosomatycznych, zadowolenia z życia (Cantril Ladder) oraz jakości komunikacji z rodzicami, wspólnych aktywności, monitoringu i wsparcia społecznego (MSPSS). Wyniki badania wskazały, że w 30% rodzin nastolatków są wprowadzone zasady dotyczące używania telefonu, a w 43% komputera (odsetki maleją wraz z wiekiem), jednak co piąta rodzina nie przestrzega wprowadzonych zasad. Analizy różnic średnich wyników uzyskiwanych na skalach zdrowia i relacji rodzinnych wykazały, że najkorzystniejsze wyniki dotyczące zdrowia, zadowolenia z życia oraz relacji rodzinnych osiągała młodzież z rodzin, w których obowiązywały i były przestrzegane zasady dotyczące używania telefonu i komputera. Młodzież z rodzin, w których zasady były wprowadzone, ale nie były przestrzegane miała najwięcej negatywnych skutków zdrowotnych. Młodzież z rodzin, w których żadne zasady dotyczące mediów elektronicznych nie obowiązują najgorzej spostrzegała relacje rodzinne. Wprowadzanie i przestrzeganie zasad dotyczących korzystania z mediów elektronicznych chroni zdrowie młodzieży, stanowiąc jednocześnie element relacji w rodzinie.

^a Instytut Matki i Dziecka, Warszawa

Komunikacja w rodzinie i poczucie koherencji matek dzieci i młodzieży z niepełnosprawnością

/// **mgr Agnieszka Trawicka**^a
dr Aleksandra Lewandowska-Walter^b
mgr Katarzyna Kichler^c

Celem badań własnych była analiza funkcjonowania matek dzieci z niepełnosprawnością w zakresie poczucia koherencji i komunikacji w rodzinie w ich ocenie - w porównaniu do populacji oraz w kontekście zrównoważenia systemu rodzinnego. Sprawdzano także, czy wiek dziecka i sprzężenie upośledzenia umysłowego z inną niepełnosprawnością może być dodatkowym czynnikiem warunkującym poczucie koherencji matek i komunikację w rodzinie. W badaniu uczestniczyło 70 kobiet – matek (wiek: $M=41,5$; $SD=8$) dzieci i młodzieży (wiek: $M=12$; $SD=6$) z niepełnosprawnością. W badaniu wykorzystano autorskie ankiety oraz dwa znormalizowane kwestionariusze: Skale Oceny Rodziny, Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Wobec grupy porównawczej, matki dzieci z niepełnosprawnością prezentowały niższy poziom ogólnego poczucia przewidywalności i racjonalności świata, co potwierdza wyniki dotychczasowych doniesień oraz cechowały się podobnym, jak przeciętnie w populacji, poziomem zaradności. Komunikacja w rodzinie może być jedną z mocnych stron zrównoważonych rodzin, w których wychowuje się dziecko niepełnosprawne. Uzyskano także wyższy ogólny wskaźnik koherencji w przypadku matek adolescentów z niepełnosprawnością oraz matek, które wychowują dzieci z trudnościami rozwojowymi, które nie są sprzężone z upośledzeniem umysłowym. Wobec uzyskanych wyników istotna jest psychoedukacja matek dzieci z niepełnosprawnością proponowana tuż po uzyskaniu diagnozy, która będzie miała wpływ na zwiększenie ich poczucia zrozumiałości. W terapii proponowanej rodzinom dzieci z niepełnosprawnością należy natomiast podkreślać znaczenie otwartego komunikowania się ze sobą członków systemu i jawnego mówienia przez matkę o trudnościach związanych z codzienną opieką, co pozwala na wentylację emocji, a rodzinie daje możliwość ustalenia wspólnych zadań i celów oraz poszukiwanie rozwiązań problemów.

^a Gdańska Fundacja Terapii i Rozwoju

^b Uniwersytet Gdański

^c Stowarzyszenie Dobra Edukacja, Gdańsk

Rodzina w percepcji chorego na stwardnienie rozsiane i jego współmałżonka

/// **dr Natalia Treder**^a

Stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex, SM) jest przewlekłą, autoimmunologiczną chorobą ośrodkowego układu nerwowego. Choroba dotyka nie tylko chorego, ale również członków jego rodziny. Celem przeprowadzonych badań było określenie typowych cech funkcjonowania rodziny z chorym na stwardnienie rozsiane w percepcji chorego i jego współmałżonka. W badaniach wzięło udział ogółem 216 osób (108 rodzin), które utworzyły trzy grupy – grupę kryterialną (GK, rodziny z chorym na SM) oraz dwie grupy porównawcze (PI: rodziny wolne od chorób przewlekłych, PII: rodziny, w których u jednego z współmałżonków stwierdzono uszkodzenie rdzenia kręgowego w klinicznej postaci paraplegii). Funkcjonowanie systemu rodzinnego oceniono za pomocą Skali Oceny Rodziny Davida H. Olsona (SOR). Zarówno rodziny z chorym na SM, jak i rodziny osoby z paraplegią, w porównaniu z grupą rodzin wolnych od schorzeń przewlekłych, uzyskały znacząco niższe wyniki na skali Zrównoważonej Spójności. Istotne statycznie różnice stwierdzono również w skali Zrównoważonej Elastyczności. W świetle przeprowadzonych badań potwierdzono, że stwardnienie rozsiane zakłóca funkcjonowanie systemu rodzinnego. Struktura rodziny ze względu na spójność okazała się być różna w badanych grupach. Najogólniej rzecz ujmując, systemy zmagające się z chorobą przejawiają trudności w zakresie więzi emocjonalnej – o zróżnicowanym podłożu. Rodziny z chorym na SM to często systemy o zrównoważonym poziomie elastyczności. Większość posiada bowiem ogólne umiejętności dokonywania zmian strukturalnych i funkcjonalnych w sytuacjach trudnych.

^a Uniwersytet Gdański

Związek pomiędzy czynnikami psychologicznymi a czynnikami biologicznymi u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym (badania pilotażowe)

/// dr Anna Trzcieniecka-Green^a
Olimpia Konecniak-Szewczyk^a

Sprawdzenie, czy psychologiczne czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej serca (takie jak depresja, lęk czy wzór zachowania D) wiążą się u pacjentów z OZW z wyznacznikami takimi, jak zmienność rytmu serca, markery stanu zapalnego czy podwyższony poziom cholesterolu. W badaniach wzięło udział 86 pacjentów (30 kobiet i 56 mężczyzn) hospitalizowanych z powodu zawału mięśnia sercowego na Oddziale Kardiologii i Reanimacji Kardiologicznej Szpitala Specjalistycznego w Zabrze. Badania psychologiczne przeprowadzono w 2-3 dniu po zawale. Zastosowano Skalę HAD, badającą poziom niepokoju i depresji, kwestionariusz DS14 do badania typu osobowości D oraz Kwestionariusz MACNEW do badania jakości życia pacjentów kardiologicznych. Badano korelacje pomiędzy wynikami kwestionariuszy a wskaźnikami biologicznymi uzyskanymi z danych medycznych pacjentów. Wyniki Kwestionariusza DS14 korelowały dodatnio z ogólnym poziomem cholesterolu ($r=,286$; $p<0,005$), HDL ($r=,246$; $p<0,05$) i trójglicerydów ($r=,222$; $p<0,05$). Poziom jakości życia (badany Kwestionariuszem MACNEW) korelował ujemnie z poziomem Aspat ($r=-,257$; $p<0,05$). Nie wykazano korelacji między czynnikami psychologicznymi mierzonymi kwestionariuszami KMN, HAD, DS14 a wskaźnikami zawału CK-MB i Troponiny. Dalsze badania prowadzone w tym obszarze mogą pozwolić bardziej precyzyjnie określić fizjologiczne komponenty czynników psychologicznych w ostrym zespole wieńcowym.

^a Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa im. Wojciecha Korfańtego, Katowice

Wsparcie społeczne, samoocena i radzenie sobie ze stresem pacjentek po mastektomii w porównaniu z kobietami zdrowymi

/// dr Anna Trzcieniecka-Green^a
Magdalena Mączarowska^a

Sprawdzenie, czy pacjentki po zabiegu mastektomii różnią się od kobiet zdrowych w zakresie wsparcia społecznego, samooceny i strategii radzenia sobie ze stresem. W badaniu brało udział 140 kobiet (70 po zabiegu mastektomii, pozostałe stanowiły grupę kontrolną dobraną pod względem danych demograficznych). Do zbadania samooceny zastosowano test SES Rosenberga. Wsparcie społeczne badano przy pomocy Berlińskich Skal Wsparcia Społecznego. Do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem użyto kwestionariusza Mini-Cope Carvera. Pacjentki po mastektomii różniły się od kobiet zdrowych w zakresie spostrzeganego dostępnego wsparcia (wyższe w grupie kryterialnej, $p<0,05$), zapotrzebowania na wsparcie (wyższe w grupie kontrolnej, $p=0,000$) oraz poszukiwania wsparcia (wyższe w grupie kontrolnej, $p<0,05$). Poziom samooceny był wyższy wśród pacjentek po mastektomii ($p<0,05$). Badane grupy różniły się również w kwestii strategii radzenia sobie ze stresem. Pacjentki po mastektomii osiągały statystycznie istotnie wyższe wyniki w zakresie następujących strategii: aktywne radzenie sobie ($p=0,000$); pozytywne przewartościowanie ($p=0,005$); akceptacja ($p<0,005$); poczucie humoru ($p=0,000$); zwrot ku religii ($p=0,000$); poszukiwanie wsparcia emocjonalnego ($p=0,000$) i poszukiwanie wsparcia instrumentalnego ($p=0,000$). Pacjentki po mastektomii uważały wsparcie społeczne za bardziej dostępne niż kobiety z grupy kontrolnej. Charakteryzowały się również wyższą samooceną i stosowały bardziej adaptacyjne strategie radzenia sobie ze stresem od kobiet zdrowych.

^a Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa im. Wojciecha Korfańtego, Katowice

Self-reported symptoms and the body: An experimental inquiry

/// **prof. Omer Van den Bergh**^a

A disease model assumes a direct link between self-reported health complaints and physiological dysfunction: Medical diagnosis implies mapping complaints to a dysfunction, and treatment assumes that complaints disappear when the dysfunction is remedied. However, in a large number of cases this disease model does not fit. This is because health complaints are the result of a complex process integrating afferent (bottom-up) interoceptive information with (top-down) perceptual-cognitive and affective processes. Afferent interoceptive information from peripheral physiology are an important source of health complaints, but a variety of psychological variables and processes can make correlations between objective indicators of pathology and reported complaints vary from zero to almost perfect. An important research question, then, is to determine when self-reported complaints are related to peripheral physiology and when they are not. In search for these critical conditions, we will review evidence from both clinical studies and controlled laboratory work with experimental symptom inductions. These studies specify that in conditions with low to moderately intense interoceptive input, persons with high trait negative affectivity are more influenced by affective than by somatic cues as a source of their health complaints. The clinical implications for primary and secondary care levels will be discussed.

^a University of Leuven

Trait negative affectivity and the inhibition of pain in an offset analgesia paradigm

/// **mgr Maaïke Van Den Houte**^a

The tendency to experience negative emotions (trait negative affectivity, NA) is highly positively correlated with the amount of self-reported symptoms in both healthy and physically ill persons. The aim of this study was to investigate whether reduced inhibitory capacity may explain this relationship. An offset analgesia paradigm was administered to healthy participants varying in NA to assess pain-related inhibitory capacity. Pain ratings during 15-second constant noxious heat stimulation to the arm (continuous trials) were compared with ratings during 15 seconds of noxious stimulation comprising a 1°C rise and return of temperature (offset trials). Offset analgesia is defined by the reduction in self-reported pain following the 1°C decrease relative to pain at the same time point during continuous heat stimulation. Preliminary analyses (N=33, currently) indicate an overall inhibition effect: a faster recovery in pain ratings followed offset trials compared to continuous trials. This difference tended to be moderated by trait NA with smaller differences in recovery between offset and continuous trials in high NA. However, this latter effect did not reach significance. Preliminary results show a trend towards a lower inhibitory capacity with higher trait NA. Data collection is still ongoing and full results will be reported.

^a University of Leuven

The effect of processing styles during experimentally induced symptoms on concurrent and retrospective symptom reporting

/// **mgr Marta Walentynowicz**^a
dr Ilse Van Diest^a
dr Filip Raes^a
prof. Omer Van den Bergh^a

Symptom reports in medical consults largely depend on retrospective memory but it is currently unclear

whether and how memory processes contribute to symptom overreporting and medically unexplained symptoms. In this study we investigated the role of sensory and affective processing styles (PS) on perception of and retrospective memory for dyspnea and pain in high (HSR) and low habitual symptom reporters (LSR). Healthy female students (N=45) varying in habitual symptom reporting participated in two experimental sessions, each comprising dyspnea and pain induction trials. Sensory and affective PS were manipulated in a counterbalanced order during the encoding phase of each session. Dyspnea and pain ratings were collected during the experiment and after 2 weeks. State negative affect (NA) and symptom measures were collected after every trial. Affective PS led to increased state NA and elevated symptom ratings, and reduced these ratings on the subsequent sensory PS session. This order effect did not occur when sensory processing was induced first. Moreover, retrospective dyspnea ratings were influenced by affective PS resulting in overreporting over time. Previously observed biases in symptom perception and retrospective symptom reporting may be related to the specific processing style applied during symptom encoding. The results are relevant to understand overreporting of symptoms and medically unexplained symptoms.

^a University of Leuven

Relacje z rodzeństwem i poziom kompetencji społecznych jako zasoby zdrowia w okresie wczesnej dorosłości // **dr Katarzyna Walęcka-Matyja** ^a

Problematyka poruszana w badaniach dotyczyła relacji z rodzeństwem w okresie dorosłości. Z punktu widzenia psychologii rodziny ciekawość poznawczą budzi kilka kwestii. Jaki obraz relacji z dorosłym rodzeństwem mają młodzi dorośli? Jaki jest poziom kompetencji społecznych badanych osób? Czy istnieją i jakiego rodzaju związki pomiędzy poziomem kompetencji społecznych a relacją z rodzeństwem w okresie dorosłości? Jakie znaczenie dla zdrowia ma jakość relacji społecznych z rodzeństwem w okresie wczesnej dorosłości? W badaniach uczestniczyły 62 osoby w okresie wczesnej dorosłości (średnia wieku 30.2 lata; SD=10.089), posiadające dorosłe rodzeństwo. Kobiety stanowiły 40.3% (25 osób) badanych, mężczyźni 59.7% (37 osób). Zastosowano następujące metody pomiaru: Kwestionariusz Relacji Dorosłego Rodzeństwa (KRDR) C. Stockera i in. (1997) w adaptacji K. Walęckiej-Matyja (2014) oraz Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS-D) A. Matczak (2007). Przeprowadzone badania wskazują, że obraz relacji w okresie wczesnej dorosłości między rodzeństwem w dużej mierze opiera się o wymiar ciepła, co oznacza, że są to pozytywne relacje, stanowiące jeden z ważnych zasobów zdrowia. Stwierdzono także, iż badane siostry i bracia różnią się w zakresie kompetencji społecznych, tj. siostry przejawiają więcej umiejętności potrzebnych do radzenia sobie w bliskich kontaktach z innymi niż bracia. Wystąpiły liczne związki między wymiarami relacji z rodzeństwem a kompetencjami społecznymi. Znaczenie uzyskanych rezultatów projektu rozpatrywane zarówno w kontekście funkcjonowania każdego człowieka, jak i rozwoju cywilizacyjnego całego społeczeństwa napawa optymizmem. Można bowiem przyjąć, że rodzeństwa cechujące się niskim poziomem konfliktowości będą bardziej skłonne wspierać się wzajemnie i pomagać sobie. Jest to szczególnie ważne w kontekście zjawiska wydłużania się średniej wieku i coraz dłuższego życia. Prawidłowy charakter relacji z rodzeństwem stanowi bowiem istotny czynnik psychologiczny wpływający na wzrost zdrowia psychicznego i satysfakcję z życia.

^a Uniwersytet Łódzki

Ocena satysfakcji z życia a poczucie skuteczności i styl wychowania w percepcji matek młodzieży z niepełnosprawnością w perspektywie zasobów zdrowia w systemie rodzinnym

/// **dr Katarzyna Wałęcka-Matuja**^a
dr Dominika Kurpiel^b

Współczesna sytuacja kobiety jako matki stawia przed badaczami nauk humanistycznych oraz społecznych szczególnie wiele pytań o naturę jej rozwoju i funkcjonowania. Analiza literatury przedmiotu zawiera wiele doniesień z badań nad jakością życia młodzieży niepełnosprawnej. Jednakże w ujęciu systemowym niepełnosprawność jest ujmowana jako zjawisko niekorzystne nie tylko dla samej jednostki, ale również dla jej rodziny. Zwykle źródłem wsparcia i punktem odniesienia w wielu sferach funkcjonowania dziecka z niepełnosprawnością w różnych okresach życia jest rodzic, a bardzo często matka. Celem przeprowadzonych badań było przedstawienie psychologicznego oblicza macierzyństwa w perspektywie procesu wychowania dziecka z niepełnosprawnością. Analizie poddano trzy obszary psychologicznego funkcjonowania matek: poziom jakości życia, poczucie własnej skuteczności oraz style wychowania. W badaniach uczestniczyła grupa 103 matek z województwa łódzkiego i pomorskiego. Średnia wieku badanych kobiet wynosiła 42 lata. Matki wychowujące młodzież z niepełnosprawnością o podłożu neurologicznym stanowiły grupę kliniczną (n=47), natomiast grupę porównawczą tworzyły matki wychowujące młodzież pełnosprawną (n=56). Zastosowano następujące metody: kwestionariusz wywiadu oraz standaryzowane kwestionariusze psychologiczne: Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) w adaptacji Z. Juczyńskiego, Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz Kwestionariusz Styl Wychowania w Rodzinie Własnej M. Ryś (2001). Rezultaty przeprowadzonych badań wskazały na statystycznie istotne różnice w obrębie stylów wychowania oraz prezentowanego niższego poziomu satysfakcji z życia w grupie matek adolescentów z niepełnosprawnością o obrazie neurologicznym. Nie zanotowano znaczących statystycznie różnic w obrębie poczucia własnej skuteczności między porównywanymi grupami matek młodzieży.

^a Uniwersytet Łódzki

^b Akademia Pomorska, Słupsk

Emocje przeżywane przez terapeutów wobec pacjentów z niepełnością mowy – badania quasi-eksperymentalne logopedów

/// **dr Grzegorz Wiącek**^a
prof. Wojciech Otrębski^a
mgr Kamila Dziopa^a
mgr Natalia Homa^a

Jąkanie jest jedną z form niepełności mowy. Zaburzenie to wiąże się z występowaniem różnorodnych reakcji indywidualnych i społecznych, które mogą zakłócać relacje osoby jąkającej się w różnych grupach społecznych. Na szczególną uwagę zasługują emocje pojawiające się w grupie zajmującej się profesjonalnym wsparciem (terapią) osób jąkających się, które są jednym z czynników kształtowania się postaw i zachowań w takiej relacji. Celem badań było znalezienie odpowiedzi na pytanie: Jakie jest zróżnicowanie emocji doświadczanych w kontakcie z osobami jąkającymi się przez profesjonalistów na różnym etapie kariery zawodowej logopedy (u studentów logopedii i logopedów)? Badania zostały przeprowadzone w modelu quasi-eksperymentalnym – prezentowano film pokazujący osoby jąkające się w różnych sytuacjach społecznych, a następnie dokonywano pomiaru emocji pozytywnych i negatywnych z wykorzystaniem „Skali Uczuć Pozytywnych i Negatywnych (SUPIN)” w opracowaniu P. Brzozowskiego. W badaniach wzięło udział 136 osób będących na różnym etapie kariery zawodowej logopedy (od początkujących studentów logopedii do doświadczonych terapeutów). Wyniki wykazały zróżnicowanie w zakresie emocji negatywnych doświadczanych przez osoby badane. W grupach studentów oraz terapeutów wzrost doświadczenia wiąże się z mniejszym nasileniem negatywnych emocji w kontakcie z oso-

bą jękającą się. Ogólne wnioski potwierdzają związek pomiędzy poziomem wiedzy i doświadczenia profesjonalnego a emocjami wobec osób jękających się.

^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Pozafarmakologiczne uwarunkowania zdrowienia w zaburzeniach z kręgu schizofrenii

/// **dr Bogumiła Witkowska** ^a

Celem badań było poznanie pozafarmakologicznych uwarunkowań procesu zdrowienia osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń z kręgu schizofrenii. Zbadano 134 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej lub psychozy schizoafektywnej. Z tej grupy wyodrębniono na podstawie autorskich kryteriów dwie podgrupy: z pozytywnym oraz negatywnym efektem zdrowienia. W badaniach zastosowano: Skalę Objawów Pozytywnych i Negatywnych (PANSS), Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29), Wielowymiarową Skalę Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHCL), Skalę Oceny Własnej Choroby, Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny (MSEI), Skale Oceny Relacji z Personelem, Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego oraz Ankiety własnego autorstwa. Stwierdzono istotne różnice pomiędzy wyodrębnionymi grupami w zakresie poczucia koherencji, oceny własnej choroby w aspekcie zagrożenia oraz znaczenia. Istotne różnice pomiędzy porównywanymi grupami odnotowano także w odniesieniu do częstotliwości uczestniczenia w następujących formach terapii: psychoterapia indywidualna, psychoterapia grupowa, psychoedukacja, terapia zajęciowa, klub pacjenta. W projektowaniu programów mających na celu wspomaganie zdrowienia pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń z kręgu schizofrenii należy uwzględniać pozafarmakologiczne metody leczenia oparte na terapii a także wzmacniać podmiotowe zasoby pacjentów.

^a Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce

Mental health problems of dyslexic children

/// **prof. Euelin Witruk** ^a

Based on the multilevel model of dyslexia developed by Betz and Breuninger (1998), the specific risk factors for mental health on the different levels will be discussed: On the level of primary causes of dyslexia, we have to consider the strong genetic determination of dyslexia, which can be connected with the visual and auditory deficits. Our studies are related to the hypothesis of the longer visible persistence and the hemispheric coordination problems. These biological caused problems lead on the higher cognitive level of secondary causes to partial performance deficits, which frequently recognized from the beginning of the school year by representing specific reading and writing failures. In dependency of the feedback, interaction and understanding of the environment the level of secondary symptoms will be developed with anxiety, labializations of the self-esteem, decrease of motivation, and in-acceptable behavior (e.g., aggression). Our studies showed the cultural differences and similarities of German and Korean teachers' knowledge and attitude regarding students with dyslexia. We proved the dependency of the strength of the secondary symptoms from environmental and teaching characteristics as well as in a cross-cultural perspective the comparison between Indonesian and German dyslexic children.

^a University of Leipzig

Czynniki biopsychospłeczne a ryzyko depresji w perspektywie 10 lat w oparciu o norweskie badania HUNT: zastosowanie regresji logistycznej

dr Dorota Włodarczyk^a
dr Magdalena Łazarewicz^a
prof. Geir Arild Espnes^b

Celem badania było sprawdzenie, na ile w oparciu o wybrane wskaźniki funkcjonowania fizycznego, społecznego i psychologicznego można przewidzieć ryzyko wystąpienia depresji w perspektywie 10 lat. Wykorzystano unikatową możliwość dostępu do danych z norweskich prospektywnych badań epidemiologicznych HUNT (HUNT2- lata 1995-1997 i HUNT3- lata 2006-2008). Do analiz włączono 22192 osób (55% kobiet) w wieku 17-76 (M=43,14; SD=11,76). Wskaźnikiem depresji był wynik (≥ 8) w podskali depresji w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS). Uwzględniono także: samoocenę stanu zdrowia (1 pytanie), więź społeczną (dwa jednopytaniowe wskaźniki) oraz samoocenę (Skala Samooceny Rosenberga, RSES) i poczucie sensu w życiu (1 pytanie). Po kontroli wybranych zmiennych socjomedycznych i depresji na HUNT2, istotnymi predyktorami niższego ryzyka depresji dziesięć lat później (HUNT3) były: samoocena stanu zdrowia (OR:0,79; 95%CI=0,72-0,87), posiadanie wystarczającej liczby przyjaciół (OR:0,80; 95%CI=0,72-0,91) i zaufanie wobec otoczenia (OR:0,92; 95%CI=0,88-0,96) oraz samoocena (OR:0,86; 95%CI=0,83-0,88) i poczucie sensu w życiu (OR:0,81; 95%CI=0,71-0,92). Wskaźniki wariancji wyjaśnianej przez model wyniosły 0,12 i 0,27. Wykorzystanie badań epidemiologicznych może stanowić cenne źródło danych do weryfikacji hipotez dotyczących długofalowego znaczenia zmiennych psychologicznych. Metoda ta posiada jednak pewne ograniczenia, które rzutują na zakres i złożoność analizowanych zagadnień.

^a Warszawski Uniwersytet Medyczny

^b Norwegian University of Science and Technology, Trondheim

Bolesne echo przeszłości. Styl przywiązania, poczucie wykluczenia a percepcja objawów somatycznych związanych z cyklem miesięcznym kobiet

dr Ewa Wojtyna^a
Gabriela Wawrzyczek^a
Małgorzata Ozimek^a
Marta Banout^a

Celem badania było określenie zależności pomiędzy stylem przywiązania, aktualnie odczuwanym poczuciem wykluczenia a nasileniem dolegliwości w cyklu miesięcznym kobiet. Badanie miało charakter przekrojowy i objęto nim 450 miesięczkujących kobiet. Wykorzystano następujące metody kwestionariuszowe: Kwestionariusz Stylów Przywiązania, Parental Bonding Instrument, Kwestionariusz Objawów Miesiączkowych, Termometr Bólu Społecznego (umożliwiający ocenę poczucia wykluczenia) oraz Numeryczną Skalę Bólu. Wyższe poczucie wykluczenia wiązało się z większym nasileniem objawów bólowych w trakcie miesiączki i bardziej nasilonymi objawami zespołu napięcia przedmiesiączkowego. Lękowy i unikający styl przywiązania sprzyjały większemu poczuciu wykluczenia i bardziej nasilonym dolegliwościom somatycznym. Wykluczenie było silniej związane z wysoką nadkontrolą matki i jej mniejszą troską względem osoby badanej. Poczucie wykluczenia i niesprawiedliwości sprzyjało dłuższemu utrzymywaniu się dolegliwości oraz większej ich uciążliwości. Wykazano istotną rolę poczucia wykluczenia jako mediatora pomiędzy lękowym stylem przywiązania a nasileniem objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego oraz nasileniem dolegliwości bólowych. Osoby o wysokim poczuciu wykluczenia wykazywały silniejszą tendencję do sięgania po środki przeciwbólowe (OR=2,6) w porównaniu z osobami nie odczuwającymi frustracji społecznej. Ból społeczny jest ważnym czynnikiem obniżającym próg wrażliwości na objawy bólowe oraz przedmiesiączkowe u kobiet. Praca nad obniżeniem dyskomfortu związanego z poczuciem wykluczenia, szczególnie u osób z lękowym stylem przywiązania, może przynieść redukcję nasilenia dolegliwości okołomiesiączkowych.

^a Uniwersytet Śląski, Katowice

Wsparcie społeczne a kondycja psychofizyczna nieformalnych opiekunów osób chorujących z powodu nowotworów

/// **mgr Katarzyna Woźniak^a**
prof. Dariusz Iżycki^a

Dynamiczny rozwój diagnostyki i terapii nowotworów sprawił, że całkowite przeżycia pacjentów leczonych z powodu raka uległy istotnemu wydłużeniu. Stwarza to konieczność zapewnienia długoterminowej opieki nad pacjentem. Coraz częściej nieformalni opiekunowie przejmują obowiązki związane z nadzorem nad pacjentem niewymagającego hospitalizacji. Trudny towarzyszenia osobie chorej wpływać mogą na dobrostan psychofizyczny wspierających. Prezentowana praca prezentuje przegląd badań dotyczących kondycji psychofizycznej nieformalnych opiekunów oraz przedstawia projekt pracy doktorskiej pt. „Obiektywne i subiektywne implikacje wsparcia społecznego u osób towarzyszących chorym onkologicznie”. Celem rozprawy jest ocena negatywnych i pozytywnych konsekwencji udzielania wsparcia osobom chorym. W pracy określony zostanie związek pomiędzy wsparciem społecznym, rozumianym jako zasób a kosztami i zyskami wynikającymi z opieki nad chorym, doświadczanych przez osoby towarzyszące. Podstawowa teza pracy wywodzi się z podejścia transakcyjnego wsparcia, w którym podkreśla się znaczenie dopasowania wsparcia udzielanego do oczekiwań i potrzeb wspieranego. W ramach promocji oraz profilaktyki zdrowia chorób nowotworowych tworzone są kampanie, podkreślając konieczność badania się, prowadzenia zdrowego stylu życia, uświadamiające, że nowotwór można pokonać, godnie z nim żyć. Adresatami kampanii jest całe społeczeństwo, osoby będące w grupach ryzyka, pacjenci. Rządkiem porusza się temat kondycji psychofizycznej oraz potrzeb nieformalnych opiekunów. Celem niniejszego wystąpienia jest zwrócenie uwagi oraz wymiana poglądów na temat zdrowia nieformalnych opiekunów osób chorych.

^a Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań

Kontrola choroby a nasilenie objawów psychoastmatycznych

/// **mgr Agnieszka Woźniowicz^a**
dr Ewa Szykiewicz^b

Celem badania było określenie nasilenia objawów psychoastmatycznych w zależności od stopnia kontroli choroby, dodatkowo uwzględniono takie czynniki jak wiek, płeć, czas trwania choroby oraz współwystępowanie innych chorób. Zbadano 100 osób chorych na astmę, celowo dobrano 50 osób z astmą kontrolowaną i 50 z astmą niekontrolowaną. Grupa liczyła 62 kobiety i 38 mężczyzn, średnia wieku dla całej grupy to 50 lat (SD=16), średni czas trwania choroby wynosił 16 lat (SD=13). Użyto Test Kontroli Astmy autorstwa R.A. Nathana aby określić stopień kontroli choroby, Skalę Przebiegu Astmy Oskrzelowej J. Gierusa i K. Popielskiego do pomiaru nasilenia objawów psychologicznych związanych z astmą oskrzelową oraz metryczkę celem zebrania zmiennych demograficznych. Osoby starsze, dłużej chorujące oraz te, u których występuje dodatkowa choroba cechuje niższa kontrola astmy. Wyższe nasilenie objawów psychoastmatycznych stwierdzono u osób dłużej chorujących, starszych i z niższą kontrolą astmy. Kontrola choroby koreluje z nasileniem objawów psychoastmatycznych. Kontrola choroby, interakcja kontroli choroby i wieku oraz interakcja kontroli choroby, czasu trwania choroby i współwystępowanie chorób w istotnym stopniu wyjaśniają zmienność nasilenia objawów psychoastmatycznych. Pacjenci, których cechuje cięższy przebieg choroby czyli o słabszej kontroli astmy, z współwystępującymi chorobami oraz chorujący dłużej doświadczają więcej objawów psychoastmatycznych.

^a Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

^b Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń

Funkcjonalny Model Zdrowia jako teoretyczna podstawa promocji zdrowia. Badania chorych z białaczką leczonych metodą transplantacji szpiku kostnego

/// **prof. Helena Wrona-Polańska**^a

Celem doniesienia jest ukazanie autorskiego Funkcjonalnego Modelu Zdrowia (FMZ) jako propozycji teoretycznej w promocji zdrowia chorych z białaczką po transplantacji szpiku kostnego. FMZ został oparty na teoriach stresu Lazarusa i Folkmana (1984), Hobfolla (1989) oraz salutogenezy Antonovskiego (1979). Zdrowie w tym modelu jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem a kluczowymi mechanizmami psychologicznymi są zasoby podmiotowe, które bezpośrednio i pośrednio wpływają na zdrowie. Wywiad standaryzowany i kwestionariusze: stresu STAI Spielbergera, strategii (CHIP) i stylów radzenia (CISS) Endlera, Parkera, poczucia koherencji (SOC-29) Antonovskiego i samooceny Rosenberga Zdrowie zdefiniowano operacyjnie wykorzystując 10-stopniowe skale szacunkowe w wersji dla pacjenta i lekarza. Przebadano 141 chorych z białaczką leczonych w Klinice Hematologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, Collegium Medicum, w czasie kontroli lekarskiej. Analiza regresji krokowej i analiza ścieżek ujawniła, że kluczowymi psychologicznymi mechanizmami powrotu do zdrowia są zasoby podmiotowe: poczucie koherencji i samoocena, które zasilają ścieżkę instrumentalnego radzenia wiodącą do zdrowia i przeciwdziałają stresowi, który jest „osią” zdrowia i wskaźnikiem skutecznego bądź nieskutecznego zmagania się z chorobą i leczeniem. Badania ukazały znaczącą rolę Funkcjonalnego Modelu Zdrowia dla promocji zdrowia poprzez wzmacnianie zasobów, uczenie skutecznych strategii zmagania się ze stresem i regulacji emocji oraz psychoedukację.

^a Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej, Kraków

Obraz siebie u młodych kobiet z cukrzycą typu 1

/// **mgr Paulina Wróbel**^a

Celem pracy było zbadanie wybranych uwarunkowań obrazu samych siebie w grupie młodych kobiet z cukrzycą typu 1. W analizach uwzględniono: obraz własnej choroby pacjentek, ich stan afektywny, style radzenia sobie w sytuacjach trudnych, wsparcie społeczne oraz poziom wyrównania metabolicznego. Badaniami objęto 32 kobiety z cukrzycą typu 1 w wieku 19-30 lat. Badane wypełniały krótki kwestionariusz ankiety na temat wyrównania metabolicznego, Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny (MSEI), Skróconą Wersję Kwestionariusza Percepcji Choroby (KPCh), Skalę Uczuć Pozytywnych i Negatywnych (SUPIN), Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) oraz Berlińskie Skale Wsparcia Społecznego (BSSS). Obraz siebie u młodych kobiet z cukrzycą typu 1 okazał się związany z niektórymi komponentami reprezentacji własnej choroby, radzenia sobie, wsparcia społecznego oraz z poziomem wyrównania glikemii. Stwierdzono także zależności pomiędzy sposobem spostrzegania cukrzycy a radzeniem sobie, preferowanymi stylami radzenia sobie i wsparciem społecznym oraz wyrównaniem metabolicznym i obrazem własnej choroby, kontrolą glikemii i radzeniem sobie oraz kontrolą metaboliczną i wsparciem społecznym. Związki stanu afektywnego z obrazem siebie oraz jego uwarunkowaniami nie zostały potwierdzone. Ujawniono jedynie dodatni związek emocjonalności pozytywnej z rozumieniem swojej choroby. U młodych kobiet z cukrzycą typu 1 sposób postrzegania siebie i swojej choroby oraz utrzymywanie właściwego poziomu cukru we krwi są uzależnione od indywidualnych charakterystyk każdej z pacjentek. Z samooceną istotnie wiąże się zarówno wykształcona reprezentacja cukrzycy, sposób radzenia sobie z trudnościami, stopień kontroli metabolicznej, jak i uzyskiwane wsparcie ze strony innych. Czynniki te wzajemnie na siebie oddziałują, tworząc w przypadku każdej badanej osoby swoistą konstelację, decydując o jej obrazie siebie. Stwierdzony w toku analiz brak zależności między stanem emocjonalnym młodych kobiet z cukrzycą typu 1 a pozostałymi czynnikami wymaga dalszych badań.

^a Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Promocja zdrowia w szkole – założenia a szkolna rzeczywistość /// **dr Olga Wyżga^a**

Promocja zdrowia w polskich szkołach bardzo często bywa traktowana jako „koło zapasowe- od czasu do czasu można go użyć i mieć co pokazać w czasie kontroli”(M. Sokołowska, 2006). Celem opracowania było rozpoznanie szkolnej rzeczywistości dotyczącej realizacji promocji zdrowia w tym siedlisku. Metodą badawczą był sondaż przeprowadzony przy pomocy techniki ankiety w grupie 174 nauczycieli pracujących w szkołach podstawowych i gimnazjalnych, w województwie małopolskim. Na podstawie analizy wyników przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż w badanych placówkach nauczyciele znają zakres treści, które powinni realizować w ramach promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Najczęściej ich działania dotyczą takich obszarów jak: znaczenie higieny osobistej, aktywności fizycznej i zdrowego odżywiania dzieci i młodzieży (94% badanych wskazywało te obszary). Kwestie dotyczące promocji zdrowia psychicznego w szkołach już kształtują się znacznie słabiej. Tylko 51% badanych nauczycieli wskazywało tematy dotyczące np. sposobów radzenia sobie z negatywnymi emocjami czy stresem w szkole. Podsumowując badania nauczyciele promocję zdrowia traktują jako działania dodatkowe. Niejednokrotnie zgłaszają brak przygotowania do realizacji treści z tego obszaru. Bardzo często czują się tylko realizatorami zadań szkoły w tym zakresie nie uważając równocześnie by szkoła jako miejsce ich pracy dla nich samych była środowiskiem promującym zdrowie.

^a Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej, Kraków

Zdrowie psychiczne studentów – jakie jest i dlaczego warto o nim mówić? /// **dr Lidia Zabłocka-Żytka^a**

dr Ewa Witkowska^a
dr Sylwia Kluczyńska^a
dr Ewa Sokołowska^a
mgr Joanna Wojda-Kornacka^a

Celem referatu jest przedstawienie najnowszych doniesień badawczych ze świata i Europy dotyczących zdrowia psychicznego studentów oraz wyników badań w grupie 600 studentów uczelni warszawskich. Doświadczanie przez studentów zaburzeń w obszarze zdrowia psychicznego może stanowić istotną przeszkodę w adaptacji do życia akademickiego oraz realizacji zadań akademickich. Badania polskich studentów zrealizowano w okresie luty-kwiecień 2014 roku przez zespół pracowników Instytutu Psychologii Stosowanej APS W Warszawie, przy okazji tworzenia wielowymiarowego narzędzia do oceny zdrowia psychicznego. Narzędzie to składa się z 60 itemów, które badają cztery obszary zdrowia psychicznego w rozumieniu pozytywnym oraz wskaźniki zdrowia psychicznego w ujęciu negatywnym. Przegląd dostępnych wyników badań oraz badań własnych wskazuje na wzrost rozpowszechnienia zaburzeń emocjonalnych i psychicznych wśród młodych ludzi, a także na zmianę charakteru trudności zgłaszanych przez studentów w poradniach zdrowia psychicznego. Aktualnie, studenci zgłaszający się do poradni prezentują bardziej złożoną problematykę, łącząca niejednokrotnie wiele różnych objawów oraz zaburzeń, w tym często silny lęk, nadużycia seksualne oraz zaburzenia osobowości. Niezbędne jest stałe monitorowanie zdrowia psychicznego studentów, którzy stają u progu dorosłości i nowych zadań. Wiedza na temat rozpowszechnienia zaburzeń zdrowia psychicznego jest szansą na organizowanie niezbędnej pomocy np. w formie konsultacji psychiatrycznych, poradnictwa psychologicznego czy upowszechnienia na uczelniach wyższych promocji zdrowia psychicznego.

^a Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa

Specyfika i pomiar zachowań zdrowotnych w okresie późnej dorosłości – prezentacja Kwestionariusza Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów ///

dr Magdalena Zadworna-Cieślak^a
dr Martyna Kaflik-Pieróg^a
dr Dorota Strzelczyk^a

Zachodzące procesy demograficzne skłaniają do analiz stylu życia i jego uwarunkowań wśród osób w wieku późnej dorosłości. W referacie zostanie zaprezentowana sytuacja zdrowotna seniorów w Polsce oraz powiązania stylu życia ze stanem zdrowia. Dokonana zostanie analiza specyfiki zachowań zdrowotnych osób w wieku senioralnym. Ponadto, zostanie zaprezentowany Kwestionariusz Zachowań Zdrowotnych dla Seniorów w opracowaniu M. Zadwornej-Cieślak, służący do pomiaru zachowań zdrowotnych osób powyżej 60 roku życia. Narzędzie składa się z 24 pozycji i pozwala na obliczenie ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych oraz pięciu czynników tj. zachowań związanych z dbaniem o kondycję umysłową, emocjonalną (pozytywne nastawienie do życia), zdrowie fizyczne, zdrowie publiczne (ochrona środowiska) oraz zachowań medycznych.

^a Społeczna Akademia Nauk, Łódź

Wpływ rodziców na dietę i aktywność fizyczną oraz zmianę indeksu masy ciała adolescentów z nadwagą i otyłością ///

mgr Karolina Zarychta^a
prof. Barbara Mullan^b
mgr Karolina Horodyska^a
prof. Aleksandra Łuszczynska^{a, c}

Badano związek pomiędzy spostrzeganymi zachowaniami rodziców (dieta i aktywność fizyczna rodziców oraz werbalna presja rodziców) i zmianami w indeksie masy ciała (BMI) wśród adolescentów z nadwagą i otyłością. Przeprowadzono trzy pomiary w odstępie 2 miesięcy między pomiarem 1 (T1) a pomiarem 2 (T2) oraz 11 miesięcy między pomiarem 2 (T2) i pomiarem 3 (T3). Adolescenti (N = 100), w wieku 13-19 lat z BMI wyższym niż 24,01, proszeni byli o wypełnienie kwestionariusza mierzącego ich dietę, aktywność fizyczną i spostrzeganie zachowań rodziców. Waga i wzrost osób badanych ustalane były za pomocą miar obiektywnych. Adolescenti, którzy uzyskiwali wyższe wyniki na skali spostrzeganej diety i aktywności fizycznej rodziców (T1) zdrowiej się odżywiali, uprawiali więcej aktywności fizycznej oraz prowadzili zdrowszy tryb życia (T2 i T3), a w konsekwencji mieli niższy poziom BMI (T3). Z drugiej strony, nie znaleziono żadnych efektów pośrednich spostrzeganej werbalnej presji rodziców (T1) na BMI (T3) adolescentów poprzez ich zachowania związane z dietą i aktywnością fizyczną (T2). Rola zdrowych zachowań rodziców powinna być brana pod uwagę przy tworzeniu programów prewencji i leczenia nadwagi i otyłości adolescentów.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wrocław

^b Curtin University of Technology, Perth

^c University of Colorado

Wpływ cech osobowości i stylu poznawczego na aktywność w procesie leczenia w grupie pacjentów ze skrajną niewydolnością nerek ///

dr Mateusz Zatorski^a
mgr Aleksandra Tomaszek^b

Celem badania było znalezienie odpowiedzi na pytanie o wpływ zmiennych osobowościowych na stopień

zaangażowania pacjentów w proces leczenia. Uczestnikami badania byli pacjenci ze skrajną niewydolnością nerek leczeni metodą hemodializ (N = 58). Udział pacjentów w procesie leczenia obserwowano na poziomie; współpracy z personelem medycznym i aktywnym poszukiwaniu alternatywnych form leczenia (transplantacji). Wśród zmiennych psychologicznych uwadze podlegały między innymi; refleksyjność, ugodowość, sumienność, a także coping. Dane dotyczące procesu leczenia zbierano od pacjentów, a także od pielęgniarek i lekarzy stosując autorską ankietę. Do pomiaru zmiennych psychologicznych wykorzystano między innymi; Langer Mindfulness Scale (LMS), Inwentarz Osobowości (NEO-FFI). Wyniki wskazują między innymi, że pacjentów podejmujących działania zmierzające do transplantacji charakteryzuje większa sumienność, $t(57) = 2,18$; $p < 0,04$. Wpływ na decyzję o typie transplantacji ma aktywny styl radzenia sobie ze stresem, $t(22) = 2,24$; $p < 0,04$, a także ugodowość i elastyczność poznawcza. Dobrej jakości współpracy wszystkich badanych pacjentów z personelem medycznym towarzyszy refleksyjny i twórczy styl poznawczy, $r = 0,35$; $p < 0,01$. Uzyskane wyniki mogą stanowić ważną informację ułatwiającą rozumienie postawy pacjenta względem akceptowanych form leczenia. Badania wskazują także na szansę zwiększenia poziomu współpracy z personelem dzięki pracy terapeutycznej nad zwiększeniem elastyczności poznawczej pacjentów.

^a Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Poznań

^b Warszawski Uniwersytet Medyczny

Samoocena i gotowość do samonaprawy a dobrostan

/// **prof. Anna Maria Zawadzka**^a
prof. Małgorzata Niesiołowska^a

Celem badania była odpowiedź na pytanie, w jakim stopniu samoocena indywidualna i samoocena kolektywna w powiązaniu z gotowością do samonaprawy wiążą się z dobrostanem poznawczy, afektywnym i fizycznym. W badaniach wzięły udział 252 osoby, 113 mężczyzn i 139 kobiet. Uczestnicy wypełnili RSE skalę samooceny (Rosenberga), CSE skalę samooceny kolektywnej (Luhtanen, Crocker), SRSI skalę gotowości do samonaprawy (Zawadzkiej) oraz różne miary oceny dobrostanu (drabina Cantrila, Kwestionariusz jakości życia SF-36 Tylki, Piotrowicza) itp. Wyniki analizy statystycznej wykazały, że samoocena indywidualna jest istotnym predyktorem dobrostanu afektywnego oraz oceny aktualnego stanu zdrowia oraz razem z samooceną kolektywną dobrostanu poznawczego. Natomiast gotowość do samonaprawy istotnie wiązała się z oceną spostrzeganej zmiany stanu zdrowia.

^a Uniwersytet Gdański

Sprężystości psychiczna jako mediator związku pomiędzy radzeniem sobie a emocjonalnym funkcjonowaniem chorych na cukrzycę typu I

/// **prof. Michał Ziarko**^a
mgr Michał Sieński^a

Cukrzyca jest krytycznym wydarzeniem życiowym, wymagającym od chorego przystosowania się do nowej, zmienionej sytuacji życiowej. Proces adaptowania się do niej może być rozumiany w oparciu o transakcyjne ujęcie stresu. W koncepcji tej zakłada się, że końcowy efekt transakcji stresowej wyznaczany jest między innymi przez zasoby i strategie radzenia sobie. Jednym z kluczowych zasobów jest sprężystość psychiczna, której przypisuje się status metazasobu. Powstaje problem, czy rzeczywiście sprężystość psychiczną można przypisać status metazasobu zarządzającego wykorzystaniem strategii radzenia sobie? W badaniu wzięli udział chorzy na cukrzycę typu I (N=229), w wieku pomiędzy 22 a 45 lat (M=30,25; SD=10,33). W próbie przeważały kobiety było ich 141. Pacjenci wypełniali zestaw kwestionariuszy składający się z: Inwentarza do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem Mini-COPE; Skali Satysfakcji z Życia, Skali Depresji CES-D,

Kwestionariusza Sprężystości Psychiczej. Wyniki: Uzyskane dane analizowano z wykorzystaniem procedury mediacji prostej. Uzyskane wyniki wskazują, że sprężystość psychiczna pełni funkcję mediatora w relacji pomiędzy strategiami radzenia sobie skoncentrowanymi na problemie i emocjach a depresją i lękiem. Nie można natomiast przypisać je takie funkcji w relacji pomiędzy dysfunkcjonalnymi strategiami radzenia sobie a depresją i lękiem. Wyniki wskazują, że sprężystość psychiczna jest czynnikiem wpływającym na przebieg transakcji stresowej. Dzięki jej wysokiemu poziomowi osoby chore na cukrzycę aktywizują wykorzystanie strategii skoncentrowanych na problemie i emocjach.

^a Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań

Trudne rozmowy – przekazywanie niepomyślnych wiadomości pacjentom onkologicznym z perspektywy lekarskiej

///
mgr Paulina Zielińska^a
dr Magdalena Jarosz^b
mgr Agnieszka Kwiecińska^c
prof. Barbara Bętkowska-Korpała^a

Zbadanie kompetencji w zakresie przekazywania niepomyślnych informacji wśród lekarzy specjalności związanych z leczeniem przyczynowym i objawowym pacjentów onkologicznych oraz identyfikacja głównych problemów i przeszkód związanych z komunikacją w tej specyficznej sytuacji. Badanie przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety na grupie 80 lekarzy specjalności związanych z leczeniem przyczynowym i objawowym pacjentów onkologicznych. Dobór próby przeprowadzona metodą kuli śnieżkowej. Badani lekarze wysoko ocenili swoje umiejętności w zakresie przekazywania niepomyślnych wiadomości: 80% uznało je za dobre lub bardzo dobre. Większość badanych prowadzi rozmowy o niepomyślnej diagnozie i rokowaniu opierając się na własnej intuicji (90%), naśladując starszych kolegów (56%) oraz postępując się umiejętnościami nabytymi podczas szkoleń (54%). Niewielu z badanych (15%) opiera się na technikach komunikacyjnych dedykowanych przekazywaniu niepomyślnych wiadomości (np. SPIKES). W przekazywaniu niepomyślnych wiadomości za sprawiające największy dyskomfort badani uznali: poczucie odbierania choremu nadziei (61%), lęk przed okazywanymi emocjami pacjenta (52%) i poczucie własnej bezradności (46%). Przekazywanie niepomyślnych informacji to trudna i obciążająca sytuacja komunikacyjna tak dla lekarzy jak i pacjentów. Istotna rola dobrej komunikacji w relacji lekarza z pacjentem jest już dziś oczywista. Jak pokazują wyniki niniejszego badania istnieje potrzeba edukacji lekarzy w zakresie technik komunikacyjnych dedykowanych przekazywaniu niepomyślnych wiadomości, szczególnie w obszarze radzenia sobie z emocjami manifestowanymi przez pacjenta oraz własnymi emocjami lekarza. Otrzymane wyniki zachęcają do przeprowadzenia badania na większej grupie lekarzy.

^a Uniwersytet Jagielloński, Kraków

^b Uniwersyteckie Centrum Okulistyki i Onkologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Katowice

^c Hospicjum św. Łazarza, Kraków

Długość abstynencji jako moderator związku pocieszenia i zmagania religijnego z jakością życia Anonimowych Alkoholików

///
mgr Dominika Ziółkowska^a
prof. Jacek Śliwak^a
dr Beata Zarzycka^a
dr Agata Goździewicz-Rostankowska^b
dr Anna Tychmanowicz^c

Celem prezentowanych badań jest analiza zależności między pocieszeniem i napięciem religijnym a poczuciem jakości życia osób uzależnionych od alkoholu, uczestniczących w grupie wsparcia dla Anonimowych Alkoholików. Testowano również efekt interakcji długości abstynencji na zależność między zmiennymi

pocieszenie i napięcie religijne oraz poczucie jakości życia. W badaniach udział wzięło 100 mężczyzn w wieku od 28 do 69 lat ($M = 49,92$; $SD = 10,04$). Zastosowano następujące metody: Skalę Pocieszenia i Napięcia Religijnego autorstwa Yali, Exline, Wood i Worthington oraz Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia dla Dorosłych R. L. Schalocka i K. D. Keitha. Rezultaty badań ujawniły istotną, dodatnią zależność między pocieszeniem religijnym i jakością życia u mężczyzn uzależnionych o alkoholu, należących do grup AA. Lęk i poczucie winy przed Bogiem korelowały ujemnie z poczuciem jakości życia. Długość abstynencji moderowała zależność między pocieszeniem religijnym i poczuciem jakości życia uczestników grup wsparcia dla AA: badani z długim okresem abstynencji i wysokim poziomem wsparcia religijnego posiadali najwyższy poziom poczucia jakości życia.

-
- ^a Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II
^b Uniwersytet Gdański
^c Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin

Własna ocena zachowań żywieniowych kobiet w okresie ciąży

/// **mgr Monika Zwijacz**^a
mgr Agnieszka Wnuk^a

Celem badania było określenie trafności oceny własnych nawyków żywieniowych wśród kobiet przed i w okresie ciąży. Zbadano również wpływ wieku i wykształcenia na dietę oraz sprawdzono wiedzę matek na temat konieczności modyfikacji sposobu odżywiania w czasie oczekiwania na dziecko. Badaniem objęto 440 kobiet w wieku 19 – 42 lat ($28,7 \pm 4,36$). Narzędziem badawczym była ankieta własnego autorstwa. Kobiety były pytane o aktualną sytuację socjoekonomiczną, zachowania żywieniowe oraz aktywność fizyczną przed i w czasie ciąży. Prawie 61% badanych posiadało wykształcenie wyższe, a ponad 38% średnie lub zawodowe. Zależność pomiędzy wykształceniem, a rodzajem diety była istotna statystycznie. Wyższy poziom wykształcenia warunkował lepsze nawyki żywieniowe przed i w okresie ciąży. Starsze kobiety odznaczały się większą świadomością konieczności podejmowania aktywności fizycznej przed i w okresie oczekiwania na dziecko. Większość respondentek oceniała swoją dietę, jako „zdrową”, pomimo iż spożywane przez nie produkty na to nie wskazywały. Zaobserwowano poprawę sposobu żywienia po zajściu w ciążę. Kobiety nie potrafią obiektywnie ocenić swoich nawyków żywieniowych. Potwierdza to wyniki badań innych autorów. Wśród respondentek można wyróżnić trzy rodzaje podejścia do okresu ciąży. Pierwsza preferowała całkowitą zmianę swojej diety w czasie ciąży, druga grupa przyjmowała „elastyczne” metody żywienia, trzecia, najmniejsza grupa, nie dokonywała żadnych radykalnych zmian w tym okresie. Wyższe wykształcenie i starszy wiek korelował z większą świadomością i zoptymalizowaną dietą.

-
- ^a Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Samoocena i jej związek z oceną własnego zdrowia psychicznego w okresie starości na przykładzie osób korzystających z opieki instytucjonalnej

/// **mgr Karolina Żbikowska**^a
mgr Joanna Bitner^a

Sprawdzenie zależności między wskaźnikami ogólnego stanu zdrowia psychicznego a poziomem samooceny w okresie starości. W badaniu wzięło udział 167 osób (98 kobiet, 69 mężczyzn) w wieku 60-90 lat ($M = 73$, $SD = 6,28$) korzystających z Domów Dziennego Pobytu. Ogólny poziom samooceny oceniano na podstawie Skali Samooceny Rosenberga (SES), a oceny stanu zdrowia psychicznego dokonano na podstawie Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 według Goldberga. Otrzymano negatywne korelacje, istotne na poziomie $p < 0,05$, między poziomem samooceny a skalami GHQ-28: symptomami somatycznymi ($r = -0,42$), niepokojem, bezsennością ($r = -0,45$), zaburzeniami funkcjonowania ($r = -0,53$), symp-

tomami depresji ($r=-0,60$) oraz ogólnym wskaźnikiem zdrowia psychicznego ($r=-0,57$). Im wyższy poziom ogólnej samooceny, tym niższe wyniki w zakresie symptomów somatycznych, niepokoju i bezsenności, zaburzeń funkcjonowania i symptomów depresji, jak również w zakresie ogólnego stanu zdrowia psychicznego. Na podstawie analizy regresji wielorakiej stwierdzono, że istotnymi predyktorami poziomu samooceny są symptomy depresji ($b^*=-0,51$, $p<0,001$) oraz zaburzenia funkcjonowania społecznego ($b^*=-0,30$, $p<0,001$). Poziom samooceny osób znajdujących się w okresie wczesnej i późnej starości w istotny sposób wiąże się z wybranymi wskaźnikami zdrowia psychicznego.

Największe znaczenie dla poziomu samooceny w starości mają symptomy depresji oraz zaburzenia w zakresie funkcjonowania społecznego. Wysoki poziom samooceny może stanowić istotny czynnik poprawiający subiektywną ocenę stanu własnego zdrowia psychicznego w okresie starości.

^a Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

Dystres, lęk i depresja u kobiet z mutacją genu BRCA1 i/lub BRCA2 – przegląd badań

///

mgr Karolina Żbikowska ^a
prof. Paweł Izdebski ^a

W ostatnich latach znacznie wzrosła częstotliwość wykonywanych badań w kierunku obecności mutacji genów BRCA1 i BRCA2, znacznie zwiększających ryzyko zachorowania na nowotwory piersi i jajnika. U kobiet z mutacją genu BRCA1 ryzyko zachorowania na raka piersi wynosi od ok. 64 do 87%, a ryzyko rozwoju raka jajnika wynosi od ok. 15 do 60%. W przypadku mutacji genu BRCA2 ryzyko to jest nieznacznie niższe. Celem wystąpienia jest zaprezentowanie wyników badań dotyczących związku wyniku badania genetycznego (pozytywny lub negatywny) z poziomem dystresu, lęku i depresji u kobiet wykonujących te badania. Wyniki nie są jednoznaczne: niektóre wskazują na wzrost nasilenia analizowanych zmiennych u kobiet z mutacją, inne – na spadek ich nasilenia u kobiet z mutacją, a kolejne – na brak związku wyniku badania genetycznego z poziomem lęku, depresji i dystresu. W związku z tym nie ma pewności, czy informacja o posiadaniu mutacji genu BRCA1 i/lub BRCA2 jest do świadczeniem mającym pozytywne czy negatywne konsekwencje dla funkcjonowania osoby, u której rozpoznano mutację.

^a Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz