



Złożenie pracy online:
2025-02-27 13:18:17
Kod pracy:
13526/46307/CloudA

Marta Adamowicz
(nr albumu: 24943)

Praca magisterska

Style radzenia sobie ze stresem, poziom stresu a zdrowie psychiczne polskich emigrantów w Norwegii

Coping styles, stress levels and mental health of Polish emigrants in Norway

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-
Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Adrianna Othmani

„Niektórzy ludzie pojawiają się w naszym życiu i odciskają w nim ślad tak głęboki, że już nigdy nie jesteśmy tacy sami." Pragnę serdecznie podziękować mojej Promotor, dr Adriannie Othmani, za nieocenioną pomoc, inspirację i wiarę w moje możliwości. Mojemu mężowi, Pawłowi, za cierpliwość, wyrozumiałość i towarzyszenie mi w tej drodze. Dziękuję także moim przyjaciołom, a szczególnie Katarzynie, za wsparcie, motywację i obecność, które dodawały mi sił w najtrudniejszych momentach. Wyrazy wdzięczności kieruję również do „Władców Umysłów” – za inspirację, cenne rozmowy i nieocenione wsparcie na tej drodze.



Streszczenie

Celem niniejszej pracy jest analiza stylów radzenia sobie ze stresem, poziomu stresu oraz ich wpływu na zdrowie psychiczne polskich imigrantów w Norwegii. Dokonano przeglądu pojęć oraz teorii dotyczących tematyki emigracji, stresu, stylów oraz sposobów radzenia sobie ze stresem a także zdrowia oraz zdrowia psychicznego. Przeanalizowano pięć najważniejszych zaburzeń psychicznych występujących w Norwegii do których należą zaburzenia lękowe, depresja, zaburzenia związane z nadużywaniem substancji, zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania, zaburzenia psychotyczne oraz przedstawiono dane dotycząca samobójstw. Badania empiryczne przeprowadzono na grupie polskich emigrantów zamieszkujących Norwegię wykorzystując standaryzowane narzędzia psychometryczne takie jak Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS), Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) oraz kwestionariusz Oceny Zdrowia Psychicznego według D. Goldberga w rozszerzonej wersji 28(GHQ28). W wyniku zastosowanej metody ilościowej dokonano analizy zależności pomiędzy poziomem obciążeń stresowych, stylami radzenia sobie ze stresem a zdrowiem psychicznym respondentów. Przeprowadzone badania zostały poddane analizie statystycznej i psychometrycznej w celu oceny ich trafności i rzetelności. Wyniki analizy posłużyły do weryfikacji postawionych hipotez oraz odpowiedzi na sformułowane problemy badawcze.

Słowa kluczowe

stres, style radzenia sobie ze stresem, zdrowie psychiczne, emigracja, Norwegia

Abstract

The purpose of this paper is to analyze coping styles, stress levels and their impact on the mental health of Polish immigrants in Norway. It reviews concepts and theories about emigration, stress, coping styles and ways of coping with stress, as well as health and mental health. The five most important mental disorders in Norway are analyzed, including anxiety disorders, depression, substance abuse disorders, sleep disorders, eating disorders, psychotic disorders and suicide data. Empirical research was conducted on a group of Polish expatriates living in Norway using standardized psychometric tools such as the Perception of Stress Questionnaire (KPS), the Coping with Stressful Situations Questionnaire (CISS) and the Mental Health Assessment Questionnaire according to D. Goldberg in the expanded version 28 (GHQ28). As a result of the quantitative method used, the relationship between the level of stress burden, coping styles and mental health of the respondents was analyzed. The conducted surveys were subjected to statistical and psychometric analysis to assess their relevance and reliability. The results of the analysis were used to verify the hypotheses and answer the formulated research problems.

Keywords

stress, coping styles, mental health, emigration, Norway



Spis treści

Wstęp	3
Rozdział 1 Migracja	7
1.1. Definicja i rodzaje migracji	7
1.2. Teorie migracyjne	11
1.3. Emigracji Polaków do Norwegii	14
Rozdział 2 Stres	21
2.1. Definicja i rodzaje stresu	21
2.2. Style radzenia sobie ze stresem	31
2.3. Strategie radzenia sobie ze stresem	36
Rozdział 3 Zdrowie psychiczne	41
3.1. Definicje zdrowia.....	41
3.2. Zdrowie psychiczne	44
3.3. Przegląd zdrowia psychicznego w Norwegii.....	51
3.3.1. Zaburzenia lękowe	57
3.3.2. Depresja	62
3.3.3. Zaburzenia związane z nadużywaniem substancji.....	65
3.3.4. Zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia, zaburzenia kompulsywnego objadania się)	79
3.3.5. Zaburzenia psychiatryczne (Schizofrenia)	85
3.4. Samobójstwa w Norwegii.....	87
Rozdział 4 Metodologia badań własnych	93
4.1. Problemy i hipotezy badawcze	93
4.2. Zastosowane metody badań	94
4.2.1. GHQ-28 General Health Questionnaire	94
4.2.2. KPS Kwestionariusz Poczucia Stresu	95
4.2.3. CISS Coping Inventory for Stressful Situations	96
4.2.4. Autorska ankieta	97
4.3. Charakterystyka badanej grupy	97
4.4. Procedura badania.....	105
Rozdział 5 Analiza wyników badań własnych i ich psychologiczna interpretacja.....	107



5.1. Narzędzia analizy statystycznej	107
5.2. Dyskusja wyników	128
Ograniczenia badań	132
Zakończenie	133
Bibliografia	135
Spis tabel	144
Spis rysunków.....	146
Spis wykresów.....	148



Wstęp

W literaturze stres, style oraz sposoby radzenia sobie z sytuacjami stresowymi są przedmiotem nieustannych badań. Wiele prac naukowych dotyczy stresu pojawiającego się w życiu zawodowym jak i prywatnym, czynników które je nasilają oraz wskazującymi jakie metody i techniki należy stosować, aby sobie z nim radzić. W swojej pracy chciałam skupić się nad zagadnieniem stresu, stylów oraz sposobów radzenia sobie z nim w kontekście Polskich emigrantów mieszkających w Norwegii. W wyniku powyższego temat pracy został sformułowany następująco: Style radzenia sobie ze stresem, poziom stresu a zdrowie psychiczne polskich emigrantów w Norwegii.

Aby zrozumieć kontekst problematyki migracji w pierwszym rozdziale określono definicję i rodzaje migracji, wyjaśniono podstawowe pojęcia takie jak emigracja, imigracja, reemigracja, deportacja oraz repatriacja. Przedstawione zostały w nim główne teorie migracyjne, podano szacunkowe dane dotyczące emigracji z Polski w latach 2014-2020 oraz dane dotyczące emigracji legalnej oraz nielegalnej w Unii Europejskiej w latach 2013-2023. Opisano, jak kształtowała się emigracja Polaków do Norwegii w latach 1970-2024.

Rozdział drugi został poświęcony problematyce stresu. Koncepcja zmian życiowych mówi o trzech ujęciach stresu jako bodźca, reakcji wewnętrznych oraz relacji między bodźcem a reakcjami wewnętrznymi człowieka (Kaczmarek i Curyło-Sikora, 2016). Kolejną omówioną koncepcją jest koncepcja kryzysów życiowych Caplana (Harasim, 2018) oraz koncepcja dezintegracji pozytywnej Dąbrowskiego (Harasim, 2018). W rozdziale tym omówiono tematykę stresu od momentu wyłonienia się jego pojęcia, ujmując je poprzez takie nazwiska jak Cannon czy Selye, który zauważył, że nie każdy stres jest szkodliwy dla człowieka (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010). Przedstawiono nowoczesne ujęcie stresu, któremu sprzyjali Tomaszewski, Reykowski i Strelau (Grygorczuk, 2008). Opisano poznawczo-transakcyjną koncepcję stresu Lazarusa i Folkmana (Grygorczuk, 2008), teorie zachowania zasobów Hobfolla (Hobfoll, 2006), salutogenetyczną koncepcję stresu Antonovskyego (Terelak J. F., 2008) oraz koncepcję psychosomatyczną stresu do której zaliczono koncepcję konfliktów swoistych Aleksandra, reakcji niespecyficznych Mahla oraz indywidualnej reakcji swoistej Biegańskiego (Harasim, 2018). W odniesieniu do stresu opisano style radzenia sobie ze stresem oraz strategie radzenia sobie ze stresem a także wskazano podstawowe narzędzia do ich pomiaru.

Definicje zdrowia, zdrowia psychicznego zostały opisane w rozdziale trzecim. Wskazano próbę zdefiniowania pojęcia zdrowia psychicznego poprzez Korzeniowskiego,



Dąbrowskiego, WAP, WHO oraz Czabałę (Tadeusz, 2019). Przedstawiono również charakterystykę modeli zdrowia: biomedycznego, holistyczno-funkcjonalnego, socjoekonomicznego. Dokonano przeglądu zdrowia psychicznego w Norwegii wskazując i opisując pięć najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w Norwegii oraz wskazano odsetek występowania zaburzeń psychicznych wśród emigrantów (Norwegian Institute of Public Health, 2018). W rozdziale trzecim przedstawiono także zaburzenia w oparciu o klasyfikację WHO: ICD10, ICD11 oraz DSM 5 TR wydanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Poświęcono również podrozdział tematyce samobójstw w Norwegii, które są często następstwem zaburzeń psychicznych.

Rozdział czwarty został poświęcony metodologii badań własnych. Celem przeprowadzonych badań było uzyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące stanu zdrowia psychicznego Polaków mieszkających w Norwegii uzyskanie empirycznych danych na temat poziom stresu oraz stylów radzenia sobie z nim. Celem przeprowadzonych badań było także porównanie stanu zdrowia psychicznego, jakości funkcjonowania emigrantów mieszkających wraz ze swoimi rodzinami w Norwegii jak i tych, którzy wyjechali stricte zarobkowo pozostawiając swoje rodziny w Polsce. Określono główny problem badawczy, który brzmi: Czy istnieje zależność pomiędzy poziomem stresu, stylami radzenia sobie ze stresem a zdrowiem psychicznym polskich emigrantów w Norwegii? W pracy wskazano również szczegółowe problemy badawcze, które miały wskazać odpowiedzi na nasuwające się pytania takie jak:

1. Czy kobiety przebywające na emigracji w Norwegii różnią się poziomem odczuwanego stresu od mężczyzn przebywających na emigracji w Norwegii?
2. W jakim stopniu Polki mieszkające w Norwegii różnią się strategiami radzenia sobie ze stresem w porównaniu do mężczyzn?
3. W jaki sposób emigrantki polskie w Norwegii różnią się poziomem zdrowia psychicznego w porównaniu do mężczyzn?
4. Czy Polki mieszkające w Norwegii, niebędące w formalnym związku, odczuwają większy poziom stresu, mają gorsze zdrowie psychiczne w porównaniu do Polek mieszkających w Norwegii i będących w stałych związkach?
5. Czy można przypuszczać, że mężczyźni przebywający w Norwegii z rodzinami wykształcili lepsze style radzenia ze stresem, posiadają niższy poziom stresu w porównaniu do mężczyzn, którzy mieszkają w Norwegii bez swoich rodzin?
6. Czy można przypuszczać, że Polki mieszkające w Norwegii i posiadające dzieci wykształciły sobie styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu.



7. W jakim stopniu można oczekiwać, iż Polacy mieszkający w Norwegii i posiadający stałą pracę mają mniejszy poziom stresu oraz mają lepsze zdrowie psychiczne niż Polacy będący na innej formie zatrudnienia lub bezrobotni?

Omówiono zastosowane narzędzia badawcze a wśród nich kwestionariusz KPS, CISS, GHQ28 oraz autorską ankietę. W rozdziale tym dokonano charakterystyki badanej grupy.

Aby uzyskać odpowiedzi na postawione pytania badawcze sformułowano hipotezy badawcze. Główna postawiona hipoteza badawcza brzmi: Istnieje zależność pomiędzy poziomem stresu, stylami radzenia sobie ze stresem a zdrowiem psychicznym polskich emigrantów w Norwegii.

Pozostałe hipotezy badawcze to:

Hipoteza 1: Kobiety przebywające na emigracji w Norwegii różnią się poziomem odczuwanego stresu od mężczyzn przebywających na emigracji w Norwegii.

Hipoteza 2: Polki mieszkające w Norwegii różnią się strategiami radzenia sobie ze stresem w porównaniu do mężczyzn.

Hipoteza 3: Emigrantki polskie w Norwegii różnią się poziomem zdrowia psychicznego w porównaniu do mężczyzn.

Hipoteza 4: Zakłada się, że Polki mieszkające w Norwegii, niebędące w formalnym związku, odczuwają większy poziom stresu, mają gorsze zdrowie psychiczne w porównaniu do Polek mieszkających w Norwegii i będących w stałych związkach.

Hipoteza 5: Przypuszcza się, że mężczyźni przebywający w Norwegii z rodzinami wykształcili lepsze style radzenia ze stresem, posiadają niższy poziom stresu w porównaniu do mężczyzn, którzy mieszkają w Norwegii bez swoich rodzin.

Hipoteza 6: Przypuszcza się, że Polki mieszkające w Norwegii i posiadające dzieci wykształciły sobie styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu.

Hipoteza 7: Można oczekiwać, iż Polacy mieszkający w Norwegii i posiadający stałą pracę mają mniejszy poziom stresu oraz mają lepsze zdrowie psychiczne niż Polacy będący na innej formie zatrudnienia lub bezrobotni.

Piąty rozdział poświęcono analizie wyników badań własnych oraz ich psychologicznej interpretacji. Wyniki przeprowadzonych badań z wykorzystaniem testu korelacji r Pearsona, testu t-Studenta oraz testu U manna Whitney'a z przyjętym poziomem istotności 0,05 posłużyć miały uzyskaniu odpowiedzi na postawione problemy badawcze oraz potwierdzić lub zaprzeczyć postawionym w pracy hipotezom badawczym. W następstwie analizy wyników badań dokonano dyskusji osiągniętych wskaźników oraz podsumowano wyniki niniejszej pracy.



W pracy przedstawiono zagadnienia teoretyczne dotyczące tematu pracy a także dane empiryczne zebrane w trakcie przeprowadzonych badań. Dokonano analizy wyników badań mając na celu wykazanie czy Norwegia dla emigrantów z Polski jest „ziemią obiecaną” czy „krwawym Eldorado”. Wyniki pracy pozwolą ustalić kryteria oraz czynniki, które wpływają na zdrowie psychiczne polskich emigrantów w Norwegii oraz określić poziom stresu czy style radzenia sobie w sytuacjach stresowych.



Rozdział 1 Migracja

1.1. Definicja i rodzaje migracji

Migracja to pojęcie, które wywodzi się od łacińskiego słowa *migratio*, odnosi się ono do wędrówki, jako przenoszenia się mieszkańców w obrębie kraju lub regionu (Tokarski, 1980). Profesor nauk ekonomicznych, polski ekonomista, Jan Rymarczyk określa ją jako „zmiianę miejsca zamieszkania osoby, rodziny lub gospodarstwa domowego” (Rymarczyk, 2010). Natomiast migracja według Szemu’ela Noacha Eisenstadta, izraelskiego socjologa, definiowana jest jako „zmiana miejsca zamieszkania, fizyczne przejście (physical transition) jednostki lub grupy z jednego społeczeństwa do innego, które wymaga zwykle porzucenia znanego otoczenia społecznego i wejście w inny, obcy, o odmiennym charakterze” (Eisenstadt, 2010). Wiele dyscyplin naukowych zajmuje się badaniami nad migracją, jej dynamiką oraz wpływem na społeczeństwo. Sama jej definicja jest dzielona według kryteriów tych jakże różnych dyscyplin do których, między innymi zalicza się ekonomia, demografia, politologia, socjologia czy psychologia. Kryterium z punktu widzenia dyscypliny naukowej, jaką jest psychologia, dotyczy konsekwencji decyzji o emigracji, które związane jest z przemianami w sferze świadomości, a które mogą dotyczyć również zmiany w tożsamości emigranta. Natomiast samą migrację definiuje się w tej dyscyplinie jako szczególną formę kryzysu, która jest związana ze stanem psychicznym (Przytuła, 2017).

Pojęcie migracji jest pojęciem ogólnym określającym przemieszczanie się, dlatego do pojęć związanych z migracją przynależą określenia, które pozwalają na zdefiniowanie oraz rozróżnienie rodzajów przemieszczania się ludzkości. Do tych pojęć zaliczamy:

1. Emigrację – która definiowana jest jako „wyjazd za granicę w celu osiedlenia się (zamieszkania na stałe) lub na pobyt czasowy” (Główny Urząd Statystyczny, b.d a, 2024);
2. Imigrację – czyli „przyjazd za granicę w celu osiedlenia się zamieszkania na stałe lub pobyt czasowy” (Główny Urząd Statystyczny, b.d b, 2024);
3. Reemigrację – którą słownik PWN określa jako „powrót emigrantów do kraju ojczystego” (PWN, b.d a);
4. Deportację – czyli „zesłanie, przymusowe, połączone z pozbawieniem lub ograniczeniem wolności, przesiedlenie osób do innego rejonu kraju lub usunięcie ich poza granice państwa, gł. ze względów polit., na podstawie decyzji władz administracyjnych” (PWN, b.d, b);



5. Repatriację – która określa się jako „powrót na stałe do kraju ojczystego osób, które z różnych przyczyn, zwykle niezależnych od ich woli (głównie w wyniku zmian terytorialnych i regulacji granic państw w następstwie konfliktów zbrojnych, na skutek przymusowych przemieszczeń ludności, uchodźstwa przed prześladowaniami, emigracji z powodów ekonomicznych) znalazły się poza granicami swojego państwa i zamieszkały na terytorium innego państwa, tracąc zazwyczaj dotychczasowe obywatelstwo” (PWN, b.d. c).

Migrację można podzielić ze względu na przyczyny z których nastąpiła, jej zasięg, kierunek, czas trwania migracji oraz stopień dobrowolności. Podział ze względu na przyczyny migracji odnosi się do ekonomii, polityki, rodziny, religii, zdrowia, przyrody, kultury, turystyki, pracy. Patrząc na podział ze względu na zasięg, możemy rozróżnić migracje wewnętrzne, zewnętrzne, wewnątrzkontynentalne, a także międzykontynentalne. Natomiast dzieląc migrację ze względu na jej kierunek, mówimy o migracji, która następuje ze wsi do miasta, z miasta do wsi oraz z miasta do miasta. Kolejnym podziałem migracji jest podział, który określa czas jej trwania. Możemy tu wyróżnić trzy rodzaje migracji stale, okresowe (długookresowe, krótkookresowe), dobowe (wahadłowe) oraz sezonowe. Ostatnim kryterium jest stopień dobrowolności migracji. Mówimy tu o migracji swobodnej, do której zaliczamy migrację społeczną, ekonomiczną czy repatriację oraz o migracji wymuszonej, która obejmuje ewakuację, a także o migracji przymusowej, która następuje z powodów takich, jak przesiedlenie czy deportacja (Zintegrowana Platforma Edukacyjna Ministerstwa Edukacji Narodowej, b.d.). Migracje możemy również podzielić na legalną i nielegalną. Cudzoziemcy, którzy przekraczają granicę nielegalnie i/lub nie dopełniają formalności legalizacyjnych uczestniczą w procedurze migracji nielegalnej. Migracja taka wiąże się z nielegalnym pobytem, podjęciem nielegalnej pracy tak zwanej „na czarno” oraz brakiem wszelakich praw m.in. ubezpieczenia zdrowotnego w państwie, w którym taki emigrant przebywa (Jurczak, 2012).

Odnosząc się do emigracji w kontekście czasowym, jak podaje Główny Urząd Statystyczny, liczba Polaków, którzy w 2020 roku przebywali czasowo (powyżej 3 miesiące) w innych krajach zmniejszyła się nieznacznie do roku 2019. Spadek odnotowano na poziomie 7,3%, jednakże nie dotyczyło to Norwegii i Holandii, w której odnotowano wzrost migracji Polaków o 10% i 8%. Niezmiennie Polacy jako powód swojej emigracji z kraju ojczystego podają chęć podjęcia pracy (Główny Urząd Statystyczny, 2024). W tabeli nr 1 przedstawiono szacunek emigracji z Polski na pobyt czasowy, czyli powyżej trzech miesięcy, który nastąpił w okresie obejmującym lata 2014-2024. Jak można zauważyć z podanych danych, ogólny trend związany z emigracją Polaków, którzy opuszczają Polskę na więcej niż trzy miesiące utrzymuje



się na poziomie około 2200-2300 tysięcy osób rocznie. Główny Urząd Statystyczny zwraca też uwagę na problem tak zwanej „migracji ciągłej”, związanej z przemieszczaniem się polskich emigrantów z jednego kraju np. Wielkiej Brytanii do innych krajów takich jak Norwegia czy Dania (Główny Urząd Statystyczny, b.d a, 2021).

Tabela 1

Szacunek emigracji z Polski na pobyt czasowy w latach 2004-2020 (liczba osób przebywających zagranicą do końca roku)

KRAJ PRZEBYWANIA	Liczba emigrantów w tys.												
	2004	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
OGÓŁEM	1 000	1 450	2 000	2 060	2 130	2 196	2 320	2 397	2 515	2 540	2 455	2 415	2 239
W tym Europa	770	1 200	1 685	1 754	1 816	1 891	2 013	2 098	2 214	2 241	2 155	2 134	1 973
Unia Europejska (26 krajów)^b	750	1 170	1 607	1 670	1 720	1 789	1 901	1 983	2 096	2 121	2 031	2 008	1 339
w tym:													
Austria	15	25	29	25	28	31	34	36	39	40	41	41	42
Belgia	13	21	45	47	48	49	49	52	54	54	54	53	52
Czechy	.	.	7	7	8	8	9	9	9	9	10	10	10
Dania	.	.	19	21	23	28	31	34	36	39	40	41	42
Finlandia	0,4	0,7	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Francja	30	44	60	62	63	63	63	64	64	64	64	63	63
Grecja	13	17	16	15	14	12	9	8	8	7	7	7	5
Hiszpania	26	37	48	40	37	34	32	30	29	28	28	28	28
Holandia	23	43	92	95	97	103	109	112	116	120	123	125	135
Irlandia	15	76	133	120	118	115	113	111	112	112	113	112	114
Niemcy	385	430	440	470	500	560	614	655	687	703	706	704	706
Szwecja	11	17	33	36	38	40	43	46	49	50	51	51	49
Wielka Brytania	150	340	580	625	637	642	685	720	788	793	695	678	.
Włochy	59	70	92	94	97	96	96	94	93	92	90	88	86
Kraje spoza Unii Europejskiej	20	30	78	84	96	102	112	115	118	120	124	126	634
w tym:													
Norwegia	.	.	50	56	65	71	79	84	85	85	86	88	97
Wielka Brytania	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	514

^a Dane dotyczą liczby osób przebywających za granicą czasowo: dla lat 2004-2005 – powyżej 2 miesięcy, dla lat 2010-2020 – powyżej 3 miesięcy.

^b Dla lat 2004-2005 – 24 kraje, dla lat 2010-2012 – 26 krajów, dla lat 2013-2019 – 27 krajów. W liczbie krajów UE nie uwzględnia się Polski.

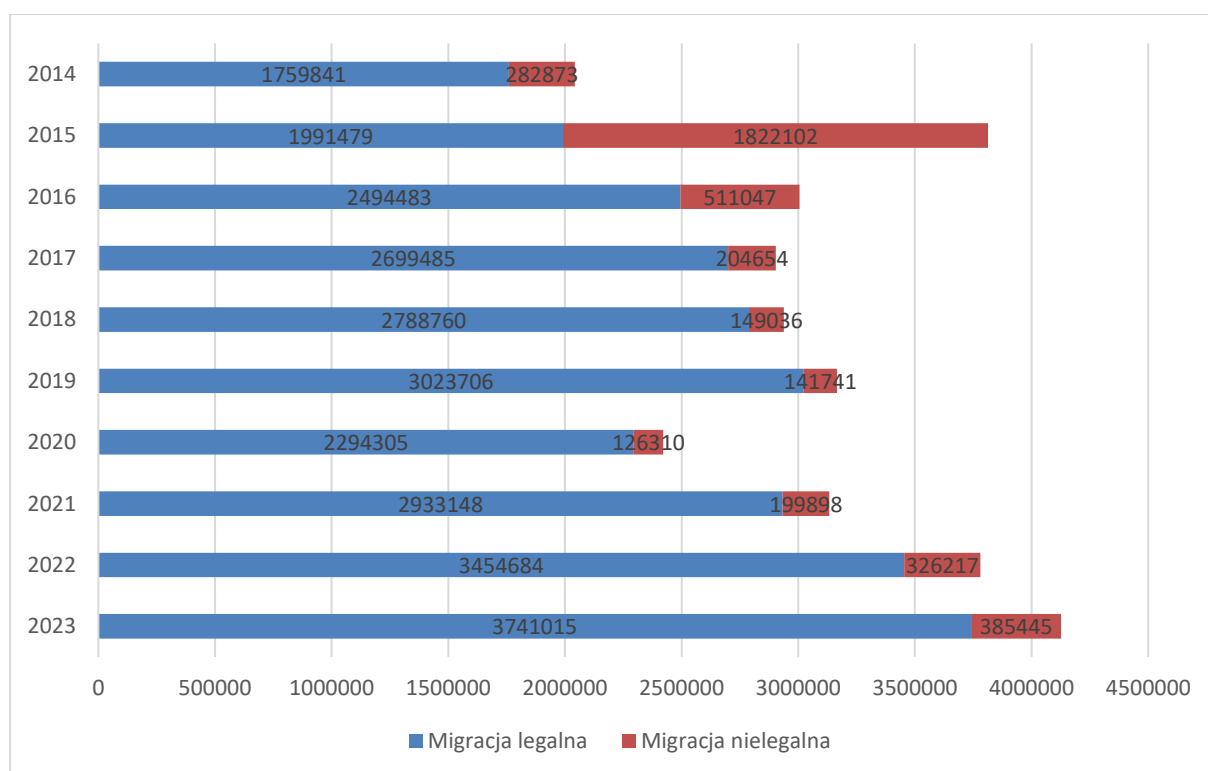
Adnotacja. Źródło: Informacja o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji z Polski w latach 2004-2020, Główny Urząd Statystyczny, b. d b, 2021, (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosci/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-czasowej-emigracji-z-polski-w-latach-2004-2020,2,14.html>).



Analizując dane Komisji Europejskiej z 2021 roku możemy potwierdzić fakt, iż 2,25 mln osób wyemigrowało do Unii Europejskiej, natomiast z UE wyemigrowało 1,12 mln, co daje nam 1,14 mln osób całkowitej imigracji netto. Jak widać w wykresie nr 1, nielegalna emigracja stanowi niewielką część całkowitej migracji w UE. Analizując dane zawarte w tejże tabeli, należy zwrócić uwagę na dane z 2015 roku, w którym to migracja nielegalna stanowiła prawie połowę migracji legalnej, a od 2013 roku potroiła swoją liczbę (Komisja Europejska, 2024).

Wykres 1

Legalna oraz nielegalna migracja w latach 2013 – 2023



Adnotacja. Źródło: *Statistics on migratio to Europe*, Komisja Europejska, 2024 (https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_pl#migracja-do-ue-i-z-ue).

Jak podaje Komisja Europejska, nielegalnie granice przekroczyło w ciągu dziewięciu pierwszych miesięcy 2023 roku 281872 osoby. Liczba ta wzrosła aż o 18% w porównaniu do tego okresu z roku poprzedniego. Największy odsetek 27,8% tej liczby stanowili nielegalni emigranci pochodzenia Syryjskiego. Jak podaje źródło, tylko w roku 2022 nakaz opuszczenia Unii Europejskiej otrzymało 431200 osób co dało wzrost o 27% do roku 2021 (Komisja Europejska, 2024).



Jak zauważył prof. dr habilitowany Józef M. Fisher, polski historyk, politolog, europeista, migracje ludności są naturalnym komponentem dziejów świata, a nie zjawiskiem nowym i dotąd nieznanym. Uważa on, iż każdy człowiek powinien mieć prawo do swojej ojczyzny, w której może żyć w pokoju, jednakże, zwraca on uwagę, iż nadal wielu ludzi jest zmuszonych opuścić swój kraj, aby odnaleźć warunki do życia w bezpiecznej, jak i godnej egzystencji. Najczęstszą przyczyną emigracji ludzi, jak podaje profesor, jest zła sytuacja ekonomiczna na świecie, brak pracy czy perspektyw życiowych, a także narastające konflikty międzynarodowe oraz zbrojne. To one, według Fishera, powodują, że z krajów biednych, zacofanych, które często dotyczą klęski żywiołowe czy katastrofy coraz więcej osób migruje w poszukiwaniu lepszego życia. Wskutek migracji, nie tylko jednostek, lecz całych grup społecznych, następuje postęp cywilizacyjny krajów, do których przybywają emigranci. Następuje on nie tylko poprzez wymianę kulturową, lecz również dzięki wymianie handlowej oraz genetycznej. Polacy emigrujący „za chlebem” przemieszczali się, szczególnie po lub w czasie wielkich przemian w kraju ojczystym (m.in. wojen), przyczyniając się do rozwoju gospodarczo-społecznego w krajach, w których się osiadali. Ostatnim czynnikiem wyzwalającym swobodny przepływ Polaków pomiędzy krajami było przystąpienie Polski do Unii Europejskiej, które nastąpiło w 2004 roku, a tym samym umożliwiło swobodny przepływ Polaków do innych, w szczególności zachodnich krajów Europy. Określa się, że Polacy stanowią dziś trzecie co do wielkości największe skupiska migrantów na świecie, tak zwaną Polonię (Fischer, 2012).

1.2. Teorie migracyjne

Zjawisko migracji jest przedmiotem ciągłych badań w związku z tym, iż konsekwencje migracji we współczesnym świecie mają bardzo duże znaczenie i odnoszą się one do wielu sfer życia człowieka oraz funkcjonowania państwa. Odnosi się to nie tylko do sfery politycznej czy ekonomicznej, ale również do sfery społecznej, jak i kulturowej. Oznacza to, że badania nad emigracją i teorie, które powstają są przeprowadzane z różnych perspektyw. Bezspornie te aspekty wpłynęły na fakt, iż nie wypracowano dotąd jednej uniwersalnej teorii migracyjnej, a badacze, którzy na różny sposób wyjaśniali migrację, nie mają określonego stanowiska dotyczącego przedmiotu teorii migracji (Jaskułowski i Pawlak, 2016). Może to wynikać z tego, iż migracja jest złożona z wielu procesów, a stworzenie jednej uniwersalnej teorii może być wręcz niemożliwe (Janicki, 2007).



Biorąc pod uwagę niemożność związaną z powstaniem jednej teorii klasyfikacja teorii migracji, która jest zbudowana w oparciu o różne kryteria, teoria ta jest przedstawiana w pięciu podziałach, do których zaliczamy:

1. Teoria migracji międzynarodowych i wewnętrznych. Jest to podział, w którym zmienna jest niezależna. Dotyczy ona poszukiwania odpowiedzi dotyczących zespołu cech determinujących wystąpienie migracji, cechy osoby migrującej, formy, które przybiera proces całej migracji oraz czasowe i przestrzenne zróżnicowanie natężenia przepływów;
2. Migracja jako rezultat zmian zachodzących w otoczeniu oraz przyczyna wystąpienia tych zmian. W tym podziale zmienna jest zależną, a teorie koncentrują się na skutkach wystąpienia migracji (przyrodnicze, gospodarcze, społeczne, polityczne);
3. Teoria równowagi (klasyczne, konfliktu, systemu). Dla teorii klasycznej migracja jest procesem, który kompensuje występujące różnice w obszarze ekonomicznym lub społecznym. Występuje tu obopólna korzyść zarówno dla emigrantów, jak i regionów, których transfer dotyczy. Teoria konfliktów kolokwialnie ujmując określa, iż warunkiem, który przyczynia się do rozwoju krajów wysokorozwiniętych jest wykorzystywanie państw, które są słabo rozwinięte, a migracje są mechanizmem, który pogłębia różnice między państwami. Natomiast teoria systemowa zakłada wieloczynnikowość migracji, która uniemożliwia określenie zmienności migracji;
4. Kolejny podział teorii migracji jest oparty na przyjęciu różnych skal, w których rozpatruje się migracje. Skala mikro (podejście behawioralne) odnosi się do badań zachowania pojedynczych jednostek migrujących. Opiera się ona na psychologicznej teorii motywacji. Skala makro bazuje natomiast na poszukiwaniu praw, które rządzą migracjami w oparciu o zestawienia wielkości występowania przepływów między jednostkami terytorialnymi, a zróżnicowania owych jednostek;
5. Ostatni podział teorii migracji wychodzi z założenia, iż oddzielne dyscypliny badawcze wykorzystując różne metody i narzędzia, zgodne dla swojej dyscypliny, formułując w różny sposób prawa, a także zajmują się różnymi wymiarami tych procesów (Janicki, 2007).

Z uwagi na powyżej przedstawioną klasyfikację możemy dodatkowo podzielić teorie migracji ujęte w ostatnim, piątym podziale na teorie ekonomiczne, teorie socjologiczne oraz teorie geograficzne.



Teoria ekonomiczna odnosi się do zmiennych o charakterze ekonomicznym i to je przedstawia jako czynniki, które mają największy wpływ na migrację. W świetle tej teorii najważniejsze są potrzeby materialne człowieka oraz sposób ich zaspokajania, minimalizacja ryzyka stawiana sobie przez gospodarstwo domowe. Opiera się ona również na przekonaniu, iż migracja jest to naturalna konsekwencja wynikająca z rozwoju kapitalizmu, co łączy się z zapotrzebowaniem czynnika ludzkiego do pracy. Do tych teorii ekonomicznych zaliczamy:

- Klasyczna makroekonomiczna teoria migracji,
- Neoklasyczna teoria migracji,
- Nowa ekonomiczna teoria migracji,
- Teoria dualnego rynku pracy,
- Teoria systemu światowego (Janicki, 2007).

Teorie socjologiczne opierają się na motywach, które kierują człowiekiem do podjęcia decyzji o migracji. Zakłada się w niej między innymi, że na decyzje migracyjne mają wpływ związki interpersonalne pomiędzy byłymi oraz przyszłym imigrantami, powiązania instytucjonalne, a także ciągłość migracji, w myśl której jedna migracja pociąga za sobą następną. W teorii tej mowa jest również o potencjalnych determinantach migracji, które mogą być przyciągające, wypychające oraz obojętne. Do teorii socjologicznych zaliczamy:

- Teoria sieci migracyjnych,
- Teoria instytucjonalna,
- Teoria skumulowanej przyczynowości,
- Teoria sposobności pośrednich,
- Teoria przeszkód pośrednich (Janicki, 2007).

Trzecia i ostatnia teoria zwana geograficzną opiera się na podłożu geograficznym i analizuje zróżnicowanie przestrzenne środowiska, w którym doszukuje się zarówno czynników przyciągających, jak i barier dla procesu migracji. W teorii geograficznej mowa jest między innymi o teorii grawitacji, w której, ujmując prosto, procesy migracji wynikają z grawitacyjnego oddziaływania już istniejących skupisk ludności czy występowaniu ścisłej zależności pomiędzy zmiennością migracji w czasie, a kolejnymi etapami występującymi w przejściu demograficznym, które wyjaśniają przemiany ruchu naturalnego. Do teorii geograficznych zaliczamy dwie teorie:

- Teorię grawitacji,
- Teorię przejścia migracyjnego (Janicki, 2007).



Pomimo, iż pierwsza systematyczna teoria migracji stworzona została w „Laws of Migration” (1885,1889), przez geografa Ernst Georg Ravensteina w XIX wieku, w której to formułował prawa rządzące migracjami (Jaskułowski i Pawlak, 2016) do dziś badacze z różnych dziedzin nie są w stanie stworzyć jednej, uniwersalnej teorii odnoszącej się do zjawiska, jakim jest emigracja. Globalizacja, postęp, zawirowania w świecie, rozwój techniki, zmiana w postrzeganiu człowieka, struktura jego osobowości czy ekonomia są to czynniki przyczyniające się do tworzenia i aktualizacji teorii migracyjnych. Teorie migracyjne obejmują różne aspekty życia człowieka oraz świata, który go otacza. Państwa, które są bardzo rozwinięte potrzebują siły roboczej, co w gruncie rzeczy pozostawia otwarte okno dla migracji osób, które poszukują lepszego życia dla siebie i swoich rodzin. W dzisiejszej Europie granice nie stanowią już takiej bariery, jak przed erą Unii Europejskiej. Ideologiczne postawy, otwartość wielu krajów na emigrantów, z krajów objętych kataklizmami, wojnami, prześladowaniami na tle religijnym czy życiem w skrajnym ubóstwie, zwiększa przepływ ludzi pomiędzy państwami.

Odnosząc się do teorii migracji należy wspomnieć o jednym z ciekawszych podejść odnoszących się do teorii migracyjnej w szerszym jej aspekcie. Teorie tę przedstawiają Stephen Castels socjolog, badacz studiów nad migracją oraz politolog Mark J. Miller. W swojej pracy noszącej tytuł „Migracje we współczesnym świecie” zauważyli, że „badania nad międzynarodową migracją są często prowadzone w ramach dwóch odrębnych dziedzin nauk społecznych” (Castels i Miller, 2011). Proponują oni podejście do problemu kierując się połączeniem zarówno analizy poświęconej uwarunkowaniom, przebiegowi oraz typom migracji wraz ze sposobami adaptowania się migrantów do społeczeństw ich przyjmujących (Jaskułowski i Pawlak, 2016) Biorąc pod uwagę wiele kwestii stworzenie jednej unikatowej i akceptowalnej w świetle różnych dyscyplin naukowych teorii migracyjnej będzie dużym wyzwaniem dla badaczy.

1.3. Emigracji Polaków do Norwegii

Historia migracji kierującej się do Norwegii sięga roku 1970 r., ponieważ do tego czasu Norwegia była krajem głównie emigrującym. Ożywienie gospodarcze, które nastąpiło w 1950 r. sprawiło, że kraj ten otworzył się na rynek pracy imigrantów przybywających z zagranicy. Główną siłą roboczą, która okazała się bardzo słabo wykwalifikowana, byli imigranci z krajów takich jak Pakistan czy Turcja. Następstwem czego było w 1975 roku wprowadzenie w Norwegii, na wzór innych państw europejskich, bardziej restrykcyjnej polityki wobec imigrantów. Statystyki w tym kraju wskazują napływ polskich imigrantów od lat 70. ubiegłego wieku. Okres po roku 1980, to okres tak zwanej pierwszej fazy współczesnej emigracji Polaków



do Norwegii. Byli to uchodźcy polityczni, którzy uciekali przed komunistyczną polityką ówczesnej Polski i wprowadzonym w kraju stanem wojennym. Wśród Polaków, którzy znaleźli swój azyl w Norwegii było wielu wykształconych intelektualistów i artystów, którzy zapisali się w życiu kulturalnym i akademickim Norwegii (Friberg i Golden, 2014). Po roku 1989 i kolejnych przemian w Polsce, Norwegia była jednym z niewielu krajów, którzy w 1989 r. zawarły umowę na prace sezonowe z Polską. W wyniku czego lata dziewięćdziesiąte obfitowały w wyjazdach Polaków o charakterze krótkoterminowym i wahadłowym, którzy podejmowali się prac sezonowych w rolnictwie. Takie ruchy nie były odnotowywane w norweskich statystykach dotyczących imigrantów z zamiarem stałego osiedlenia się. Pomiędzy rokiem 1990 a 2004 w Norwegii przeważnie osiedlały się kobiety, głównie z sektora opieki zdrowotnej (Friberg i Golden, 2014). Była to tak zwana druga faza emigracji Polaków do Norwegii. Rozpoczęcie trzeciej fazy współczesnej migracji narodu polskiego do Norwegii przypada na dzień 1 maja 2004 r. Wejście Polski do Unii Europejskiej otworzyło również granicę emigrantów przybywających z tego kraju do Norwegii. W głównej mierze byli to już mężczyźni, którzy wyjeżdżali w celach zarobkowych w branży budowlanej. Byli oni w stosunku do pracowników norweskich bardzo dobrze wykwalifikowaną, tanią siłą roboczą, a ich płace były niższe niż jedna piąta płac w Norwegii (Friberg i Golden, 2014). W ostatnich latach trend, w którym do 2004 roku głównymi emigrantami (ponieważ aż 2/3) były kobiety, a w 2014 taki współczynnik stanowili mężczyźni, ulega kolejnej zmianie i przybiera formę migracji rodzinnej (Friberg i Golden, 2014).

Po dziś dzień Polacy chętnie wyjeżdżają do Norwegii w celach zarobkowych, gdzie wynagrodzenie za prace za godzinę brutto jest znacznie większe niż w Polsce. Stała praca, duże rynki zapotrzebowania na siłę roboczą w wielu branżach, mocne związki zawodowe, dobre warunki pracy są to czynniki, które pozytywnie wpływają na wybranie za cel emigracji właśnie skandynawskiego kraju, jakim jest Norwegia (Łukowski i Nadolska, 2015).

Polscy imigranci, w porównaniu do imigrantów z innych krajów, plasują się w pierwszej dziesiątce wśród osób przybywających do Norwegii, ukazanych przez statystyczne biuro w Norwegii już w latach 70. Informacje przedstawiają dane z pierwszą dziesiątką krajów, których imigranci wybrali sobie jako kraj docelowy Norwęgii w latach 70. przedstawia tabela nr 2. Jak wskazuje centralne biuro statystyczne w Norwegii, procentowo Polacy stanowili w tym okresie 2% emigrantów w stosunku do pierwszych dziesięciu krajów i uplasowali się na ostatnim miejscu w poniższej tabeli (Statistics Norway, 2024).



Tabela 2

Imigranci w Norwegii w 1970 roku (pierwsze 10 państw)

Lp.	Kraj	Ilość emigrantów w latach 1970 w Norwegii
1	Dania	12 306
2	Szwecja	11 198
3	USA	7 069
4	Niemcy	5 295
5	Wielka Brytania	4 738
6	Finlandia	1 993
7	Węgry	1 481
8	Holandia	1 465
9	Serbia i Czarnogóra	1 222
10	Polska	1 198

Adnotacja. Źródło: *Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre*, Statistics Norway, 2024, (<https://www.ssb.no/statbank/table/05183/>).

Odnosząc się do polskich imigrantów w Norwegii, należy wziąć pod uwagę samą definicję słowa „imigrant”, która obowiązuje w tym kraju. Pod pojęciem imigrant są używane dwie definicje, pierwsza z nich odnosi się do osób, które urodziły się poza granicą Norwegii, a także mają obojga rodziców urodzonych również za granicą. Drugi termin odnosi się natomiast do imigranta i dotyczy osób, które urodziły się w Norwegii, ale oboje ich rodziców są imigrantami (Łukowski i Nadolska, 2015). Tabela nr 3 wskazuje stosunek populacji Polaków, przebadanych statystycznie, według powyższej kategorii dotyczącej kwestii urodzenia, z podziałem na obowiązującą w tym kraju definicją imigranta, migracji oraz kraju pochodzenia. Dane obejmują rok 2024. Polski imigrant w myśl definicji jako osoba urodzona w Norwegii w 2024 roku z dwojgiem rodziców – imigrantów, którzy również zostali urodzeni w Norwegii stanowiły 0,07% wszystkich osób urodzonych w Norwegii w tymże roku (Statistics Norway, 2021).



Tabela 3

Imigranci i osoby urodzone w Norwegii z rodzicami imigrantami

	Ogółem w 2024	Norwegowie	Polacy
Urodzony w Norwegii z dwojgiem rodziców urodzonych w Norwegii	4 013 527	3 794 969	3 076
Urodzony w Norwegii przez rodziców imigrantów	221 459	0	17 074
Urodzony za granicą z jednym rodzicem urodzonym w Norwegii	40 880	0	313
Urodzony w Norwegii z jednym rodzicem urodzonym za granicą	304 008	0	7 293
Urodzony za granicą z dwojgiem rodziców urodzonych w Norwegii	39 248	0	69

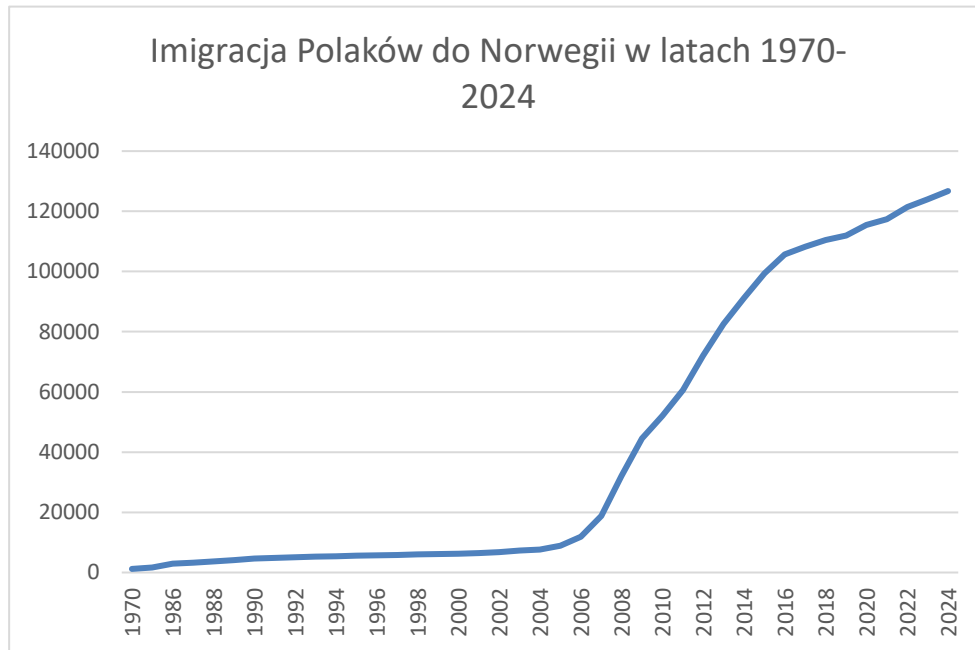
Adnotacja. Źródło: *Innvandrere og norskfødte med innvanderforeldre*, Statistics Norway, 2021, <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrere/statistikk/innvandrere-og-norskfodte-med-innvanderforeldre>.

Według Centralnego Biura Statystycznego, Norwegii Statistic Sentralbyrå, do Norwegii z Polski w latach 70. przybyło 838 imigrantów płci męskiej oraz 360 imigrantów płci żeńskiej, łącznie 1198 osób. Wykres nr 2 przedstawia ogół polskich imigrantów przybyłych do Norwegii na przestrzeni lat 1970-2024. Wykres nr 3 przedstawia migracje polskich imigrantów w Norwegii w latach 1970 – 2024 z uwzględnieniem podziału na płeć. Jak można zauważyć do roku 2006 nieznacznie przeważała migracja do Norwegii kobiet. Jednakże od 2006 r. tendencja ta się odwróciła i znacznie wzrosła migracja osób płci męskiej. Jak można zauważyć na przedstawionym wykresie nr 3 zależność ta zachowuje się wprost proporcjonalnie do tego roku nadal. Do 2004 – 2005 roku tendencja imigracji Polaków do Norwegii utrzymywała się na dość niskim stosunkowo poziomie. Znaczny wzrost migracji uwidocznił się w okolicy roku 2006. Granice, które otworzyły się po 2004 roku, w którym to Polska przystąpiła do Unii Europejskiej sprawiły, że Polacy chętniej opuszczali swój kraj, aby emigrować do krajów zachodnich. Jednym z nich jest dynamicznie rozwijająca się skandynawska Norwegia (Statistics Norway, 2024).



Wykres 2

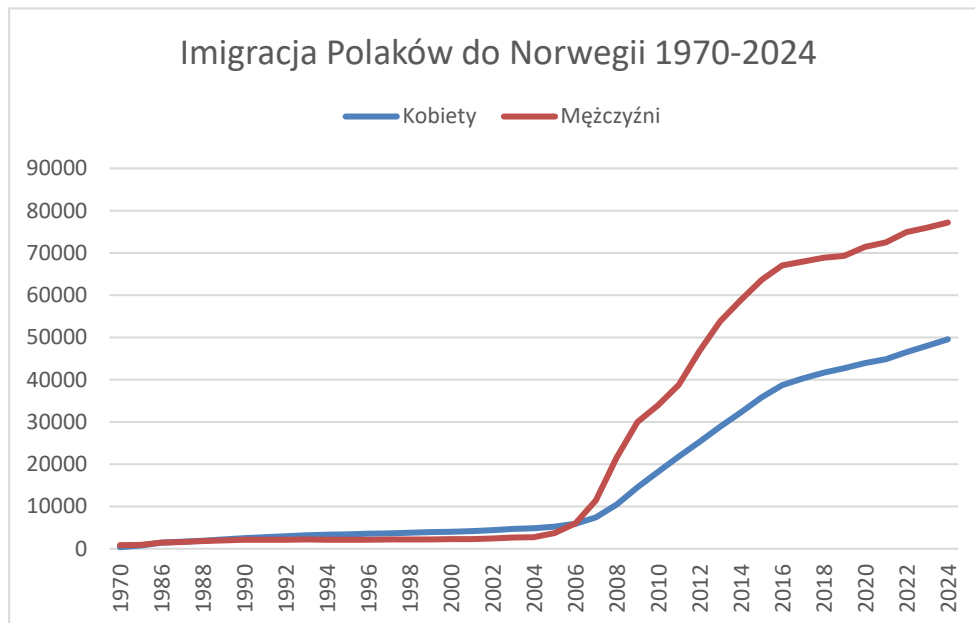
Imigracja Polaków do Norwegii w latach 1970 – 2024



Adnotacja. Źródło: *Innvandrere og norskfødte med innvanderforeldre* Statistics Norway, 2024, (<https://www.ssb.no/statbank/table/05183/tableViewLayout1/>).

Wykres 3

Imigracja Polaków do Norwegii w latach 1970-2024 względem płci



Adnotacja. Źródło: *Innvandrere og norskfødte med innvanderforeldre*, Statistics Norway, 2024, (<https://www.ssb.no/statbank/table/05183/tableViewLayout1/>).



W roku 2014 liczba polskich emigrantów oscylowała na poziomie 58883 mężczyzn oraz 32296 kobiet, co daje 91176 osób. Natomiast w roku 2024 (stan na dzień 07.03.2024) liczba ta wyniosła 77179 mężczyzn i 49549 kobiet, łącznie 126728 emigrantów. Dane podane na dzień 07.03.2024 także nie zawierają pełnego rocznego zestawienia za rok 2024 (Statistics Norway, 2024).

Przyglądając się zjawisku emigracji Polaków do Norwegii, należy wziąć pod uwagę zmiany w norweskim prawie, które od 1 stycznia 2020 roku wprowadziło możliwość posiadania podwójnego obywatelstwa (Norwegian Ministry of Foreign Affairs, 2018). Należy przyjąć, iż osoby, które mogłyby być odnotowane w statystycznym biurze jako imigrant, już się do nich nie zaliczają. Jak podaje biuro statystyczne w Norwegii, w okresie od 2020 roku do 2023 roku obywatelstwo norweskie otrzymało 3358 Polaków, w tym również dzieci. Dane z podziałem na płeć oraz kategorie wiekowe (0-17 oraz 18 i starsze) przedstawia tabela nr 4 (Norwegian Ministry of Foreign Affairs, 2018)

Tabela 4

Polacy, którzy uzyskali obywatelstwo norweskie w latach 2020-2023

Płeć	Przedział wiekowy	2020	2021	2022	2023
Mężczyzna	0-17 lat	32	228	596	655
	18 lat i starsze	76	470	991	744
Kobieta	0-17 lat	27	206	556	659
	18 lat i starsze	123	823	1592	1300

Adnotacja. Źródło: Overgang til Norsk statsborgerskap, Statistics Norway, 2024, (<https://www.ssb.no/statbank/table/04767/>).

Polacy stanowią jedną z największych grup imigrantów osiedlających się w Norwegii. Bliskość geograficzna obu krajów, podobne normy społeczne, łatwość asymilowania się w Norwegii, sprawia, że Polacy chętnie wybierają Norwegię jako kraj docelowy swojej wędrówki. Pierwsza faza współczesnej emigracji Polaków do Norwegii charakteryzowała się ucieczką z Polski od reżimu komunistycznego i brały w niej udział głównie osoby bardzo dobrze wykształcone oraz z kręgu sztuki. Druga faza to już zmiana, którą cechowała sezonowość i ruch wahadłowy. Osoby, które brały w tej fazie udział, to głównie kobiety



z branży zdrowotnej, a także Polacy, którzy przyjechali na sezonowy zarobek, wśród nich często spotykało się również polską inteligencję np. lekarzy. Ostatnia, trzecia faza, którą rozpoczął rok 2004, charakteryzuje się wyjazdem z Polski na stałe przez wykwalifikowanych robotników, głównie mężczyzn, a w ostatnim czasie zmienia swoją strukturę i charakteryzuje się emigracją całych rodzin. Kryzysy gospodarcze, które nie odbijały się tak dotkliwie na norweskiej gospodarce, tak, jak w innych krajach zachodnich, dodatkowo stanowią atut przemawiający za osiedlaniu się w tym kraju (Friberg i Golden, 2014). Większość polskich emigrantów stanowią mężczyźni, którzy przyjechali do Norwegii stricte w celach zarobkowych, a ich rodziny znajdują się w Polsce, coraz więcej Polaków osiada się w Norwegii wraz z całymi rodzinami bądź tu zakładają swoje rodziny. Odkąd Norwegia zmieniła swoje przepisy dotyczące posiadania podwójnego obywatelstwa, wielu Polaków złożyło wnioski i uzyskało oprócz obywatelstwa polskiego obywatelstwo Królestwa Norwegii.



Rozdział 2 Stres

2.1. Definicja i rodzaje stresu

Ostatnimi czasy pojęcie „stres” bywa coraz częściej stosowane w różnych kontekstach i sytuacjach. Bywa ono używane w odniesieniu do codziennych, trudnych momentów i doświadczeń, a także w stosunku do traumatycznych wydarzeń z życia. Niemniej jednak, większość osób kojarzy ten termin negatywnie jako coś, czego chcieliby się pozbyć, wyeliminować ze swojego życia. Należy spojrzeć na istotę współczesnych badań nad stresem. Zwraca się tu uwagę na fakt, że w takim samym nurcie postrzegania tego zjawiska idzie większość dzisiejszych badań, które koncentrują się właśnie na negatywnym znaczeniu stresu, akcentując przy tym, że człowiek zestresowany może funkcjonować w niewłaściwy sposób, a częsty stres w jego życiu może negatywnie oddziaływać na wiele sfer. Pomimo, iż chroniczny i długotrwały stres tworzy negatywne zjawisko, nie można stresu całkowicie wyeliminować z ludzkiego życia. Tymczasem można też sprawić, że stres stanie się impulsem do rozwoju, będzie bodźcem do poszukiwania nowych ścieżek w życiu oraz motywatorem do rozpoczęcia nowych działań. Warto więc mieć świadomość, że stres posiada różne oblicza, przy czym należy pamiętać, iż może stać się konstruktywny, jeśli będzie odpowiednio wykorzystywany (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

W psychologii pojawiała się istotna kwestia nad postrzeganiem samego zjawiska stresu, w wyniku czego posługiwano się trzema ujęciami stresu: jako bodźca, jako reakcji wewnętrznych człowieka, a także jako relacji między bodźcem a reakcjami wewnętrznymi człowieka. Przykładem bodźcowej teorii stresu jest koncepcja zmian życiowych, w myśl której za zmianę życiową postrzega się każde takie zdarzenie, które przyczynia się do zwiększonej aktywności adaptacyjnej z uwagi na większe niż zazwyczaj obciążenie psychiczne i fizyczne. Teoria ta wskazuje także, że w doświadczaniu przez człowieka stresu ważną rolę ogrywa właśnie jego środowisko, w którym żyje, a pojawiające się w nim stresogenne czynniki mogą wręcz przyczyniać się do chorób (Kaczmarska i Curyło-Sikora, 2016).

Do stresorów, które wpływają na zjawisko występowania stresu, zalicza się zarówno bodźce dobiegające z zewnątrz tzw. bodźce zewnętrzne (np. zimno), występujące trudności interpersonalne (np. awantury), jak i bodźce wewnętrzne (np. interoceptorowe bodźce bólowe). Teoria ta zakłada, że pomiędzy stresorem a reakcją dochodzi do sprzężenia zwrotnego, a samo nasilenie stresu możliwe jest do określenia za pomocą oceny sytuacji. Pierwszą taką skalą do pomiaru stresu była Skala Społecznego Ponownego Przystosowania Się (*Social Readjustment Rating Scale – SRRS*) T. Holmesa i R. Rahe’a, którą określa się także jako *Lista Stresujących*



Zdarzeń Życiowych. Do tej listy ze zdarzeniami życiowymi, które powodowały stres zaliczono np. zwolnienie z pracy, chorobę, rozwód, ale też pozytywne doświadczenia takie jak np. ślub lub awans (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

Postrzeganie stresu w kategoriach bodźca wynika z przyjęcia założenia, że ktoś lokuje swoje źródło stresu na zewnątrz, przyjmując za niego np. stresogenną pracę. Tym samym dochodzi do skoncentrowania uwagi na szczegółowych właściwościach stresora, co znajduje swoje uzasadnienie w stwierdzeniu, że właściwie każdy moment krytyczny stawia określone wymagania, w tym w znaczeniu społecznym i psychicznym. Jednocześnie przekłada się to na konkretne wymagania wobec człowieka i jego zasobów. Takie ujęcie stresu podkreśla więc koncepcja T. Holmesa i R. Rahe'a. Autorzy wskazali, że zarówno sytuacjom negatywnym jak i tym pozytywnym można przyporządkować pewną wartość, która pozwala określić średni poziom energii, jaki jest potrzebny, aby poradzić sobie z sytuacją. Tym samym stres stanowi wówczas sumę poszczególnych wartości, które są przypisane poszczególnym zdarzeniom (Falewicz, 2017).

Tego typu postrzeganie stresu spotkało się z krytyką, chociaż podjęto kontynuację tego nurtu badań. Tej kontynuacji podjęli się B. S. Dohrenwenda i B. P. Dohrenwenda. Przyjęli oni, że stresowe wydarzenia życia mogą zostać wywołane zarówno przez czynniki zewnętrzne, środowiskowe, lecz również ich źródłem mogą być subiektywne właściwości jednostki, które są wynikiem jej cech charakteru. Do czynników, które uznajemy za obiektywne można zaliczyć np. zanieczyszczenie, hałas czy klimat, natomiast do subiektywnych zaliczamy np. poziom inteligencji i temperament. Sytuacje dnia codziennego, które napotyka człowiek również powodują u niego stres, na który oddziałują mediatory zewnętrzne takie jak wsparcie społeczne, pomoc społeczna oraz mediatory wewnętrzne do których zaliczamy zdrowie, poziom aspiracji czy samoocena. Wskutek ich interakcji dochodzi do określonych skutków dla człowieka, które mogą mieć charakter pozytywny, negatywny lub neutralny (Harasim, 2018). Zarzucano tej koncepcji przede wszystkim to, że przypisywanie poszczególnym doświadczeniom uśrednionych wag nie uwzględnia tym samym tego, że dane wydarzenia różne jednostki mogą odbierać w różny sposób. Koncepcja ta nie bierze też pod uwagę ważnych procesów takich jak radzenie sobie. Musi także rozpatrywać, jakie znaczenie ma konkurencyjne przeciwstawianie obiektywnej i subiektywnej interpretacji stresora (Falewicz, 2017).

Kolejną koncepcją dotyczącą stresu jest koncepcja kryzysów życiowych autorstwa G. Caplana. Postrzegał on kryzys jako stan emocjonalnego stresu, który wymusza na organizmie przeciwstawianie się stresorom poprzez włączenie przez jednostkę własnych mechanizmów obronnych. Koncepcja ta wyróżnia się w odniesieniu do innych koncepcji,



ponieważ G. Caplan rozwinął także obszar aspektu rozwojowego przyjmując, że osobowość jednostki jest rozwijana od kryzysu do kryzysu. W związku z czym, w trakcie ciągłego rozwoju osobistego, każdy człowiek mierzy się z kryzysami psychospołecznymi, które on sam musi rozwiązać, uwzględniając wówczas swoje zasoby biologiczne, psychologiczne i społeczne. Mając na względzie teorię rozwojowych cykliw życiowych Eriksona, autor wyodrębnił następujące kryzysy: autonomiczność/wstyd i niepewność typowe dla okresu wczesnego dzieciństwa, kryzys tożsamości/rozproszenie charakterystyczne dla okresu dojrzewania oraz integracja/utrata nadziei reprezentatywny dla okresu starości. Cannon zwraca uwagę na dwuaspektowość reakcji na stres, ponieważ sytuacja kryzysowa może przyczynić się do destrukcyjnego funkcjonowania człowieka bądź do jego dojrzałości psychicznej (Harasim, 2018).

Podobne poglądy wyraża K. Dąbrowski w swoich rozważaniach o rozwojowych konsekwencjach sytuacji kryzysowych w życiu człowieka. Jest on autorem koncepcji dezintegracji pozytywnej, zgodnie z którą rozwój człowieka poprzez rozluźnienie pierwotnej spoiwości całości, to znaczy integracji pierwotnej po to, aby mogło dojść do scalenia elementów na wyższym poziomie. Jednostka staje się bardziej samoświadoma, zmienia się jej postrzeganie zarówno siebie jak i otaczającej ją rzeczywistości. Dezintegracja pozytywna jako nowopowstała struktura jest tak samo zwarta i sprawna jak poprzednia, jednak charakteryzuje ją dodatkowo pozytywna zmiana rozwojowa. W przypadku dezintegracji istotne jest, że kryzys rozwojowy człowieka może mieć dla niego aspekt progresywny, lecz także stagnacyjny, do czego dochodzi wówczas, gdy człowiek wraca na ten sam poziom rozwoju. Do dezintegracji negatywnej może dojść np. skutek choroby, która zaburza procesy rozwojowe (Harasim, 2018).

Wczesne opracowania psychologiczne dotyczące powstawania stresu zakładały więc, że u jego podłoża leżą wydarzenia, które przyczyniają się do powstawania wysokiego napięcia emocjonalnego, co w efekcie sprawia, że jednostka zaczyna nieprawidłowo funkcjonować. Mechanic uznał natomiast, że stres człowieka polega na uczuciu przez niego dyskomfortu następującego w określonej sytuacji, przy czym nie przyczynia się do niego stricte środowisko, lecz sam człowiek. Utożsamiał on jednocześnie stres z interakcją pomiędzy jednostką a otoczeniem, co tym samym łączy stres z poczuciem bezsilności i napięcia (Wróblewska, 2013). Taka teoria odpowiada koncepcji dominującej w naukach medycznych, która postrzega stres jako reakcję wewnętrzną.

Pojęcie stresu wywodzi się z prac fizjologa Waltera Cannona oraz endokrynologa Hansa Selye'ego, którzy postrzegali go przede wszystkim w znaczeniu biologicznym i reakcji na bodźce. Cannon wykorzystał termin stres do opisanego reakcji „walki bądź ucieczki”, której



celem jest przywrócenie naruszonej równowagi, co było efektem działania na organizm niekorzystnych bodźców. Reakcja człowieka na stres uruchamia jego układ nerwowy i endokrynologiczny, które mają za zadanie wówczas przystosować człowieka do zagrożenia płynącego ze strony niekorzystnych bodźców zewnętrznych. Proces ten opiera się na tym, że organizm zaraz po uzyskaniu sygnału o niebezpieczeństwie, uruchamia system alarmowy i „stan pogotowia”, co ma przygotować organizm do nadchodzącego niebezpieczeństwa. W całym tym procesie rolę systemu alarmowego pełni układ sympatyczny, który wydziela wówczas adrenalinę do krwi i reaguje pobudzeniem. Następnie po wydzieleniu adrenaliny do krwi, następuje wzmożone wydzielanie cukru do krwi i zwiększenia jej krzepliwości, wzrostu akcji serca. Dochodzi do zahamowania ruchu jelit, wzrostu napięcia mięśni szkieletowych wraz ze zmniejszeniem dopływu krwi do skóry i narządów. Następuje wówczas reakcja „walcz lub uciekaj”, którą mogą spowodować różne bodźce psychospołeczne. Cannon był zdania, że stres cechuje się właściwościami przystosowawczymi a także stanowi reakcję organizmu na zagrożenie. Według autora rolą stresu jest przygotowanie organizmu do przetrwania, czemu służą silne emocje, za pomocą których organizm jest motywowany do natychmiastowego działania. Ważne jest, iż w odpowiedzi na nasilone zagrożenie, krytyczny poziom stresu osiągniętego przez jednostkę, może przyczynić się do wyczerpania organizmu reagującego na nie walcz lub uciekaj (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

Założenia dotyczące reakcji stresowej, po Cannonie, powielił i rozwinął H. Selye. W jego opinii stres stanowi nieswoistą reakcję organizmu na jakiegokolwiek stawiane mu wyzwania. Selye podkreślał tym samym, że stres stanowi nieodłączną część ludzkiego życia, jednak mogą przyczyniać się do niego różne bodźce, w tym:

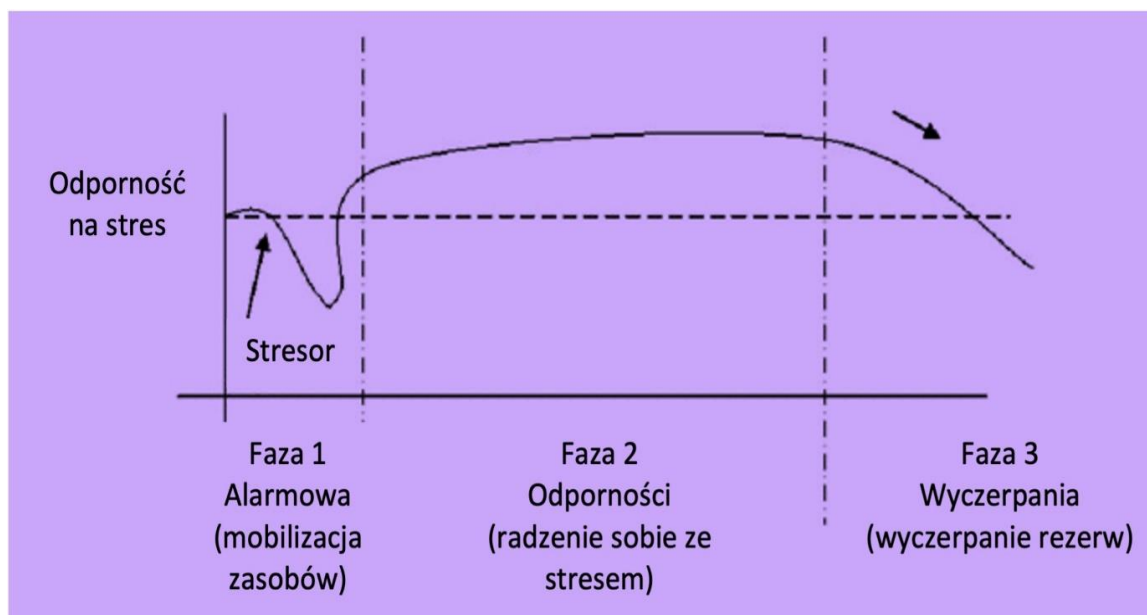
- Czynniki środowiskowe np. trzęsienie ziemi, huragan, powódź,
- Czynniki społeczne tj. bezrobocie, epidemie,
- Czynniki psychologiczne np. śmierć bliskiej osoby, utrata pracy, pogorszenie stanu zdrowia (Stachowicz, Domin i Szewczyk, 2022).

Selye identyfikował zatem stres z każdą niespecyficzną reakcją organizmu, która pojawia się w odpowiedzi na działanie bodźców szkodliwych. Natomiast wzorzec reakcji na stres określił jako „ogólny zespół adaptacyjny” i postrzegał go jako pierwszą linię obrony organizmu przed potencjalnymi zagrożeniami. Według autora wzorzec ten pojawia się zawsze w sytuacji, gdy organizm styka się z jakimkolwiek stresorem (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010). Ogólny zespół adaptacyjny Selye opisał w trzech stadiach, które przedstawiono na rysunku nr 1.



Rysunek 1

Stadia ogólnego zespołu adaptacyjnego



Adnotacja. Źródło: *Doraźna pomoc psom w sytuacjach stresowych*. A. Kokocińska, b.d., (<https://ethoplanet.com/blog/dorazna-pomoc-psom-w-sytuacjach-stresowych/>).

Ogólny stres adaptacyjny przebiegający w trzech stadiach:

1. Faza 1 – Alarmowa (mobilizacja zasobów) – stadium to dotyczy stricte reakcji alarmowej, w której dochodzi do fazy szoku i przeciwdziałania szokowi. W tej fazie uruchamiane są reakcje organizmu na zagrożenie, co jest jednocześnie związane z aktywnością układu współczulnego i wzrostem czynności nadnerczy, które mają za zadanie poradzić sobie ze stresem. Należy zauważyć, iż stadium mobilizacji zasobów stanowi odpowiednik stanu pogotowia w koncepcji Cannon,
2. Faza 2 – Odporności (radzenia sobie ze stresem) – jest to zwany inaczej etap przystosowania jednostki, który polega na wypracowaniu sobie taktyk radzenia sobie ze stresem. Podczas tego etapu organizm koncentruje się na zwalczaniu zagrożenia, przy czym oddziałuje to tym samym na pozostałe funkcje fizjologiczne i psychologiczne. Etap ten charakteryzuje się również przesunięciem zasobów energetycznych z normalnych funkcji organizmu do funkcji obronnych, w efekcie czego może to doprowadzić do wyczerpania się organizmu,
3. Faza 3 – Wyczerpania (wyczerpanie rezerw) – do tego stadium dochodzi w sytuacji, gdy zagrożenie nie mija lub się nasila. Działania, które są wówczas podejmowane nie przynoszą oczekiwanych efektów, co skutkuje tym, że zasoby obronne

organizmu wyczerpują się, w konsekwencji czego organizm jest słaby, a jednocześnie podatny na choroby. Ogólne pobudzenie organizmu nie jest wtedy wykorzystywane na zwalczanie stresora, walka ze stresem skutkuje chorobami adaptacji, dochodzi tu do rozregulowania funkcji fizjologicznych organizmu oraz spadku jego zdolności obronnych (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

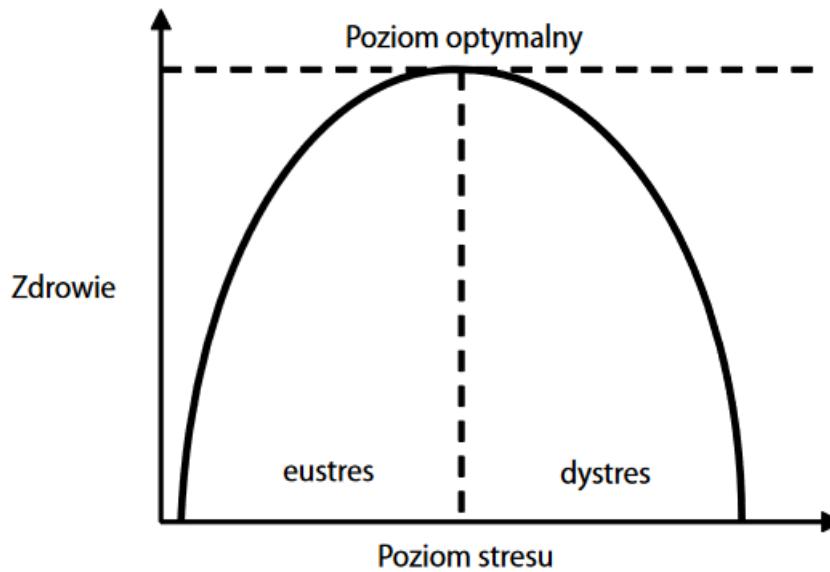
Selye porównał przedstawione stadia stresu adaptacyjnego do trzech cyklicznych etapów następujących w życiu człowieka. Pierwszy etap odpowiada dzieciństwu, gdyż w tym okresie organizm posiada niewielką odporność oraz nadmiernie silnie reaguje na bodźce. Drugie stadium, stadium odporności, utożsamiał z wiekiem dojrzałym, w którym to dochodzi do przystosowania się organizmu do najczęstszych stresorów, a także organizm jest bardziej odporny na zagrożenia. Synchronicznie ostatnie stadium, wyczerpania, porównał do starości człowieka, kiedy to organizm traci już zdolności przystosowawcze i jest bardziej podatny na choroby a także jest bardziej wyczerpany. Selye wyodrębnił również dwa poziomy mobilizacyjne adaptacji łączące się z energią przystosowania. Pierwszy z poziomów – tak zwany „powierzchniowy” jest uruchamiany na każde żądanie, natomiast drugi poziom – zwany „głębokim” wykorzystuje energię tego pierwszego, a jego wyczerpanie prowadzi do śmierci. Selye był zdania, że nie każdy stres jest szkodliwy dla człowieka, a tym samym może być on także siłą motywującą do działania. W odniesieniu do tego można zatem wyróżnić stres destruktywny, działający negatywnie na jednostkę tzw. „dystres” oraz stres oddziałujący pozytywnie tzw. „eustres” (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

Podążając za poglądem Selye’a, który postrzegał stres jako reakcję, oddziaływanie stresu na zdrowie człowieka może być pozytywne, wówczas, gdy z jego wzrostem, poprawia się jego zdrowie i samopoczucie. Jest to motywujący okres do działania dla jednostki, staje się ona bardziej wydajna. Jednakże taki efekt, który działa stymulująco utrzymuje się w organizmie tylko do pewnego poziomu. Granica tego poziomu wyznaczana jest przez punkt maksymalnej tolerancji stresu na osiągnięte korzyści. W sytuacji, gdy dochodzi do przekroczenia tego poziomu następuje wyczerpanie organizmu, które działa destrukcyjnie na organizm człowieka w wyniku czego występuje zagrożenie życia człowieka (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010). Takie oddziaływanie stresu na zdrowie człowieka, pozytywne i negatywne, przedstawiono na załączonym rysunku nr 2.



Rysunek 2

Oddziaływanie stresu na zdrowie



Adnotacja. Źródło: *Osobowość, stres a zdrowie* (s. XYZ), N. Ogińska-Bulik, Z. Juczyński, 2010, Difin.

Podsumowując należy zauważyć, że Selye skoncentrował się, podobnie jak Cannon, na negatywnych dla człowieka fizjologicznych skutkach długotrwałego działania stresorów. Obaj byli twórcami teorii biologicznych stresu. Do zasług, które należy przepisać Seleyowi należy również zaliczyć określenie nieswoistej reakcji na stres, która składa się z powstawania wrzodów, zmniejszenia grasicy oraz powiększenia gruczołów nadnerczy (Grygorczuk, 2008).

Powyżej wskazane teorie nadały początek nowoczesnemu postrzeganiu stresu, zgodnie z którym stanowi on rezultat interakcji między czynnikami wewnętrznymi a zewnętrznymi. W ten oto sposób stres ujmowali np. T. Tomaszewski, J. Reykowski i J. Strelau. Według Tomaszewskiego stres jest niekorzystną sytuacją, w której znajdzie się jednostka, w następstwie czego następuje naruszenie równowagi między nią a zadaniami, czynnościami, a także warunkami ich wykonania. Tomaszewski zaznacza, iż sytuacji tej towarzyszą zarówno przeżycia wewnętrzne jednostki oraz ocena poznawcza. J. Reykowski utożsamiał natomiast stres ze stosunkiem między czynnikami zewnętrznymi a cechami człowieka i jego reakcjami na dane czynniki. Tomaszewski zastępował więc pojęcie stresu sytuacją trudną i uznawał, że ona wystąpi, w sytuacji, gdy zostaje zakłócona równowaga między danymi elementami (Mackiewicz i in., 2014). Podobne spojrzenie na stres miał J. Strelau (1998), a jego zdaniem do stresu dochodzi w przypadku dysharmonii między możliwościami a wymaganiami stawianymi jednostce, zaznaczył on jednak, że musi temu także towarzyszyć motywacja do

przeciwstawienia się wymaganiom. Podkreślał on jednocześnie, iż wymagania i możliwości mogą być subiektywne lub obiektywne (Grygorczuk, 2008).

Niezadowolenie z definiowania stresu jako automatycznej reakcji człowieka na działanie szkodliwych bodźców biologicznych lub w ujmowanie go po prostu jako bodźca, skutkowało pojawieniem się transakcyjnych ujęć stresu. W ujęciu psychologicznym bardzo popularne stała się poznawczo-transakcyjna koncepcja stresu należąca do R. Lazarusa i S. Folkman, który zdefiniowali stres jako określoną relację między jednostką a otoczeniem, która może być obciążająca lub zagrażająca dobrostanowi człowieka. Autorzy podkreślali, iż w relacji tej istotne są zarówno oczekiwania otoczenia jak i indywidualne możliwości każdego człowieka do poradzenia sobie z sytuacją. W definicji R. Lazarusa używa terminu „transakcja” dla określenia procesu interakcji i jego efektów. Konfrontacja wymagań otoczenia z własnymi możliwościami następuje tu za pomocą oceny poznawczej. To właśnie na jej podstawie jednostka dokonuje pierwotnej oceny docierających do niej informacji, przy czym jednostka może ocenić sytuację jako:

1. Krzywdę lub stratę, wówczas łączy się to z utratą przez nią cenionych obiektów, co skutkuje negatywnymi emocjami tj. ból, smutek,
2. Zagrożenie, co przyczynia się do pojawienia się lęku lub zamartwiania się,
3. Wyzwanie, wówczas bierze się pod uwagę nie tylko straty, lecz także korzyści, co powoduje pozytywne i negatywne emocje (Grygorczuk, 2008).

Następstwem oceny pierwotnej jest ocena wtórna, która to mobilizuje środki ustroju do przeciwdziałania się stresowi. Jest ona zatem źródłem aktywności ukierunkowanej na zmianę transakcji stresowej, czego celem jest usunięcie bądź zminimalizowanie skutków stresu. W tego typu ocenie bierze się pod uwagę stan zaplecza i zasoby remedialne podmiotu. Można zauważyć, że tego typu postrzeganie stresu jest podobne do ujęcia T. Tomaszewskiego, aczkolwiek koncepcja R. Lazarusa i S. Folkman podkreśla rolę procesów poznawczych podmiotu (Mrozowicz, 2013).

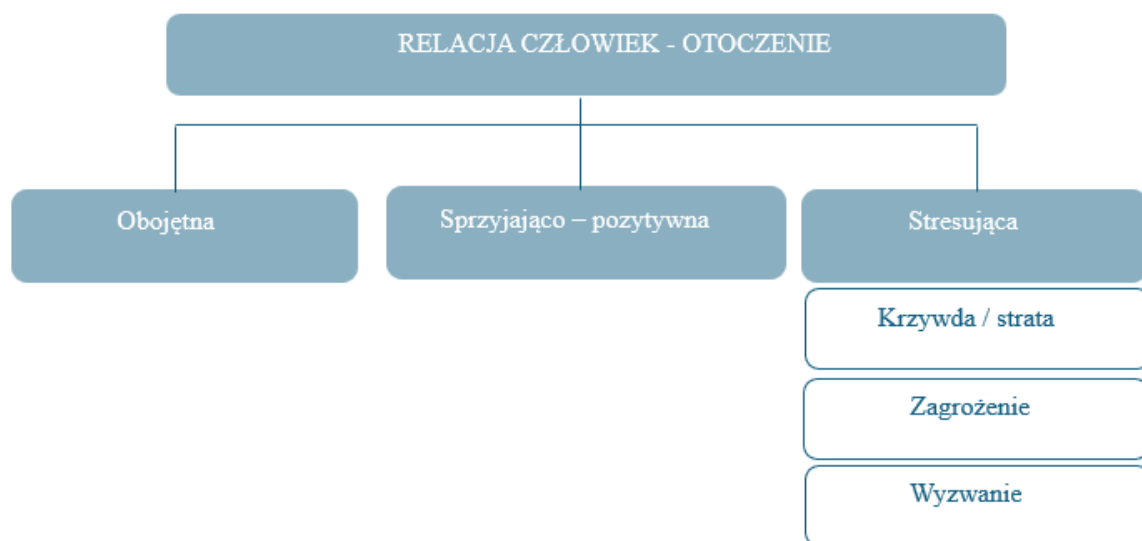
Lazarus uznał więc, że stres psychologiczny nie jest konkretnie umiejscowiony w sytuacji bądź osobie, lecz wynika on z transakcji między nimi. Taka transakcja jest procesem oraz podlega równocześnie ocenie poznawczej podmiotu. Ocena taka dokonywana jest w zgodzie z kategorią znaczeniową jednostki, gdyż może być ona dla niej bez znaczenia, sprzyjająco-pozytywna lub stresująca, co ma miejsce w ocenie pierwotnej. Patrząc na to z tej perspektywy należy uznać, że stresem jest więc dla danej jednostki to, co ona oceni jako stres, ponieważ nie istnieją czynniki obiektywnie stresogenne. Ocena pierwotna wskazuje zatem znaczenie transakcji dla jednostki. Zatem w przypadku, gdy sytuacja zostanie oceniona przez



jednostkę jako stres, zostaje wówczas uruchomiony proces, który jest określany jako ocena wtórna. Podczas tej oceny wartościowaniu podlegają nie tylko możliwości, ale i zasoby radzenia sobie ze stresem. Mają one na celu złagodzenie stresu bądź jego eliminację. Procesy oceny zarówno pierwotnej jak i wtórnej zachodzą równolegle i są współzależne. Ocena wtórna inicjuje aktywność, która ma na celu radzenie sobie (Brzezińska, 2011), co przedstawiono na poniższym rysunku nr 3.

Rysunek 3

Koncepcja stresu Lazarusa



Adnotacja. Źródło: Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej starości, M. Brzezińska, 2011, Difin.

Koncepcja Lazarusa spotkała się z licznymi zarzutami, w tym swoje zastrzeżenia wysunął również S. Hobfoll. Jego koncepcja zwana teorią zachowania zasobów (*Conservation of Resources Theory – COR*), przykłada uwagę do zasad kierujących celowym zachowaniem się człowieka takich jak utrzymywanie, ochrona i pomnażanie własnych zasobów, które postrzegane są jako cenione przez jednostkę właściwości osobiste, czynniki sprzyjające i przedmioty. W zgodzie z teorią Hobfolla, człowiek stara się zdobyć zasoby lub utrzymać już posiadane, a także ochronić je w przypadku zagrożenia, jednocześnie starając się optymalnie je wykorzystać. Podążając za tym stres ma podłoże biologiczne, pomimo, iż jest kształtowany przez czynniki społeczno-kulturowe. W teorii tej stres łączy się z koniecznością zdobywania oraz ochroną warunków zapewniających przetrwanie oraz unikaniem zagrożenia. Daje się zauważyć podobieństwo tej koncepcji do koncepcji stworzonej przez J. Lazarusa, gdyż w

definiowaniu stresu pojęcie zasobów może odpowiadać ocenie poznawczej, przy czym J. Lazarus podkreślał ocenę relacji jednostki z otoczeniem, a S. Hobfoll akcentuje zasoby i przyjmuje, że źródło stresu stanowi brak równowagi w wymianie zasobów między jednostką a otoczeniem (Hobfoll, 2006).

W kręgu współczesnych koncepcji znajduje się salutogenetyczna koncepcja stresu A. Antonovsky'ego, która to odrzuca podział na zdrowie i chorobę oraz ich umieszczenie na wspólnym kontinuum, jakie oddziałuje na sferę psychiczną i somatyczną. Antonovsky w modelu tym skupia uwagę na wzajemnych relacjach pomiędzy stresem a mechanizmami przystosowawczymi jak i na czynnikach, od których jest zależne radzenie sobie w trudnych sytuacjach. Czynniki te określono w salutogenetycznej koncepcji stresu jako Uogólnione Zasady Odpornościowe (*Generalized Resistance Resources – GRRs*) i zaliczono do nich wszystkie fizyczne, biochemiczne, materialne, poznawcze i emocjonalne czynniki, które dotyczą postaw, wartości, relacji interpersonalnych, a dzięki którym jednostka może przeciwdziałać stresorom (Terelak, 2008).

W teorii autorstwa Antonovsky'ego dostrzegamy pojęcie tzw. „poczucie koherencji” (*Sense of Coherence – SOC*), które stanowi trwałe, lecz dynamiczne poczucie jednostki, że może on wytłumaczyć bodźce napływające zarówno ze świata zewnętrznego jak i wewnętrznego, a posiadane przez jednostkę zasoby, pozwolą im sprostać. Jednak wymaga to zaangażowania i wysiłku. Autor wskazuje, iż składają się na nie poczucie zrozumiałości i zaradności. Pierwsze z nich dotyczy stopnia spostrzegania przez jednostkę bodźców jako informacji spójnych i zrozumiałych. Drugie zaś obejmuje stopień postrzegania zasobów jako wystarczających, aby sprostać wymaganiom stawianym przez bodźce. Do elementów poczucia koherencji zalicza się także poczucie sensowności stanowiące tu stopień postrzegania przez jednostkę, że życie ma sens, a choć część problemów wymaga poświęcenia. Osoba o silnym poczuciu sensowności zawsze ma dziedziny, które są dla niej ważne. Koncepcja ta wychodzi więc z założenia, że człowiek zawsze jest i będzie narażony na trudne sytuacje, przy czym silne poczucie koherencji przyczynia się do tego, że nie postrzega on napływających bodźców jako czynników stresogennych, gdyż wie, że posiada zasoby, które pozwolą jej się z nimi uporać (Antonovsky, 2005).

Odnosząc się do teorii stresowych w nurcie psychosomatycznym stres określa się jako konkretny opis reakcji stresowych, przy czym mniejszą uwagę poświęca się czynnikom stresogennym. Tego rodzaju teorie zakładają następujące aspekty:

1. Istnienie fizjologicznych korelatów emocji oraz zależności między długotrwałymi i intensywnymi emocjami a zdrowiem fizycznym,



2. Reprezentowanie różnych aspektów emocji przez zmienne psychologiczne i fizjologiczne, co określa się jako jedność psychosomatyczną,
3. Do powstania syndromu psychosomatycznego konieczna jest wrodzona słabość określonego narządu (Terelak, 2006).

Wskazuje się tu na trzy, główne koncepcje psychosomatyczne stresu. Pierwsza koncepcja to koncepcja konfliktów swoistych Aleksandra, druga koncepcja obejmuje koncepcje reakcji niespecyficznych Mahla, a trzecia to indywidualnej reakcji swoistej Biegańskiego. Pierwsza z nich przyjmuje, że bodziec, który pochodzi z zewnątrz, przyczynia się do konfliktu swoistego dla określonej choroby, czemu towarzyszy lęk. W efekcie czego może dość do reakcji regresyjnych w sferze zachowań i na poziomie fizjologicznym. Zgodnie z tym założeniem, chorobowe objawy psychosomatyczne stanowią symboliczne cielesne reprezentacje nieuświadomionych konfliktów wewnętrznych jednostki. Zgodnie z koncepcją reakcji niespecyficznych Mahla przyjmuje, że bodziec środowiskowy przyczynia się do stresu, a jego efektem jest chroniczny lęk, z którym łączą się reakcje fizjologiczne. Natomiast koncepcja indywidualnej reakcji swoistej zakłada, że stresogenne bodźce środowiskowe przyczyniają się do reakcji emocjonalnej, która jest zależna od cech jednostki, nie ma tu wpływu rodzaj konfliktu (Harasim, 2018).

2.2. Style radzenia sobie ze stresem

Po raz pierwszy sformułowanie „radzenie sobie ze stresem” wprowadzono w latach 60. XX w. (Nowak, 2012). Obecnie uznawane jest za główny element składowy tzw. sytuacji stresowej, w której czynnik stresogenny uruchamia aktywność jednostki na jego usunięcie i powrót do równowagi, przy czym od wybranej przez jednostkę strategii zależy, jakie ona poniesie koszty. Z perspektywy psychologii dotyczy to trzech elementów, do których zaliczamy: proces, styl radzenia sobie ze stresem oraz strategię radzenia sobie ze stresem. Proces jakim jest radzenie sobie ze stresem został opisany w teorii R. Lazarusa i S. Folkman. Zdefiniowali go jako wciąż zmieniające się wysiłki poznawcze i behawioralne, które mają na celu opanowanie zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, jakie dana jednostka postrzega za obciążające lub takie, które przekraczają posiadane przez nią zasoby. Należy przy tym pamiętać, że ocena sytuacji, w której znalazła się jednostka, nie musi być obiektywna i realistyczna, a cel aktywności jednostki może być także nieuświadomiony. Ważna w tym kontekście jest indywidualna zmienność wykorzystywanych przez jednostkę strategii, co decyduje o tym, że jest to proces. Radzenie sobie ze stresem pełni bowiem dwie funkcje: regulację emocji oraz nastawienie na zadanie, w sytuacji stresowej obie funkcje są niezwykle



istotne. Pierwsza z nich to funkcja regulacyjna, która jest ze strategiami radzenia sobie ze stresem, które są skupione na emocjach, natomiast druga – instrumentalna powiązana jest ze strategiami radzenia sobie ze stresem, które są zorientowane na problemie. W związku z tym, funkcja instrumentalna ma na celu opanowanie stresora, a funkcja regulująca kontrolę reakcji emocjonalnej z nim związanej (Grygorczuk, 2008).

W całym procesie radzenia sobie ze stresem istotne są strategie skupione na zadaniu, lecz podkreśla się także znaczenie emocji, które pełnią funkcję adaptacyjną, co wynika z faktu, że radzenie sobie skupione na emocjach, może w efekcie doprowadzić do pobudzenia, a to ma na celu przyczynić się do zwiększenia motywacji do działania (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010)

Styl radzenia sobie ze stresem odróżnia działania podejmowane przez jednostki w sytuacjach stresowych. Można go ogólnie określić jako posiadany przez daną jednostkę zasób strategii radzenia sobie ze stresem (Heszen-Niejodek, 1997). Nieco inna definicja, autorstwa K. Wrześniewskiego, ujmuje go w aspekcie cechy, gdyż, zdaniem autora, jest to trwała osobowościowa zdolność danej jednostki do działań mających na celu eliminację stresu (Wrześniewski, 1996). Każdy człowiek może przyjmować bowiem różne typy i liczbę strategii, ponadto może on w odmienny sposób reagować na pojawiające się czynniki stresogenne. Natomiast różnice w łatwości dostosowywania się do sytuacji stresowych mają często podłoże genetyczne (Strelau i Jaworska, 2005).

W nurcie psychologii poznawczej w 1987 r. S. Miller wyróżniła dwa typy radzenia sobie ze stresem:

1. Tendencja do poszukiwania informacji (monitoring) – styl konfrontacyjny
2. Tendencja do unikania informacji (blunting) – styl unikowy (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

W podobnym tonie style radzenia sobie ze stresem dzielą Crontike i Moss w 1984 r., wyróżniając radzenie sobie, które polega na zbliżaniu i unikaniu. Natomiast Costa i McCrae w 1998 r. wyodrębnili dwa style radzenia sobie ze stresem takie jak:

1. Radzenie sobie dojrzałe (mature)
2. Radzenie sobie neurotyczne (neurotic) (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

Thaois za Semmer w 2006 r. wyróżnia natomiast radzenie sobie skoncentrowane na problemie i emocjach oraz behawioralne i poznawcze radzenie sobie. Do tego podziału nawiązuje także Steptoe, który wyodrębnia style polegające na zbliżaniu się i unikaniu. Zgodnie z podziałem E. Band i J. Weisz 1988 r., style radzenia sobie ze stresem można odnieść do procesów pierwotnej i wtórnej kontroli. Styl skoncentrowany na problemie dotyczy jednostek,



które próbują zmienić warunki zewnętrzne i dostosować je do swoich potrzeb. Natomiast styl polegający na akceptacji danej sytuacji dotyczy zmiany działania jednostki i jej dopasowania do sytuacji (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

Jedną z najpopularniejszych koncepcji radzenia sobie ze stresem jest koncepcja J.D.A. Parkera i N.S. Endlera z 1990 r. (Koprowicz, 2017), którzy wyodrębnili trzy style radzenia sobie ze stresem:

1. Styl skoncentrowany na zadaniu, jest on typowy dla jednostek, które w sytuacji stresowej podejmują działania w celu eliminacji stresu, rozwiązania problemu lub zmiany niekorzystnej sytuacji,
2. Styl skoncentrowany na emocjach jest charakterystyczny dla działań, które mają na celu zmniejszenie emocji towarzyszących stresowi, w efekcie jednostki skupiają w sytuacji stresowej uwagę przede wszystkim na swoich odczuciach i sobie, przy czym mogą one wówczas cechować się myśleniem życzeniowym i fantazjowaniem. Tego rodzaju styl radzenia sobie ze stresem może łączyć się z lękami, depresją i neurotyzmem, a w konsekwencji prowadzić do wyczerpania się organizmu, stanów lękowych i przygnębienia,
3. Styl skoncentrowany na unikaniu polega natomiast na odwracaniu uwagi od problemu i skupianiu się na innych, zastępczych tematach lub poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Jest to styl charakterystyczny dla osób, które starają się nie myśleć o sytuacji stresowej, zajmować się czymś innym i tym samym przed nią uciekać (Koprowicz, 2017).

Analizując style radzenia sobie ze stresem autorstwa J.D.A. Parkera i N.S. Endlera można wyznaczyć znaczne różnice między poszczególnymi stylami. Osoby, które wybierają styl zorientowany na zadaniu, to osoby, które pragną rozwiązać problem, dlatego też poszukują różnych ku temu rozwiązań. Chcą zmienić istniejącą sytuację stresową za pomocą procesów poznawczych, przy czym bez zaangażowania emocjonalnego. Za pomocą procesów poznawczych zbierają one i analizują informacje. Dzięki temu potrafią funkcjonować w zmieniających się dla nich warunkach. Natomiast osoby skupione na emocjach, rozpatrują jedynie własne przeżycia, przy czym podejmując działanie, często są negatywnie nastawione do stresu, co w efekcie zwiększa jego poziom. W wyniku czego efektywne i racjonalne działanie jest wówczas zastępowane myśleniem życzeniowym. Jednostki takie mają wówczas też skłonności do obwiniania siebie za brak działania zorientowanego na rozwiązanie sytuacji stresowej. Ostatni styl, który jest zorientowany na unikanie jest typowy dla osób, które



w sytuacji stresowej angażują się w działania zastępcze np. pracę lub kontakty towarzyskie (Mroczkowska i Białkowska, 2014).

Koncepcja dotycząca stylów radzenia sobie ze stresem autorstwa Lazarusa i Folkman nie uwzględniała kontekstu czasowego. Jest to zmiana, która jest typowa dla współczesnych koncepcji. Jedną z nich stanowi ujęcie R. Schwarzena i S. Tauberta, którzy w 1999 roku wyodrębnili takie oto style radzenia sobie ze stresem:

1. Reaktywne – skupienie na kompensacji doznanej krzywdy bądź straty, ma ono miejsce wówczas, gdy stresujące wydarzenie właśnie nastąpiło, dotyczy np. sytuacji po amputacji nogi,
2. Antycypacyjne – skupione na wydarzeniu, które ma mieć miejsce w niedalekiej przyszłości, dotyczy to np. sytuacji, gdy człowiek zażywa leki uspokajające przed operacją,
3. Prewencyjne – dotyczące gromadzenia zasobów umożliwiających zmniejszenie skutków sytuacji stresowych, następuje długo przed wystąpieniem stresującego wydarzenia np. dotyczy jednostki, która pali papierosy, co w przyszłości może przerodzić się w nowotwór,
4. Dynamiczne – stresujące wydarzenia obecnie mają miejsce poprzez odwrócenie uwagi od bolącego miejsca,
5. Rezydualne – sytuacja ma miejsce na długo przed wystąpieniem stresującego wydarzenia, za pomocą działań mających na celu walkę z ze skutkami długofalowymi zdarzeń (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

Można zatem uznać, że poprzednie koncepcje dotycząc radzenia sobie ze stresem były skupione przede wszystkim na wyszczególnieniu bardzo dokładnie ewentualnych sfer, które będą zaangażowane w procesy radzenia sobie. Natomiast koncepcja R. Schwarzena i S. Tauberta podkreśliła, że w radzeniu sobie ważna jest perspektywa czasowa, gdyż według nich czas zarówno przeszły, teraźniejszy, jak również przyszły stres może stanowić dla człowieka wyzwanie, a tym samym zaburzać jego funkcjonowanie. Podobnie to, co dawniej się wydarzyło, może oddziaływać na obecne i przyszłe cele jednostki. Umieszczenie stresora w przyszłości dotyczy bliższej i dalszej perspektywy czasowej. W związku z tym, każdy człowiek może podejmować różne zachowania zaradcze, dlatego też trudno jest je jednoznacznie przypisać do strategii „walcz lub uciekaj” bądź „zrelaksuj się”. Zdaniem autorów tej koncepcji radzenie sobie jednostki ze stresem jest uzależnione od perspektywy czasowej oraz subiektywnych poglądów dotyczących przyszłych wydarzeń (Falewicz, 2017).



Można jednak zauważyć, że pomimo, iż koncepcja ta skupia się na perspektywie czasowej, nadal uwzględnia ona reakcję na wydarzenie. Dotyczy to również prewencyjnego i antycypacyjnego radzenia sobie, gdyż jest to reaktywna forma radzenia sobie jako odpowiedź na zagrożenie, którego spodziewa się jednostka. Dlatego też wprowadzono także proaktywny wymiar radzenia sobie (Falewicz, 2017).

Reaktywne radzenie sobie dotyczy podejmowania działań przez jednostkę dotyczących poradzenia sobie z przeszłymi lub teraźniejszymi wydarzeniami stresowymi. Jednostka podejmuje działania po to, aby zrekompensować skutki sytuacji stresowych bądź zaakceptować doznaną stratę lub krzywdę. Do tego typu sytuacji stresowych można zaliczyć rozwód lub niepowodzenie w pracy zawodowej, co miało miejsce w przeszłości, jednak człowiek staje wówczas przed koniecznością zrekompensowania strat lub krzywd bądź odnalezienia dobrych stron danej sytuacji. Tego typu styl radzenia sobie polega na skupianiu się na problemie, emocjach lub relacjach społecznych. W danym stylu cenne są cechy jednostki tj. optymizm oraz samoskuteczność (Falewicz, 2017).

Antycypacyjne radzenie sobie od reaktywnego odróżnia czas wystąpienia bodźca, gdyż on jeszcze nie nastąpił. Podejmowany wówczas wysiłek skierowany jest na zagrożenie bliskie, które z dużym prawdopodobieństwem nastąpi np. wizyta u dentysty, awans lub egzamin. W tym przypadku jednostka musi więc poradzić sobie z zagrożeniem, gdzie jednocześnie istnieje ryzyko poniesienia straty lub krzywdy. Tego typu sytuacje stresowe człowiek może postrzegać jako zagrożenie lub wyzwanie. Celem antycypacyjnego radzenia sobie w takich sytuacjach jest utrzymanie dobrego samopoczucia, pomimo ryzyka, oderwanie uwagi od danej sytuacji bądź zwrócenie się o pomoc. Ten typ radzenia sobie można postrzegać jako zarządzanie własnym ryzykiem, co obejmuje zaangażowanie zasobów w zapobieganie lub walkę z trudnością. Do koniecznych w tym celu zasobów można zaliczyć np. wiarę we własne możliwości i otwartość na nowe sytuacje (Falewicz, 2017).

Prewencyjne radzenie sobie dotyczy wysiłków podejmowanych w sytuacji, gdy jednostka mierzy się z dalekosiężną niepewnością, co odróżnia je tym samym od antycypacyjnego radzenia sobie oznaczającego krótkotrwałe zaangażowanie wobec celów wysoce prawdopodobnych, gdyż w przypadku prewencyjnego cel jest mniej specyficzny. Działanie tego typu polega na zbudowaniu ogólnych zasobów odpornościowych umożliwiających zmniejszenie wysiłku w celu eliminacji stresu, redukcji uderzenia bodźca, jak również samego wydarzenia. Jednym z rozwiązań w tym zakresie jest unikanie wydarzenia. Do zagrożeń zaliczyć można np. kradzież, utratę pracy, zachorowanie lub popadnięcie w biedę, natomiast prewencyjnymi sposobami radzenia sobie będą np. ubezpieczenie się na życie lub



oszczędzanie. W związku z tym są to zachowania na wypadek sytuacji, których człowiek się nie spodziewa, lecz istnieje ryzyko, że mogą takowe nastąpić. Aktywność zaradcza jednostki związana jest z niewiadomą dotyczącą możliwości nadejścia zagrożenia. Jest więc to działanie „na wszelki wypadek”, zabezpieczanie się przed ewentualnymi zagrożeniami. W takich przypadkach radzenie sobie dotyczy zarządzania ryzykiem zaistnienia w przyszłości różnego rodzaju sytuacji. To, że jednostka jest niepewna w stosunku do przyszłości, oddziałuje na szerokie spektrum zachowań zaradczych. Budowanie zasobów przez człowieka ma miejsce poprzez gromadzenie dóbr materialnych, wzmacnianie sił psychicznych, a także rozwijanie możliwości i więzi społecznych. Prewencyjne radzenie sobie oznacza działanie, którego źródłem jest troska i rozsądne branie pod uwagę zagrożeń. Nie jest natomiast efektem lęku bądź efektem ostrej sytuacji stresowej. W budowaniu zasobów do przyszłego radzenia sobie ze stresem ważna jest samostateczność, dzięki której łatwiej jest jednostce budować zasoby, aby w przyszłości poradzić sobie z trudną sytuacją (Falewicz, 2017).

Wskazane perspektywy pokazują, że walka z negatywnymi sytuacjami może mieć również szerszy aspekt, gdzie uwzględnia się nie tylko ryzyko, ale też cele. To w konsekwencji umożliwia aktywne tworzenie możliwości oraz pozytywnego doświadczenia związanego ze stresem. Koncepcja ta pokazuje także, że radzenie sobie ze stresem może pełnić pozytywne funkcje, ponieważ proaktywne radzenie sobie skupia się na poprawie ludzkiego życia, co tym samym włącza elementy psychologii pozytywnej (Falewicz, 2017).

Style radzenia sobie ze stresem powstały, ponieważ sytuacja stresowa jest specyficzna. Człowiek staje wówczas przed wymaganiami przekraczającymi jego możliwości przystosowawcze lub przekraczające jego granice. Ponadto sytuacjom stresowym mogą towarzyszyć negatywne emocje lub potencjalne efekty, dlatego jednostka pragnie przywrócić równowagę swojemu życiu, co obejmuje własne możliwości i wymagania zewnętrzne (Harasim, 2018).

2.3. Strategie radzenia sobie ze stresem

Strategie radzenia sobie ze stresem zaczęły powstawać w wyniku zainteresowania badaczy problematyki stresu a także aktywnością jednostki podejmowanej w konfrontacji z czynnikami stresogennymi. Odkryto, że jednostka w konfrontacji ze stresem, nie zawsze pozostaje bierna, lecz podejmuje ona również określone działania w celu jego eliminacji lub pokonania (Łosiak, 2008).

Zgodnie z teorią R. Lazarusa i S. Folkman, strategie radzenia sobie ze stresem postrzega się jako stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, które jednostka podejmuje w



sytuacji stresowej mając na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, które są przez nią oceniane jako obciążające bądź przekraczające jej zasoby (Wrześniewski, 1996). Wybór konkretnej strategii radzenia sobie ze stresem jest więc związany z postrzeganiem przez jednostkę wymagań sytuacji, stylem radzenia sobie w sytuacji stresowej oraz z predyspozycjami osobowościowymi tejże jednostki, które nie wchodzą w skład stylów (Heszen-Niejodek, 1997). Sposobów radzenia sobie ze stresem jest wiele, gdyż jedne mają na celu zwalczanie sytuacji stresowej, inne natomiast poprawienie sobie nastroju bez eliminacji przyczyn stresu. Można też wyodrębnić takie style, których celem jest po prostu unikanie sytuacji trudnych (Heszen-Niejodek, 1997).

Latack J. C. uznała, że radzenie sobie stanowi reakcję na niepewną sytuację wyzwalającą napięcie, na skutek czego jednostka pragnie zminimalizować stres wykorzystując do tego posiadane zasoby oraz rozpatrując ewentualne konsekwencje stresu. W trakcie radzenia sobie można wyróżnić cztery etapy:

1. Jednostka traktuje sytuację stresową jako problem i zagrożenie,
2. Przeprowadza ocenę poznawczą oraz określa oczekiwania, którym musi sprostać,
3. Przekłada się to na poziom odczuwanego stresu, ponieważ wysoki poziom stresu może motywować do działania, lecz może być także przyczyną zmian fizjologicznych,
4. W celu napięcia jednostka wybiera jedną ze strategii radzenia sobie ze stresem (Stępka i Basińska, 2014).

Także rodzaje podejmowanych przez jednostkę działań uzależnione jest od wpływów środowiskowych oraz od jej zasobów osobistych. Według J.C. Latack dochodzi do przenikania się zadaniowego i skoncentrowanego na regulowaniu emocji sposobu radzenia sobie ze stresem. Zarówno strategię oparte na bezpośrednim działaniu jak i strategię dotyczące pracy nad emocjami sprawiają, że jednostka korzysta z funkcji poznawczych. Natomiast w strategii skoncentrowanej na emocjach myślenie pozytywne bądź intensywne myślenie o stresującej sytuacji mogą być szansą na rozwinięcie bądź odkrycie przez jednostkę nowych umiejętności, które następnie mogą zostać przekształcone w konkretne zachowania. Strategie skoncentrowane na problemie mogą także obejmować konkretne działania i polegać na organizowaniu zasobów oraz systematycznym rozwiązaniu problemu. (Stępka i Basińska, 2014).

Wykorzystując strategię radzenia sobie ze stresem, człowiek korzysta zarazem z poznawczych i behawioralnych środków minimalizacji stresu. Strategie radzenia sobie ze stresem można podzielić na:



1. Strategie kontroli – które polegają na bezpośrednim starciu z sytuacją stresową, co w efekcie daje jednostce poczucie panowania nad sytuacją,
2. Strategie unikania – cechuje je nie tylko unikanie sytuacji stresowej, ale także jej konsekwencji (Stępka i Basińska, 2014).

W narzędziu Latack Coping Scale do mierzenia stosowanych przez jednostkę sposobów radzenia sobie ze stresem w środowisku pracy S. J. Havlovic, J. P. Keenen wyróżnili 5 szczegółowych strategii radzenia sobie ze stresem w dwóch podziałach:

1. Strategie kontroli sytuacji:
 - a) bezpośrednie działanie,
 - b) szukanie pomocy,
 - c) myślenie pozytywne,
2. Strategie unikowe:
 - a) unikanie/rezygnacja,
 - b) używanie alkoholu (Stępka i Basińska, 2014).

Radzenie sobie ze stresem ma więc jeden główny cel, którym to jest odzyskanie równowagi między człowiekiem a otoczeniem, co w efekcie ma doprowadzić do poprawy stanu emocjonalnego podmiotu. Z praktycznego punktu widzenia liczy się zatem skuteczność, którą trudno jest jednoznacznie zbadać. Badania Mroziak i in. (1999 r.), Szostak (1966 r.) i innych wykazały na znaczne różnice indywidualne w potencjale do tolerowania stresu. Wskazuje się także, że na skuteczność radzenia sobie ze stresem, obok innych czynników, może również oddziaływać płeć jednostki, która mierzy się z sytuacją stresującą. Należy zauważyć, że związek ten nie jest z góry jednoznaczny, gdyż niektóre badania np. Mroziaka (1999 r.) i Wójtowicza (1999 r.) nie wykazały różnic związanych z płcią w strategii radzenia sobie ze stresem, przy czym badano w nich osoby uzależnione od alkoholu podejmujące leczenie odwykowe. Natomiast w innych badaniach np. Olesia (1999 r.), Titkova (1993 r.) i Traunera (1992 r.) wykazały dużą rolę płci w wyborze strategii radzenia sobie ze stresem. Wyniki tych badań wykazały, że mężczyźni na ogół wybierają racjonalistyczne strategie, podczas gdy kobiety częściej poszukują wsparcia i wybierają mniej efektywne sposoby redukcji skutków stresu (Brzezińska, 2011).

Badania przeprowadzone przez A. Pohorecką i I. Jelonkiewicz wniosły natomiast, że młode kobiety i młodzi mężczyźni z reguły wybierali styl skoncentrowany na zadaniu. Natomiast młode kobiety częściej niż mężczyźni wybierali styl skoncentrowany na negatywnych emocjach oraz na unikaniu przez odwracanie uwagi (Pohorecka i Jelonkiewicz, 1995).



Należy więc przyjąć, iż strategię radzenia sobie ze stresem powiązane są ze stylami radzenia sobie ze stresem, czyli stylem skoncentrowanym na zadaniu, skoncentrowanym na emocjach oraz skoncentrowanym na unikaniu, zgodnie z podziałem N. S. Endlera i D.A. Parkera. Trzeba zatem uznać, iż kryterium wskazanego podziału stanowią działania zaradcze, które obejmują ukierunkowanie na rozwiązanie problemu lub obniżenie wysokiego napięcia. W przypadku wyboru stylu skoncentrowanego na zadaniu, w przypadku stresu jednostka podejmuje wysiłki, aby rozwiązać problem poprzez zmianę sytuacji trudnej lub przekształcenie poznawcze. Natomiast przy wyborze stylu skoncentrowanego na emocjach, jednostka będzie bardzo skupiona na sobie jak i własnych reakcjach, może więc ona zastosować pobudzanie i podtrzymywanie tych pozytywnych emocji. W stylu unikowym, jednostka nie myśli o problemie, zatem jej wybór będzie padał na strategię opierającą się na działaniu, które ma na celu odwrócenia uwagi od źródła problemu lub będzie wówczas poszukiwała wsparcia społecznego (Sygit-Kowalkowska, 2014).

Można zatem stwierdzić, że strategię radzenia sobie ze stresem stanowią element procesu radzenia sobie, gdyż są podejmowane w konkretnej sytuacji stresowej, aby zmienić daną sytuację lub złagodzić jej skutki. Posiadane w zasobie danej jednostki charakterystyczne strategię określa się jako indywidualny styl radzenia sobie. Podstawę klasyfikacji strategii radzenia sobie ze stresem stanowią: modalność radzenia sobie, to znaczy wysiłki poznawcze i behawioralne, a także kryterium funkcjonalne, które jest ukierunkowaniem danej strategii na eliminację problemu bądź regulację emocji (Basińska i Kasprzak, 2012).

Dla zbadania w jaki sposób jednostka radzi sobie ze stresem można użyć narzędzia, w którym jest – Kwestionariusza COPE – Wielowymiarowe Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem. Kwestionariusz ten został opracowany przez Ch. Cervera i jego współpracowników jako narzędzie do badania reakcji ludzi na stres. Zawiera on 60 twierdzeń, które wchodzi w skład 15 strategii, stylów i po 4 stwierdzenia do każdej strategii. Badanie to wskazuje tendencję jednostki do określonego rodzaju radzenia sobie ze stresem, co jest również uzależnione od sytuacji stresowej w której się znajduje oraz od właściwości odpornościowych człowieka. Badane strategię są ukierunkowane w trzech kierunkach na: rozwiązanie problemu, łagodzenie emocji lub unikanie. Skuteczność radzenia sobie ze stresem uwzględnia funkcję instrumentalną (jej celem jest zmniejszenie działania stresora) oraz funkcję emocjonalną (jej celem jest regulacja emocji). Wyróżnia się:

1. Strategię skoncentrowane na problemie: aktywne radzenie sobie, planowanie, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, unikanie konkurencyjnych działań społecznych, pozytywne przewartościowanie,



2. Strategie ukierunkowane na poszukiwanie wsparcia i koncentracji na emocjach: zwrot ku religii, rozwój, powstrzymanie się od działań, akceptacja, koncentracja na emocjach, wyładowanie emocji,
3. Strategie unikowe: zaprzeczanie, odwracanie uwagi, zaprzestanie działań, alkohol, poczucie humoru (Rowiecki i Kulmatycki, 2017).

W badaniach wykorzystuje się różne narzędzia pomiaru, które odwołują się do różnych koncepcji autorów. Jednym z takich narzędzi jest Kwestionariusz CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*) S. Endlera i D. A. Parkera, który składa się z 48 pozycji i mierzy 3 style radzenia sobie ze stresem takie jak: styl koncentrowany na zadaniu, na emocjach oraz na unikaniu. Polską wersję tego kwestionariusza przygotowali P. Szczepaniak, J. Strelau i K. Wrześniewski (Szczepaniak, Strelau i Wrześniewski, 1996).

Badania dotyczące radzenia sobie ze stresem można przeprowadzić również za pomocą *Skali Odczuwanego Stresu* (PSS-10) Cohena i jego współpracowników. Skala ta zawiera 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami oraz zdarzeniami osobistymi, a także zachowaniami i sposobami radzenia sobie. Pytanie dotyczy oceny natężenia stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca, a jednocześnie skuteczności radzenia sobie. Hobfoll wraz ze współpracownikami stworzyli metodę do pomiaru gospodarowania zasobami *The Conservation of Resources Evaluation – COR – Evaluation*, której polska wersja zawiera 95 zasobów, których ważność oraz zmiany na gorsze (straty) oraz lepsze (zyski) ocenia się za pomocą 5 punktowej skali. Natomiast do pomiaru proaktywnego radzenia sobie ze stresem stworzono *The Proactive Coping Inventory*, narzędzie to zostało stworzone przez Schwarzera i Tauberta. W polskiej wersji jest to *Kwestionariusz Reakcji na Codzienne Wydarzenia*, H. Sęk, T. Pasikowskiego, E. Greenglassa, S. Tauberta, który zawiera 7 podskal: proaktywne radzenie sobie, refleksyjne radzenie sobie, prewencyjne radzenie sobie, strategiczne planowanie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego lub emocjonalnego, a także radzenie sobie poprzez dystansowanie się (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

Rozdział 3 Zdrowie psychiczne

3.1. Definicje zdrowia

Zarówno zdrowie jak i choroba pełnią ważną rolę w życiu człowieka a także odnoszą się do wielu innych dziedzin z nim powiązanych. W potocznym użyciu pojęcia te zostały zmonopolizowane przez medycynę, aczkolwiek dotyczą one również do innych dziedzin między innymi socjologii czy ekonomii. W związku z tym przyjmuje się, iż istnieje około 120 definicji zdrowia, które bazują na różnych, często odmiennych płaszczyznach w myśl, których zdrowie często rozumiane jest jako brak choroby, funkcjonowanie organizmu, norma gatunkowa, dobrostan zarówno fizyczny, psychiczny jak i społeczny bądź zdolność adaptacyjna. Ujęcie pojęcia w terminologii zależy zatem nie tylko od celów czy okoliczności, ale również od zamysłu, który przyświecał jego twórcom. Dlatego też nie ma jednej uniwersalnej definicji zdrowia i choroby a wybór samej teorii dotyczącej choroby zależy od tego w jaki sposób oraz co postrzegamy jako chorobę. (Domaradzki, 2013)

Proces definiowania koncepcji zdrowia sięga politeistycznej religii Greków w VII wieku p.n.e. i wiąże się z kultem Askepiosa, uznanego za najważniejszego boga medycyny, któremu przypisywano zajmowanie się zdrowiem. W Grecji bowiem powstały również pierwsze prace Hipokratesa, dotyczące zaleceń higienicznych, a samego ich twórcę uznaje się za „ojca medycyny europejskiej”. Jest on twórcą koncepcji zdrowia postrzeganego jako dobre samopoczucie, a choroby jako stanu przeciwnego w stosunku do zdrowia. Zwracał uwagę na to, iż zdrowie jest uzależnione od równowagi pomiędzy tym co otacza człowieka a jego indywidualnym sposobem życia. Do hipokratesowej nauki skupiającej się na równowadze wewnętrznej człowieka nawiązał Galen wprowadzając do swojej koncepcji zdrowia pojęcie homeostazy. Platon natomiast definiował termin jakim jest zdrowie jako doskonalenie stylu życia, które jest powiązane zarówno ze sposobem odżywiania człowieka, jego rozwojem zarówno w sferze duchowej jak i kulturalnej. W chrześcijańskim średniowieczu zdrowie pojmowano nie tylko jako brak choroby i cierpienia, lecz także jako zdolność do ich znoszenia przez człowieka. (Malik, 2006)

Paracelsus stworzył uniwersalną doktrynę mikro- i makrokosmosu, według której zdrowie nie jest czymś co jest dane człowiekowi przez naturę, lecz musi on je stale zdobywać a długość życia człowieka oraz zdrowia jakie on posiada zależy od stylu życia, który jednostka prowadzi. W koncepcji zdrowia wielki przełom nastąpił wraz ze sposobem postrzegania człowieka, przez Kartezjusza który oddzielił „soma” od „psyche”. Jego teoria mówiąca, iż organizm ludzki to wielka maszyna, która działa z ogromną precyzją oraz doskonałością. Teoria



ta stała się podstawą biomedycznego modelu zdrowia, w której pojęcie zdrowia rozumiano jako brak choroby, czyli taki stan, w którym nie można u człowieka zauważyć w sposób empiryczny objawów chorobowych a wszystkie parametry dające się zbadać są w granicach przyjętych norm. (Malik, 2006)

W połowie XX wieku wskutek rozwoju nauk behawioralnych nastąpiła zmiana poglądów na temat zdrowia i choroby. Według Talcotta Parsons'a zdrowie człowieka jest postrzegane jako stan optymalnej zdolności jednostki do efektywnego wykonywania cenionych zadań, a stan zdrowia umożliwia jednostce maksymalny rozwój swojej aktywności w różnorodnych obszarach życia społecznego. W myśl tego stwierdzenia, zdrowie nie jest postrzegane jako problem jednostki, ale jest traktowane jako warunek efektywnego uczestnictwa człowieka w życiu społecznym. Warto zwrócić uwagę, iż zdrowie, zostało tu po raz pierwszy określone jako stan pozytywny. Wskaźnikami, które definiowały zdrowie były takie aspekty jak aktywność fizyczna, poczucie samorealizacji a także szansa na realizację dalekosiężnych aspiracji, planów i życiowych celów jednostki. W ten oto sposób powstała socjomedyczna koncepcja zdrowia która zakładała, iż człowiek pojmowany był jako zespół elementów połączonych prostymi relacjami. Natomiast wiedza o każdym z tych elementów oraz relacji połączeń to wiedza o człowieku jako całości. W socjometrycznej koncepcji zdrowia, diagnozując jednostkę, uwzględnia się więc także objawy pozasomatyczne. (Malik, 2006)

Takie rozumienie zdrowia opierało się na wymiarach medycznych oraz społecznych. Jako przełomowy moment w zmianie takiego stanu rzeczy uważa się włączenie do postrzegania zdrowia perspektywy ekologicznej. Przedmiotem badań, które wpłynęły na przełom w rozumieniu zdrowia stały się zachowania, które otaczają chorobę. Biomedyczne aspekty uważa się za jeden z wielu czynników wpływających na zdrowie człowieka. Równie ważną rolę zaczęły odgrywać także uwarunkowania psychologiczne, społeczne a także kulturowe w których funkcjonuje jednostka. Holistyczne, czyli kompleksowe postrzeganie człowieka jako całość oraz jako część całości. Równowaga zdrowotna oraz potencjał zdrowotny stanowiący warunek do jego utrzymania nazwany jest społeczno – ekonomiczny modelem zdrowia. (Malik, 2006)

Definicją zawierającą w sobie założenia holizmu, która obecnie obowiązuje a także jest najbardziej powszechną definicją zdrowia, jest definicja zawarta w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 roku. Według niej „zdrowie to pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby czy niedomagania” (World Health Organisation, 1948).



Polski psycholog i psychoterapeuta Kazimierz Popielski jest autorem najmłodszej z koncepcji zdrowia jaką jest egzystencjalny (neotyczny) model zdrowia. Model ten skupia się na poszukiwaniu sensu i celu w życiu, które postrzega się jako kluczowe części dobrostanu psychicznego i fizycznego. Zdrowie postrzegane jest nie tylko jako brak choroby, lecz także jako zdolności jednostki do odnalezienia i realizacji głębszego sensu życia. (Szcukiewicz i Olszewski, 2014). Zgodnie z przesłaniem tej koncepcji człowiek jest nie tylko leczony, ale ma również prawo do kierowania swoim leczeniem. (Malik, 2006)

Pojęcie zdrowie jest definiowane w zależności od badacza oraz dziedzin nauki, w której postrzegany jest człowiek. Dlatego uniemożliwia to stworzenie uniwersalnej definicji zdrowia. Ważną kwestią jest, iż samo pojęcie, które w języku potocznym używane jest przez ludzi jako określenie braku choroby, jest postrzegane w szerszym aspekcie.

Zarówno w Polsce jak i Europie istnieją przepisy które regulują ochronę zdrowia, prawa pacjentów, zasady świadczenia usług zdrowotnych a także dotyczą organizacji systemów opieki zdrowotnej. Występujące w Polsce ustawy oraz rozporządzenia krajowe dotyczące zdrowia publicznego to:

- Konstytucja RP (1997) – art. 68,
- Ustawa z dnia 19 lipca 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (w Polsce od 2018 roku RODO).

W Europie kluczowe akty prawne dotyczące zdrowia obejmują przepisy prawne Unii Europejskiej, Europejskiej Konwencji Praw Człowieka oraz Europejskiej Konwencji Bioetycznej. Do przepisów Unii Europejskiej zaliczamy:

- Kartę praw podstawowych UE (2000) – art. 35,
- Dyrektywa 2011/24/UE o transgranicznej opiece zdrowotnej,
- Rozporządzenie (UE) 2016/679 (RODO)
- Dyrektywę tytoniową 2014/40/UE
- Europejską kartę zdrowia.

Europejska Konwencja Praw Człowieka (1950) w artykule drugim oraz artykule ósmym ocenia prawo do życia oraz prawo do prywatności jako podstawowe prawa ochrony zdrowia w



Europie. Europejska Konwencja Bioetyczna (Owiedo, 1997) w swoich przepisach reguluje etyczne aspekty medycyny do których należą także kwestie badań klinicznych, transplantacji oraz zgody pacjenta.

W kontekście globalnym istnieją takie przepisy jak Konstytucja WHO (1948), która uznaje zdrowie za jedną z podstawowych praw człowieka, Międzynarodowe przepisy zdrowotne (IHR, 2005) oraz Deklaracja z Alma-Aty (1978). Oprócz dokumentów należących do Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), możemy wymienić także przepisy Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ). Jest to Powszechna Deklaracja Praw Człowieka z 1948 r. która w artykule 25 uznaje zdrowie za podstawowe prawo człowieka oraz przedstawia cele zrównoważonego rozwoju (Agenda 2030). Natomiast Konwencja Genewska z 1949 roku wydała dokument, który dotyczy ochrony zdrowia w czasie konfliktów zbrojnych i jest regulowana przez Międzynarodowe Prawo Humanitarne.

3.2. Zdrowie psychiczne

Zdrowie psychiczne jest nieodłączną częścią zdrowia, a jego definicja ewoluowała na przestrzeni czasu. Przegląd literatury pozwala stwierdzić, iż zdrowiem psychicznym zajmowali się najczęściej filozofowie, a jego brakiem lekarze, którzy szukali źródła choroby, aby można było przywrócić stan zdrowia jednostce. Już w starożytności zwracano uwagę, iż na poczucie zdrowia jednostki zarówno fizycznego jak i psychicznego ma szereg czynników, do których zaliczamy czynniki nie tylko psychologiczne czy środowiskowe, lecz również kulturowe. Lekarze na wyspie Kos holistycznie zajmując się pacjentem oddziaływali na obie jego sfery: fizyczną i psychiczną. Uczenie osiągania dobrostanu osiągało się poprzez utrzymanie przez jednostkę nie tylko aktywności fizycznej czy poznawczej, lecz również dzięki wspomaganie podtrzymywania zdrowia na odpowiednim poziomie. (Parnowski, 2019) Rozpoczęta dawno debata na temat zdrowia psychicznego trwa nadal. Lucjan Korzeniowski w Encyklopedycznym Słowniku Psychiatrii wskazuje na taki stan rzeczy pisząc, iż normę psychiczną należy postrzegać w relacjach dynamicznych, takich które się zmieniają, a nie stacjonarnych. Wynika to z cech charakteru, temperamentu, popędu a także czynności intelektualnych jednostki w dążeniu do zaspokojenia potrzeb (nie tylko osobniczych, ale także środowiskowych). Jak słusznie zauważył normy psychiczne wiążą się nie tylko z właściwościami jednostki, cechami jej osobowości, lecz również są uwarunkowane normami, które panują w danym kręgu kulturowym oraz społecznym. (Korzeniowski i Pużyński, 1986) Zdrowie nabiera zatem różnego znaczenia dla ludzi, którzy znajdują się w określonych sytuacjach, społecznych czy życiowych.



W 1948 r. Światowa Organizacja Zdrowia wprowadziła ogólną definicję zdrowia psychicznego. W myśl tej definicji zdrowie rozumiane było jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka. Taka definicja spotkała się z dużą dezaprobatą badaczy, ponieważ zdrowie psychiczne uzależnione jest od wielu innych czynników, do których należą, między innymi, wspomniane już wyżej przez Korzeniowskiego, różnice na poziomie kultury, wiary czy zasad społecznych w których żyje jednostka, a także jej subiektywne odczucia. Należy zauważyć, iż badacze byli zgodni co do jednej kwestii, iż brak rozpoznanej choroby psychicznej, którą można przyporządkować określonej jednostce chorobowej, nie musi oznaczać zdrowia psychicznego. (International Health Conference, 1948) Jak zauważył również Korzeniowski, poczucie dobrostanu, które zostało ujęte przez Światową Organizację Zdrowia w podanej w 1948 roku definicji występuje u osób u których występują zaburzenia psychiczne zdefiniowane jako jednostka chorobowa, tak jak ma to miejsce w przypadku hipomanii. Tym samym nie można mówić o dobrostanie jako czynnika przemawiającym za dobrym zdrowiem psychicznym. (Dąbrowski, 1985).

Światowa Organizacja Zdrowia po 53 latach, w 2001 roku uaktualniła definicję zdrowia psychicznego z 1948 której brzmienie jest następujące „... jest to stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, może radzić sobie ze stresem w codziennym życiu, może wydajnie i owocnie pracować oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty.” (International Health Conference, 2001). Również w takim ujęciu, doszukano się zagrożeń dla pojęcia zdrowia psychicznego płynących z braku precyzji i stosowaniu przez WHO uogólnień w kwestii odmienności obszarów takich jak emocjonalny, poznawczy oraz społeczny.

Poniżej w tabeli nr 5, autorstwa Tadeusza Parnowskiego, wskazano kilka definicji zdrowia psychicznego. Analizując jej treść możemy zauważyć, że stabilny rozwój jednostki oraz związki ze społeczeństwem należą do dwóch istotnych elementów. Elementy te wymieniono jako cechy charakterystyczne dla osoby zdrowej psychicznie.



Tabela 5

Wykaz definicji zdrowia psychicznego

Autor i data	Próba zdefiniowania zdrowia psychicznego
L. Korzeniowski 1986	Definiowanie poprzez negację – brak choroby psychicznej; harmonia cech osobniczych z normami społecznymi.
K. Dąbrowski 1979	Zdrowie psychiczne jest to zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego.
K. Dąbrowski 1989	Zdrowie psychiczne jest to zdolność do wielopłaszczyznowego i wielopoziomowego rozwoju psychicznego.
WPA 1999	Harmonia w obrębie struktury osobowości ze środowiskiem społecznym, dobre samopoczucie, zdolność do pracy, miłości i działalności twórczej; sztuka życia i uzyskiwania z niego zadowolenia; fizyczny i uczuciowy rozwój jednostki (ang. wellbeing).
WHO 2004	Stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, radzi sobie ze stresem w codziennym życiu, wydajnie i owocnie pracuje oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty.
Czabała 2012	Zdrowie psychiczne to zespół właściwości osoby, umożliwiających i takie postrzeganie i rozumienie siebie i własnego otoczenia, które pozwala na przystosowanie się do warunków życia i zmienienie ich korzystny dla siebie sposób.

Adnotacja. Źródło: „Zdrowie psychiczne – granice niewiadomego”, T. Parnowski, 2019, *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, s. 143–160.

Pojęcie zdrowia psychicznego postrzega się przez różne pryzmaty również w różnych modelach psychologicznych. Model biologiczny łączy zdrowie z brakiem choroby, czyli takim stanem, w którym nie można wykazać objawów psychopatologicznych, a człowiek nie wykazuje trudności w sferze funkcjonowania psychicznego oraz nie posiada defektów w funkcjach psychicznych. Charakteryzuje je przekonanie o dominującym wpływie na zdrowie czynników endo – i egzogennych. Uwzględnia się także inne czynniki ryzyka, które mogą oddziaływać na jednostkę z różnych poziomów funkcjonowania. Takie postrzeganie zdrowia psychicznego jako braku choroby zakończył G. Sigerista w 1941 roku, stwierdzeniem, iż



„zdrowie nie oznacza więc tylko braku chorób; to jest coś pozytywnego, to pełne radości ochoty wypełnianie obowiązków, który nakłada na człowieka życie.” (Woynarowska, 2007)

Psychologia zdrowia zorientowana poznawczo zakłada, iż każdy człowiek posiada swoją własną reprezentację poznawczą zdrowia. Osobista ocena jednostki, jej samopoczucia stały się ważnym wskaźnikiem zdrowia. W nurcie tym opinie, które człowiek kształtuje na temat zdrowia i choroby, rozwijają się wraz ze środowiskiem społecznym i kulturowym w którym on przebywa. Stają się tym samym indywidualnym, subiektywny modelem przekonań zdrowotnych. (John-Borys, 2002)

Funkcjonalne ujęcie zdrowia psychicznego wzbogaca go o kontekst społeczno kulturowy, który rozwinął się wraz z koncepcją Persona. Nawiązuje on do efektywnego pełnienia ról przez jednostkę jej umiejętności, wykonywania zadań, które są jej wyznaczone w trakcie procesu socjalizacji. W ujęciu tym możemy zauważyć właściwości cechujące zdrowie psychiczne takie jak zdolności adaptacyjne, przystosowanie do norm kulturowych oraz środowiska, umiejętność współżycia w grupie, a także prawidłowe funkcjonowanie w rolach społecznych. Natomiast model socjomedyczny, ujmując ogólnie, przedstawia chorobę jako dewiacje w kwestiach społecznych oraz kulturowych, a nie tylko jako zaburzenie medyczne. Zachowania, które uznawane są za patologiczne mogą, w tym przypadku, różnić się w zależności od kontekstu społecznego oraz kulturowego. Zatem diagnoza i leczenie zaburzeń psychicznych w tym modelu polegają na wzięciu pod uwagę nie tylko aspektów biologicznych i psychologicznych, lecz również norm, wartości czy oczekiwań społecznych, które kształtują postrzeganie zdrowia i choroby. (Kasperek-Golimowska, b.d.)

Zdrowie jako wartość, w której człowiek realizuje swoje cele i aspiracje, wykazuje potrzebę osiągnięcia satysfakcji a także możliwość zmiany środowiska i umiejętność radzenia sobie w nim, jest charakterystyczne w podejściu rozwojowo-funkcjonalnym. Zdrowie jest tu traktowane jako wielkie bogactwo. Ważną kwestią również jest jego pozycja w hierarchii wartości człowieka oraz sposób w jaki je on postrzega. Dla jednych ludzi zdrowie jest wartością samą w sobie a dla innych, kolokwialnie ujmując, jest ono środkiem do osiągnięcia innych celów. (Kasperek-Golimowska, b.d.)

Podejście behawioralne natomiast analizuje nie tylko reakcje i zachowanie człowieka, które sprzyjają powstaniu i utrzymywaniu się zdrowia psychicznego, lecz również te które przyczyniają się do choroby. W podejściu tym brane są pod uwagę takie składowe jak różnorodne wskaźniki fizjologiczne i biochemiczne, które są związane z genetyką, czynniki emocjonalne, zachowanie a także osobowość jednostki oraz wiele innych zmiennych, w tym także środowiskowych. Oprócz wyjaśnienia mechanizmów powstawania różnych dysfunkcji,



zarówno somatycznych jak i psychicznych, podejście behawioralne dąży do opracowania technik interwencji klinicznej oraz rozwoju metod, które przyczyniają się do skutecznej terapii. (Kasperek-Golimowska, b.d.)

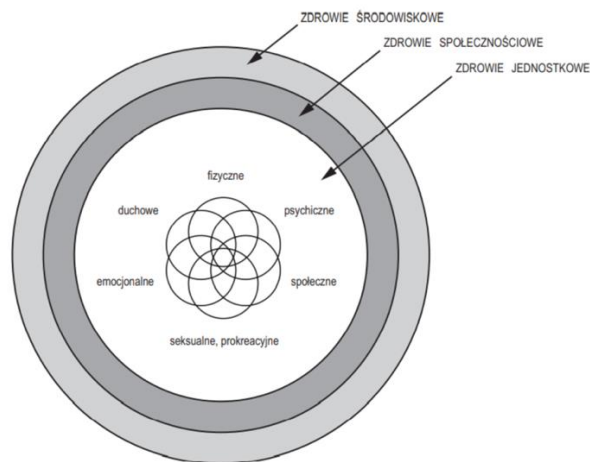
Wiedzę o zdrowiu, a także o budowaniu nowoczesnych strategii ochrony zdrowia, przedstawia nam twórca orientacji salutogenetycznej, izraelsko-amerykański socjolog medyczny Aaron Antonovsky. W orientacji tej zdrowie jest czymś pozytywnym i jest umieszczone gdzieś pomiędzy dwoma stronami osi. Z jednej strony mamy dobrostan, pełnie zdrowia jednostki z drugiej zaś występuje choroba, cierpienie. Na to, w którym miejscu umieścimy na tej osi człowieka, wpływają takie czynniki jak stresory, zasoby posiadane przez jednostkę oraz wzory zachowań (w określonym kontekście społeczno – kulturowym). Należy zauważyć, iż stresory, do których należą sytuacje trudne czy problemowe, nie należy traktować negatywnie, lecz postrzegać jako stymulatory, pod wpływem których człowiek się rozwija. Jednostka, przed którą stawia się wyzwania, powodujące wzbudzenie w niej procesów pożądaných. Dzięki tym procesom człowiek jest w stanie poradzić sobie ze stresem, nabiera większej odporności oraz przyczynia się do samorozwoju. Do najważniejszych zasobów podmiotowych Antonovsky zalicza poczucie koherencji. Człowiek postrzega świat jako uporządkowany, przewidywany i jest przekonany, iż może skutecznie radzić sobie z wyzwaniami a także odczuwa, że warto angażować się w działania. Poczucie koherencji rozwija się w sprzyjających warunkach, poprzez nabywanie przez człowieka różnych doświadczeń oraz rozumienie docierających informacji. W modelu Antonovskiego zdrowie-choroba traktowane jest jako kontinuum. (Kasperek-Golimowska, b.d.)

Ujęcie holistyczno-funkcjonalne od lat 70. poszerzyło się o model socjoekonomiczny. W modelu tym skupia się na postrzeganiu człowieka jako części systemu oraz relacji, które w tym systemie występują wraz z innymi podsystemami współwystępującymi. Na zdrowie psychiczne, które jest powiązane z równowagą w systemie, ma wpływ bowiem charakter relacji. Określa on, czy owe relacje są budujące pozytywnie czy wręcz przeciwnie. Zwraca się uwagę również na środowisko, w którym człowiek przebywa. Traktowane jest jako część całego systemu, w którym jednostka funkcjonuje. Środowisko może zachęcać człowieka do rozwoju, budować jego pozytywne postrzeganie siebie i świata, stwarzać możliwości adaptacyjne lub działać destrukcyjnie. Podlega również wpływom człowieka i poniekąd staje się on tym samym współtwórcą, mającym wpływ na swoje zdrowie. (Kasperek-Golimowska, b.d.) Rysunek nr 4 przedstawia holistyczny model zdrowia przedstawiający zdrowie jako „całość”



Rysunek 4

Holistyczny model zdrowia



Adnotacja. Źródło: *Holistyczne podejście do zdrowia*, PWN, b.d. (<https://psychologia.pwn.pl/artukul/holistyczne-podejscie-do-zdrowia-62913012a1e811d3c6b83b2c>).

Zaprezentowane definicje oraz ujęcia zdrowia w różnych kontekstach ukazują nam jak wiele jest podejść. Pokazują także możliwości zdefiniowania zdrowia psychicznego przez różnych badaczy. Należy pamiętać, iż definicje zdrowia psychicznego są konstruowane przy uwzględnieniu różnych norm. Wskazanie konkretnych kryteriów zdrowia psychicznego jest trudne, gdyż funkcjonuje wiele różnych określeń. Odnoszą się one między innymi do normy: statycznej, kulturowej czy teoretycznej. Przedstawione modele zdrowia odgrywają coraz większą rolę w naukach o zdrowiu. Generalnie można odnieść się do trzech modeli zdrowia, które zostały scharakteryzowane w oparciu o treści omówione w niniejszym podrozdziale i przedstawione w tabeli nr 6.

Tabela 6

Podstawowe modele zdrowia psychicznego

Modele zdrowia	Charakterystyka
Biomedyczny	obowiązujący głównie od XIX do połowy XX wieku, następuje oddzielenie psychiki od ciała, które traktowane jest jak mechanizm, który można naprawić, skoncentrowane na wymiarze somatycznym zdrowie, podczas którego organizm funkcjonuje w prawidłowy sposób traktowane jako brak choroby (wywołanej przez patogeny) rozłączność zdrowia i choroby, wykluczenie posiadania obu naraz zdrowie zależne wyłącznie od czynników genetycznych oraz struktury organizmu wykluczenie wpływu czynników psychicznych, społecznych w chorobie człowiek podporządkowany specjalistom - lekarzom
Holistyczno-funkcjonalny	polega na całościowym ujęciu zdrowia i został odzwierciedlony w medycynie psychosomatycznej oraz behawioralnej powiązane oddziaływanie psychiki na funkcji somatycznych oraz odwrotnie uwzględniono zachowania wspomagające zdrowie oraz działające jako czynniki ryzyka zdrowie jako proces stałego dynamicznego równoważenia potrzeb człowieka oraz wymagań otoczenia świadoma aktywność jednostki
Socjoekonomiczny	hierarchia systemów a każdy podsystem jaką częścią ogólniejszego połączone wzajemnymi stosunkami człowiek w centrum modelu człowiek jako całościowy system (biologiczny, umysłowy, duchowy) jednostka podlega różnym wpływom (najważniejsze to dążenia i działania człowieka) jednostka nadaje indywidualny sens swojemu zdrowiu oraz umieszczenie w systemie swoich wartości i celów

Zdrowie psychiczne jest objęte także regulacją prawną. W Polsce jest to Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, która została uchwalona 19 sierpnia 1994 roku. Składa się ona z siedmiu rozdziałów, które obejmują: przepisy ogólne, badanie, leczenie, rehabilitację oraz opiekę i pomoc, a także postępowanie lecznicze, przyjęcie do domu pomocy społecznej, postępowanie przed sądem opiekuńczym, ochronę tajemnicy jak i przepisy karne. Znajdziemy tam także zmiany w przepisach obowiązujących oraz przepisy przejściowe i końcowe. Przepisy tej ustawy można podzielić postrzegając je przez pryzmat przyświecających im celów. Do pierwszej grupy możemy zaliczyć takie cele jak: zapobieganie zaburzeniom psychicznym,



kształtowanie właściwych postaw społecznych wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, podejmowanie działań zapobiegawczych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Do celów drugiej grupy możemy zaliczyć: zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej, powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej, innych form pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym. Celem ostatniej trzeciej grupy postanowień ustawy jest ochrona praw obywatelskich osób z zaburzeniami psychicznymi oraz zapewnienie praw obywatelskich pacjentom, którzy są poddawani przymusowemu postępowaniu. (*Ustawa z dnia 29 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego*, 1994)

Jak można zauważyć zdrowie psychiczne jest rozpatrywana na wszystkich aspektach, które dotyczą człowieka. Dotykają one wszystkich obszarów, które są powiązane z jednostką i które w sposób pośredni lub bezpośredni wpływają na stan psychiczny człowieka, jego funkcjonowanie w społeczeństwie. Wartość i ochronę zdrowia psychicznego regulują przepisy prawne, które w zamyśle mają służyć zarówno ochronie zdrowia, promować działania prewencyjne a także chronić osoby z zaburzeniami psychicznymi.

3.3. Przegląd zdrowia psychicznego w Norwegii

Norweski Instytut Zdrowia Publicznego - Folkehelseinstituttet (FHI) jest główną instytucją w Norwegii odpowiadającą za zdrowie publiczne. Zajmuje się ona monitorowaniem oraz poprawą zdrowia populacji, analizowaniem danych epidemiologicznych a także prowadzeniem badań naukowych. Do zadań instytucji należy również udzielanie rekomendacji, które dotyczą zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej. FHI posiada ogólnodostępną stronę internetową www.fhi.no. Możemy znaleźć tam wiele wiarygodnych oraz cennych publikacji, potwierdzonych empirycznie raportów i analiz dotyczących zdrowia publicznego (w tym również statystyki samobójstw, zdrowia psychicznego) a także zagrożeń zdrowotnych.

Jak podaje FHI problemy ze zdrowiem psychicznym są powszechne wśród mieszkańców Norwegii. Występowanie ich różni się w zależności od płci, wieku oraz innych czynników demograficznych. Szacuje się, iż w przedziale między od 1 do 6 osób oraz od 1 do 4 osób spełniało w Norwegii kryteria zaburzeń psychicznych w ostatnim roku. Zauważa się również jednoczesne występowanie zaburzeń psychicznych wraz z uzależnieniem oraz nadużywaniem substancji. Wskazuje się, iż poważne zaburzenia psychiczne wiążą się z niepełnosprawnością, chorobami fizycznymi a także skróceniem oczekiwanej długości życia. Między 2019 a 2010 rokiem zauważono również istotny statystycznie wzrost standaryzowanego wiekowo wskaźnika samobójstw. (FHI, 2024)



Z raportu przeprowadzonego przez Mental Health in Norway wynika, iż najczęstszymi zaburzeniami psychicznymi, które występują w Norwegii wśród dorosłych są zaburzenia lękowe. Występowanie ich stwierdzono u około 15% populacji. FHI stwierdziło, iż zaburzenia depresyjne w ciągu roku rozwiną się u 1 na 10 osób. Raport wskazuje również, iż od 1 do 3,5% osób doświadcza zaburzeń psychotycznych w ciągu życia. (FHI, 2024)

Jak podaje FHI około 15% mężczyzn i 22% kobiet podjęło kontakt z podstawową opieką zdrowotną w związku z objawami i/lub problemami psychicznymi. Ze specjalistycznych usług zdrowotnych, takich jak szpitale czy polikliniki, z powodu zaburzeń psychicznych korzystało około 5% mężczyzn i 7% kobiet. Choć najczęstszymi przyczynami konsultacji u lekarzy rodzinnych lub pogotowia w związku z zaburzeniami psychicznymi była depresja oraz utrzymujące się na drugim miejscu w występowaniu zaburzenia lękowe. Odnotowano znaczny wzrost takich zaburzeń jak zespół stresu po urazowego (PTSD) oraz nadpobudliwość psychoruchowa (ADHD). (FHI, 2024)

Badania przeprowadzone przez Norweski Urząd Statystyczny (Statistik Sentralbyrå SSB) na przełomie lat 2019/2022, wykorzystujące różne narzędzia pomiarowe do oceny problemów psychicznych a także obejmujące różne podgrupy populacji z różnych grup wiekowych, wskazują, iż od 10 do 30% kobiet zgłasza problemy psychiczne, przy czym największy odsetek występuje w grupie wiekowej 20-29 lat. Według badań wysoki poziom zaburzeń utrzymuje się także wśród kobiet na przełomie 30-39 lat, a problem ten dotyka aż 40% studentek. Problemy psychiczne dotyczą natomiast od 10 do 20% mężczyzn zaś najwyższy odsetek występuje w grupie wiekowej 20-39 lat. Jak wykazują przeprowadzone badania 24% studentów płci męskiej zgłasza problemy psychiczne. Odnosząc się do danych studentki w porównaniu do studentów zgłaszają problemy częściej w stosunku 5:3. (Folkehelseinstituttet, 2023)

Jak zauważają badacze wiele osób, u których występują zaburzenia psychiczne nie korzysta z opieki zdrowotnej. W tym celu przeprowadzono badanie, na podstawie którego porównano dane dotyczące diagnozy psychicznych dotyczących depresji, lęku oraz uzależnienia od alkoholu. W ramach projektu badawczego uzyskane dane z podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej porównane zostały z wynikami uzyskanymi ze strukturalnych wywiadów diagnostycznych. Dane przedstawione zostały w tabeli nr 7. Jak wskazał FHI należy przeprowadzić bardziej kompleksowe i reprezentatywne badania, aby odnaleźć luki w systemie oraz lepiej zrozumieć problematykę dotyczącą faktycznego korzystania z dostępnych form pomocy przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. (FHI, 2024).



Tabela 7

Diagnoza zaburzeń psychicznych na podstawie wywiadu strukturalnego

Zaburzenie, którego diagnoza dotyczy	Diagnoza na podstawie wywiadu strukturalnego	
	W podstawowej opiece zdrowotnej (lekarz rodzinny/pogotowie)	W specjalistycznej opiece zdrowotnej
Depresja	Około 1 na 3 osoby	Około 1 na 7 osób
Lęk	21%	17%
Uzależnienie od alkoholu	3%	7%

Adnotacja. Źródło: opracowanie własne na podstawie *Forekomst av psykiske lidelser hos voksne*, Folkehelseinstituttet, 2024, (https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?utm_source=chatgpt.com&term=#forekomst-av-psykiske-lidelser).

Norweski Instytut Zdrowia (FHI) jako czynniki ryzyka mające wpływ na zaburzenia psychiczne wymienia:

- czynniki genetyczne (które znacząco wpływają na podatność zaburzeń psychicznych, przy czym należy wziąć pod uwagę współzależność od czynników środowiskowych oraz doświadczenia życiowego; pomimo iż rzetelność w badaniach dotyczących zaburzeń osobowości wynosiła szacunkowo powyżej 50% należy pamiętać, iż wysokie wyniki nie oznaczają w tym przypadku, że krewny osoby chorej wykazuje wysokie prawdopodobieństwo zachorowania),
- czynniki środowiskowe a wśród nich czynniki biologiczne (infekcję, komplikacje okołoporodowe, niewłaściwe odżywianie, używanie substancji psychoaktywnych) oraz czynniki społeczne i relacyjne (relacje interpersonalne, czynniki ekonomiczne, struktury społeczne),
- bezrobocie i problemy ekonomiczne (trudności w edukacji na rynku pracy wynikające z problemami ze zdrowiem psychicznym, bezrobocie, zadłużenie),
- problemy w relacjach międzyludzkich (np. rozwód, separacja),
- obciążenia i traumy (napaść, gwałt, wojna, utrata pracy, śmierć bliskiej osoby),
- zaniedbania i przemoc w dzieciństwie,
- mobbing. (FHI, 2024)



FHI wskazał również na konsekwencje i wyzwania, które są związane z zaburzeniami psychicznymi. W ramach przeprowadzonych badań wykazano, iż zaburzenia psychiczne uznawane są za główną przyczynę obciążenia chorobami. W 2019 roku stanowiły czwartą największą przyczynę ogólnego obciążenia chorobami. Były również dominującą przyczyną wśród nieśmiertelnych strat zdrowotnych. Jako najważniejsze zaburzenia psychiczne, które wpłynęły na zdrowie wskazano zaburzenia lękowe, zaburzenia depresyjne, schizofrenię oraz chorobę afektywną dwubiegunową. (FHI, 2024)

Do konsekwencji wynikających z powodu występowania zaburzeń psychicznych zaliczono zwolnienia lekarskie, które stanowiły 17% wszystkich przypadków absencji chorobowej w 2019 oraz 2020 roku. Renty z tytułu niezdolności do pracy wynikających z zaburzeń psychicznych w 2016 roku pobierało około 36,8% osób. Wskazano również, iż zaburzenia takie jak zaburzenia lękowe oraz depresyjne są czynnikami, które zwiększają prawdopodobieństwo otrzymania renty z powodu chorób somatycznych. (FHI, 2024)

Do konsekwencji oraz wyzwań dla systemu zdrowia związanych z zaburzeniami psychicznymi FHI wskazał skróconą długość życia. Według danych empirycznych osoby z zaburzeniami psychicznymi żyją przeciętnie krócej od 5 do 15 lat niż ogólna populacja. Współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, uzależnień dodatkowo pomniejsza tę liczbę. Do przyczyn zwiększonej umieralności Norweski Instytut Zdrowia Publicznego zalicza:

- wypadki i samobójstwa,
- choroby somatyczne, których występowanie jest wyższe u osób z zaburzeniami psychicznymi (używanie nargminne tytoniu, substancji psychoaktywnych, niezdrowa dieta, nadwagę, brak aktywności fizycznej a także powiązane choroby takie jak choroba sercowo – naczyniowych, nowotwory, cukrzyca, przewlekłe choroby płuc). (FHI, 2024)

Światowa Organizacja Zdrowia uważa, iż zapobieganie problemom zdrowia psychicznego powinno nie tylko ograniczać się do systemu ochrony zdrowia, lecz również obejmować różne aspekty społeczne (World Health Organization, 2021). Dlatego też Norweski Instytut Zdrowia Publicznego skupia się na zapobieganiu zaburzeniom psychicznym. Jako kluczowe obszary działań prewencyjnych wskazuje codzienne środowisko życia (szkoły, instytucje edukacyjne, miejsca pracy, rodziny, relacje bliskich, lokalne społeczności, służbę zdrowia i opiekę zdrowotną a także organizację pozarządową instytucje dla seniorów), działania promujące integrację społeczną (walka z wykluczeniem społecznym, samotnością, dyskryminacja) oraz znaczenie zdrowia fizycznego w utrzymaniu dobrej kondycji psychicznej. (FHI, 2024)



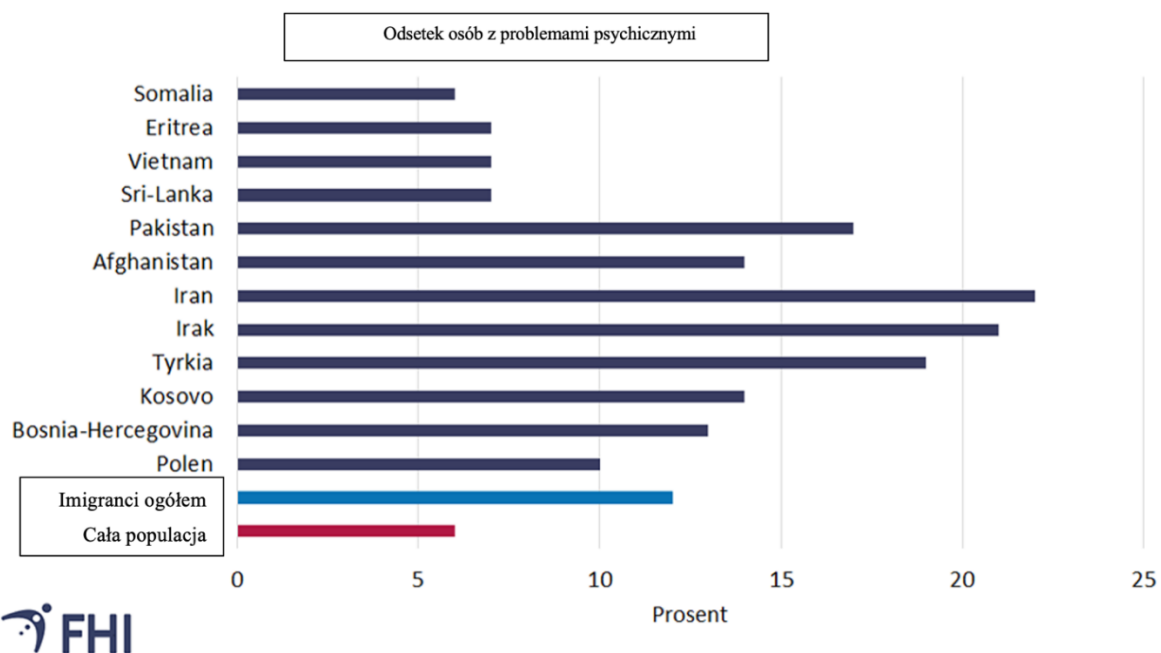
FHI opublikował raport „Health Status in Norway 2018” w którym wskazał najczęściej występujące zaburzenia psychiczne w Norwegii, które sukcesywnie utrzymują się w czołówce dominujących zaburzeń psychicznych. Według danych należą do nich:

- zaburzenia lękowe,
- depresja,
- zaburzenia związane z nadużywaniem substancji (alkohol, narkotyki, leki),
- zaburzenia snu zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia, kompulsywne objadanie się),
- zaburzenia psychotyczne (schizofrenia). (Norwegian Institute of Public Health, 2018)

Powołując się na przeprowadzanie badania warunków życia wśród imigrantów Norweski Instytut Zdrowia wskazuje, iż problemy ze zdrowiem psychicznym wśród tej grupy: zwiększają się wraz z wiekiem, występują częściej wśród kobiet niż mężczyzn oraz u osób z niższym poziomem wykształcenia a także niższymi dochodami. Wskazuje się, iż ryzyko zaburzeń psychicznych powiązane jest również z barierami językowymi, dyskryminacją związaną z krajem pochodzenia a także innymi negatywnymi wydarzeniami występującymi w ciągu życia. Odnotowany odsetek wśród osób zgłaszających się z problemami psychicznymi znacząco różni się pomiędzy imigrantami różnych narodowości co możemy zauważyć na obrazku nr 5. Przedstawia on odsetek występowania zaburzeń psychicznych Polaków na tle innych narodowości, który oscyluje na poziomie 10%. (Folkehelseinstituttet, 2022).

Rysunek 5

Odsetek występowania zaburzeń psychicznych wśród imigrantów



Adnotacja. Źródło: *Helse Blant personer med innvandrerbakgrunn*. Folkehelseinstituttet, 2022, (<https://www.fhi.no/he/folkehelserapporten/grupper/helseinnvandrerbakgrunn/?term=#psykisk-helse-og-trivsel>).

Diagnozę nozologiczną zaburzeń psychicznych dokonuje się w oparciu o dwa najbardziej kluczowe systemy diagnostyczne. Tworzą je światowe instytucje do których zaliczamy Amerykańskie Stowarzyszenie Psychiatryczne (American Psychological Association – APA) oraz Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO). Do narzędzi w oparciu których dokonywana jest diagnoza zaliczamy podręcznik Diagnostyczno-Statystycznych Zaburzeń Psychiczych, 5. wersja TR w skrócie DSM V TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Tekst Revisjon). Jest to uaktualniona (opublikowana w marcu 2022 roku) edycja opracowanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (opublikowanego w maju 2013 roku) podręcznika DSM-5. Drugim narzędziem jest Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, 10.wersja w skrócie ICD-10, opracowana przez WHO (Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, 2024).

DSM-5-TR jest przede wszystkim używany podczas diagnostyki w Stanach Zjednoczonych a także w krajach zachodnich. Natomiast Międzynarodowa Statystyczna

Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision), rewizja 10. została opracowana przez Światową Organizację Zdrowia i przyjęta w 1990 r. podczas 43. Światowego Zgromadzenia Zdrowia. Weszła w życie w państwach członkowskich w 1994 roku. Jest to powszechnie używana standaryzacja diagnoz chorób i innych problemów zdrowotnych na całym świecie. (Zawadzka, Czarkowska, i Grajewska-Kurda, 2017) WHO W 2019 r. przyjęło nową 11. rewizję (ICD-11). Edycja ta oficjalnie weszła w życie z dniem 1 stycznia 2022 r., natomiast państwa członkowskie (w tym również Polska), w ciągu pięciu lat od tej daty, czyli do dnia 1 stycznia 2027, mają za zadanie dostosować swoją opiekę zdrowotną do nowej klasyfikacji. (Serwis Rzeczypospolitej Polskiej, 2024).

Eksperti pracujący nad powstaniem rozdziału 6: „Zaburzenia Psychiczne, zachowania i neurorozwojowe” w ICD-11 starali się współpracować wraz Amerykańskim Towarzystwem Psychiatrycznym w celu stworzenia takiej klasyfikacji, która byłaby kompatybilna wraz z klasyfikacją ujętą w DSM-5 (Krawczyk i Świącicki, 2020).

3.3.1. Zaburzenia lękowe

W klasyfikacji ICD-10 zaburzenia lękowe stanowią obszerną kategorię diagnostyczną ujętą w „Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną”. Kodowanie obejmuje od F40 do F48. Ze względu na obraz kliniczny definiujemy w tej wersji klasyfikacji: zaburzenia lękowe w postaci fobii (F40), inne zaburzenia lękowe (F41), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42), reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43), zaburzenia dysocjacyjne (F44), zaburzenia występujące pod maską somatyczną (F45) oraz inne zaburzenia nerwicowe (F48) (World Health Organization, 2009). W nowej klasyfikacji ICD-11 kryteria odnoszące się do zaburzeń lękowych są bardziej precyzyjnie oraz ukierunkowane na konkretne objawy. Znajdują się one w kategorii oznaczonej numerycznie 06 tj. „Zaburzenia psychiczne, behawioralne i neurorozwojowe”. Precyzując należą do podgrupy obejmującej kodowanie 6B00-6B0Z – „Zaburzenia lękowe lub związane ze lękiem” i obejmują takie podkategorie jak:

- Zaburzenia lękowe uogólnione (GAD) (6B00,)
- Zaburzenie paniczne (6B01),
- Agorafobia (6B02),
- Fobia swoista (6B04),
- Zaburzenie związane z lękiem społecznym (6B04),
- Zaburzenia związane z lękiem separacyjnym (6B05),



- Mutyzm wybiórcze (6B06).

W ICD-11 zostały wprowadzone nowe jednostki, jak zaburzenia separacyjne u dorosłych, które do tej pory były rozpoznawane tylko u dzieci. Podkreślono również specyficzne objawy i różnice przebiegu lęku u dzieci. ICD-11 ujmuje również lepsze rozróżnienie pomiędzy zaburzeniem panicznym a agorafobią tym samym pozwala wyeliminować wcześniejsze trudności diagnostyczne z tym związane. Zaburzenia lękowe związane są także w najnowszej klasyfikacji ICD-11 z zaburzeniami obsesyjno – kompulsyjnymi i powiązanych z nimi, które zostały ujęte w osobnej kategorii (6C), a także w zaburzeniach związanych z traumą lub stresem (6B4) (Krawczyk i Świącicki, 2020).

W DSM-5-TR do kategorii zaburzeń lękowych zaliczamy:

- Separacyjne zaburzenia lękowe,
- Mutyzm wybiórczy,
- Fobię specyficzną,
- Społeczne zaburzenia lękowe,
- Zaburzenia paniczne,
- Agorafobię,
- Zaburzenie lękowe uogólnione,
- Zaburzenie lękowe indukowane substancją / lekiem,
- Zaburzenie lękowe spowodowane innym stanem medycznym,
- Inne określone zaburzenia lękowe,
- Nieokreślone zaburzenia lękowe (American Psychiatric Association, 2024).

W myśl teorii ewolucji lęk, który jest rozpoznawalnym a także naturalnym elementem ludzkiego życia. Sygnalizował on nie tylko zagrożenie, lecz również skłaniał do działań ochronnych poprzez mobilizację organizmu do walki z zagrożeniem bądź do ucieczki. Poprzez lęk człowiek modyfikuje nie tylko swoje zachowanie czy reakcje organizmu, lecz również poddaje tym zmianom sprawność intelektu a także swoje emocje. Należy pamiętać, iż lęk nie jest tym samym co strach. Przy czym strach charakteryzuje się przeżywaniem silnego napięcia emocjonalnego, które następuje w wyniku realnie występujących zagrożeń lub sytuacji. Lęk natomiast prezentowany jest jako trudny, nieprzyjemny stan emocjonalny pojawiający się w obliczu niepowodzenia lub spodziewanego zagrożenia. (Murawiec, 2021)

Bardzo ważnym aspektem w diagnostyce pacjenta jest określenie występowania lęku. Czy jest on jako odrębny objaw czy stanowi cały zespół objawów które są tłem klinicznym.



Należy rozróżnić, czy lęk występuje w postaci stanu, który jest przemijającą, krótkotrwałą emocją czy jest cechą i jawi się jako stały element osobowości człowieka. (Anczewska, 2021)

Prof. dr hab. n. med. Marta Anczewska różnicując w swojej pracy pt. „Depresja i lęk jako problem etyczny i społeczny” lęk jako cechę, zaznacza, iż w tym kontekście lęk „obejmuje:

- stałe, wszechogarniający uczucie napięcia i zagrożenia
- częste przeżywanie uczucia zakłopotania, niższości
- dominującą potrzebę bycia lubianym i akceptowanym
- nadwrażliwość na krytykę i odrzucenie
- unikanie wchodzenia w bliższe związki z innymi, jeśli nie zapewniają one bezkrytycznej akceptacji
- tendencję do przesady w ocenianiu potencjalnych zagrożeń w życiu codziennym i unikanie pewnych sytuacji
- pewne ograniczenia w trybie życia, wynikające z nadmiernej potrzeby bezpieczeństwa”. (Anczewska, 2021)

Natomiast opisując lęk jako stan wskazała, iż składa się on ze składowych psychologicznych (emocjonalne, zachowanie, poznawcze) oraz fizjologicznych (objawy pobudzenia osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczej) (Anczewska, 2021).

Psychopatologia dzieli objawy lęku na: psychiczne, behawioralne oraz wegetatywno-somatyczne. Do psychicznych objawów lęku wliczamy: napięcie, niepokój, oczekiwanie czegoś przerażającego, niemożność odprężenia się, drażliwość a także zaburzenia poznawcze (obejmujące pamięć, myślenie, koncentrację uwagi, zawężenie percepcji, pole spostrzegania). Objawy lęku występujące w obszarze behawioralnym to: niepokój lokomocyjny, manipulacyjne drżenie ciała, rąk, dygotanie, męczliwość oraz odczuwanie tak zwanych „miękkich nóg”. Objawy wegetatywne – somatyczne obejmują: rozszerzenie źrenic, zaciskanie w klatce piersiowej, uczucie dławienia, bicie serca, wysychanie w jamie ustnej a także wzmoczoną potliwość. Wśród ostatniej grupy objawów występują również przyspieszenie tętna, oddechu, nagły spadek ciśnienia lub podwyższenie ciśnienia krwi, wzmoczona perystaltyka jelit, częste oddawanie moczu, zaburzenia snu a także zaburzenia seksualne. (Anczewska, 2021)

W Norwegii systematycznie bada się zdrowie psychiczne zarówno dorosłego człowieka jak i zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Jak podaje FHI z przeprowadzonych badań wynika, iż zaburzenia lękowe należą do najczęstszych diagnoz występujących we wszystkich grupach wiekowych wśród dzieci i młodzieży, przy czym najbardziej zaburzenie to dotyka nastolatków. Częstość występowania zaburzeń lękowych wśród dzieci i młodzieży



narodowości norweskiej obejmuje przedział wiekowy od 4 do 14 lat i wynosi od 1,5 do 5,3%. Najczęściej diagnozowanym zaburzeniem dla wieku dziecięcego jest specyficzna fobia natomiast dla wieku 14 lat są to uogólnione zaburzenia lękowe (Folkehelseinstituttet, 2023)

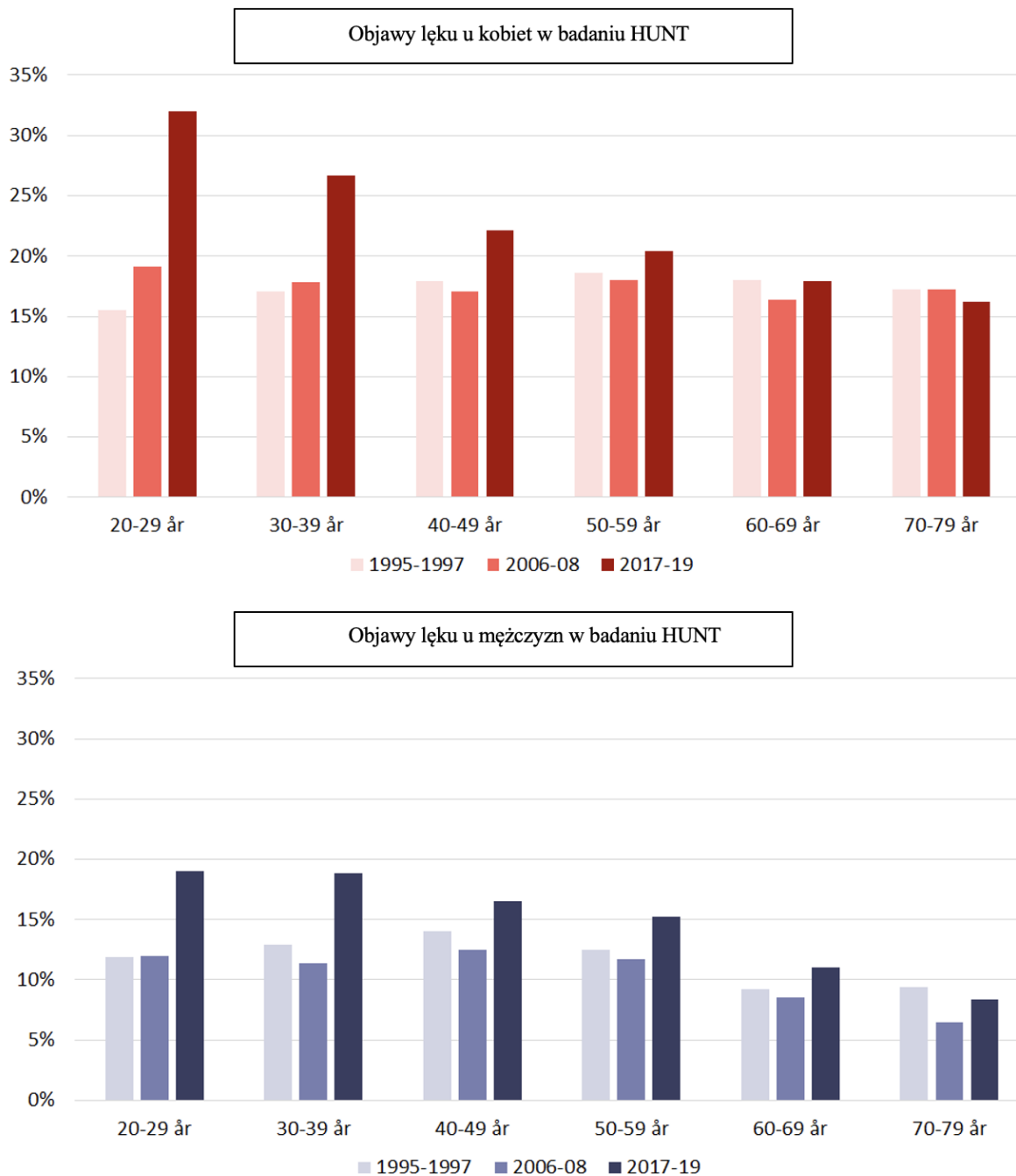
Badania przeprowadzone przez HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag – jedno z największych i najważniejszych, szeroko zakrojonych populacyjnych badań zdrowotnych prowadzonych od lat 80. w Norwegii, analizujących zdrowie mieszkańców regionu Nord-Trøndelag) wskazuje, iż w okresie 1995-2019 znacznie wzrósł odsetek kobiet w przedziale wiekowym 20-29 lat, wśród których występują symptomy zaburzeń lękowych. Jak zauważamy na załączonym obrazku nr 6 odsetek ten wzrósł prawie dwukrotnie pomiędzy 2006 a 2019 rokiem. Znaczący wzrost odnotowano również u kobiet w przedziale wiekowym 30-39 lat w tym samym przedziale czasowym 2006-2019. Analizując starsze grupy wiekowe występują tu bardziej zróżnicowane wyniki z niewielkim wzrostem wraz z biegiem lat u kobiet powyżej 45 roku życia (Folkehelseinstituttet, 2023).

Według danych uzyskanych z tych samych badań (obrazek nr 6) największy odsetek mężczyzn z symptomami zaburzeń lękowych odnotowano w przedziale wiekowym pomiędzy 20 a 39 rokiem życia. Najwyższy wzrost zaburzeń odnotowano w latach 2017-2019. Przy czym można zauważyć, iż u mężczyzn w wieku 70-79 lat odsetek ten nieznacznie spadł w okresie 2017-2019 do okresu obejmującego lata 1992-1997. Najniższy poziom dla wszystkich grup z wyjątkiem grupy 20-29 lat, odnotowano natomiast w okresie obejmującym lata 2006-2008 (Folkehelseinstituttet, 2023).



Rysunek 6

Symptomy występowania zaburzeń lękowych



Adnotacja. Źródło: *Psykiske plager og lidelser hos voksne*, Folkehelseinstituttet, 2023 (<https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>).

Zaburzenie lękowe, które najczęściej występują w Norwegii są również najczęściej występującymi zaburzeniami w Europie. Literatura podaje, iż w 2010 r. na zaburzenie lękowe cierpiało 14% populacji, przy 38,2% wykazywało inne zaburzenia psychiczne (Murawiec,



2021). Należy zauważyć, iż nie wszystkie osoby, u których pojawiają się objawy zaburzeń lękowych są uwzględnione w badaniu co może wskazywać na szerszy zakres występowania tego zjawiska. Kwestia ta dotyczy również innych zaburzeń.

3.3.2. Depresja

Depresja jest drugim najczęściej występującym zaburzeniem psychicznym w Norwegii. W klasyfikacji ICD-10 diagnozuje się ją w zaburzeniach nastroju (afektywne) F30 – F39. Zakres ten obejmuje: epizod maniakalny (F30), zaburzenia afektywne dwubiegunowe (F31), epizod depresyjny (F32), zaburzenia depresyjne nawracające (F33), uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne (F34), inne zaburzenia nastroju (afektywne) (F38) oraz zaburzenia nastroju (afektywne), nieokreślone (F39) (World Health Organization, 2009). Natomiast ICD-11 depresja klasyfikowana jest wśród zaburzeń nastroju (*Mood disorders*) i kodowana jest od 6A60 do 6A8Z. Klasyfikacja ICD-11 pomaga lepiej dobrać diagnozę do obrazu klinicznego pacjenta. W klasyfikacji tej wyróżniamy:

- Zaburzenia depresyjne, niesklasyfikowane gdzie indziej (6A60),
- Zaburzenia depresyjne epizodyczne (6A70),
- Zaburzenia depresyjne nawracające (6A71),
- Utrwalone zaburzenia depresyjne (6A72),
- Ciężkie zaburzenia depresyjne z objawami psychotycznymi (6A73),
- Zaburzenia depresyjne w kontekście chorób medycznych (6A7Y),
- Depresja związana z używaniem substancji psychoaktywnych (6A80),
- Inne określone zaburzenia depresyjne (6A7Z).

W odniesieniu do aktualnej klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5-TR) zaburzenia depresyjne ujęte są w następujących kategoriach:

- Dezorganizujące zaburzenia regulacji nastroju,
- Większe zaburzenia depresyjne,
- Uporczywe zaburzenie depresyjne,
- Przedmiesiąrcyjne zaburzenia dysforyczne,
- Zaburzenia depresyjne wywołane substancją/lekiem,
- Zaburzenia depresyjne spowodowane innym stanem medycznym,
- Inne określone zaburzenia depresyjne,
- Nieokreślone zaburzenia depresyjne,
- Nieokreślone zaburzenia nastroju (American Psychiatric Association, 2024).



Odnosząc się do klasyfikacji możemy mówić jako o pojedynczym objawie depresyjnym lub o całym spectrum objawów. Depresja występuje również w zaburzeniu afektywnym, które stanowi już chorobę psychiczną. Z depresją wiąże się nam obniżony nastrój, aczkolwiek może on występować we wszystkich schorzeniach dotyczących zarówno schorzeń somatyczny jak i zaburzeń psychicznych. Patologiczne zaburzenie uczuć i emocji, w przypadku zespołu depresyjnego, ma wpływ na funkcjonowanie jednostki w obszarze poznawczym. Możemy także zauważyć różnorodność objawów dotyczących sposobu myślenia, aktywności jednostki, zmian dotyczących rytmów dobowych czy lęku. Z objawami depresji wiążą się także myśli samobójcze czy utrata wiary w siebie. Zaburzenia depresyjne często wiążą się i objawiają pod postacią dolegliwości somatycznych. Aby wdrożyć odpowiednie leczenie a także podjąć działania profilaktyczne konieczne jest ustalenie etiologii zespołu depresyjnego (Anczewska, 2021).

Jak podaje Norweski Instytut Zdrowia (FHI) co dziewiąta wizyta u lekarza rodzinnego dotyczyła problemów związanych ze zdrowiem psychicznym w każdej grupie wiekowej. Badacze zauważają, że u osób w okolicach 40. lat już co piąta wizyta u lekarza pierwszego kontaktu związana była z problemami dotyczącymi zdrowia psychicznego. Lekarze rodzinni jako najczęściej spotykane problemy ze zdrowiem psychicznym w swojej pracy wskazali depresję oraz zaburzenia snu, stres, lęk, problemy z pamięcią a także nadużywanie substancji psychoaktywnych (Folkehelseinstituttet, 2024). W skali całego świata depresja została sklasyfikowana jako czwarta najczęstsza przyczyna źródła niepełnosprawności wynikającego z zaburzenia nastroju we wczesnej dorosłości o nawracającym lub przewlekłym charakterze (Anczewska, 2021).

Na obrazku nr 7 przedstawiono odsetek kobiet oraz mężczyzn, którzy przejawiali wysoki poziom objawów depresji w przeprowadzonym przez HUNT w Nord-Trøndelag badaniu w latach 1995-2019. Badania przeprowadzone były za pomocą Skali Lęku i Depresji Szpitalnej (HADS) (Folkehelseinstituttet, 2023).

Według przeprowadzonych badań wśród kobiet zjawisko występowania depresji na przestrzeni lat zmieniło swoją tendencję. W latach 1995-1997 zaburzenia depresji u kobiet wzrastały wraz z wiekiem a jej największy odsetek przypadał na przedział wiekowy 70-79 lat. Natomiast w latach 2017-2019 zjawisko to odwróciło swoją tendencję do okresu obejmującego wcześniej wskazane lata i wykazało znaczny wzrost sięgający powyżej 100% u kobiet w przedziale wiekowym 20-29 lat. Symptomy depresji sukcesywnie spadały z każdym rokiem u kobiet w wieku 70-79 lat osiągając znaczny spadek o ponad połowę w ciągu dwudziestu lat.

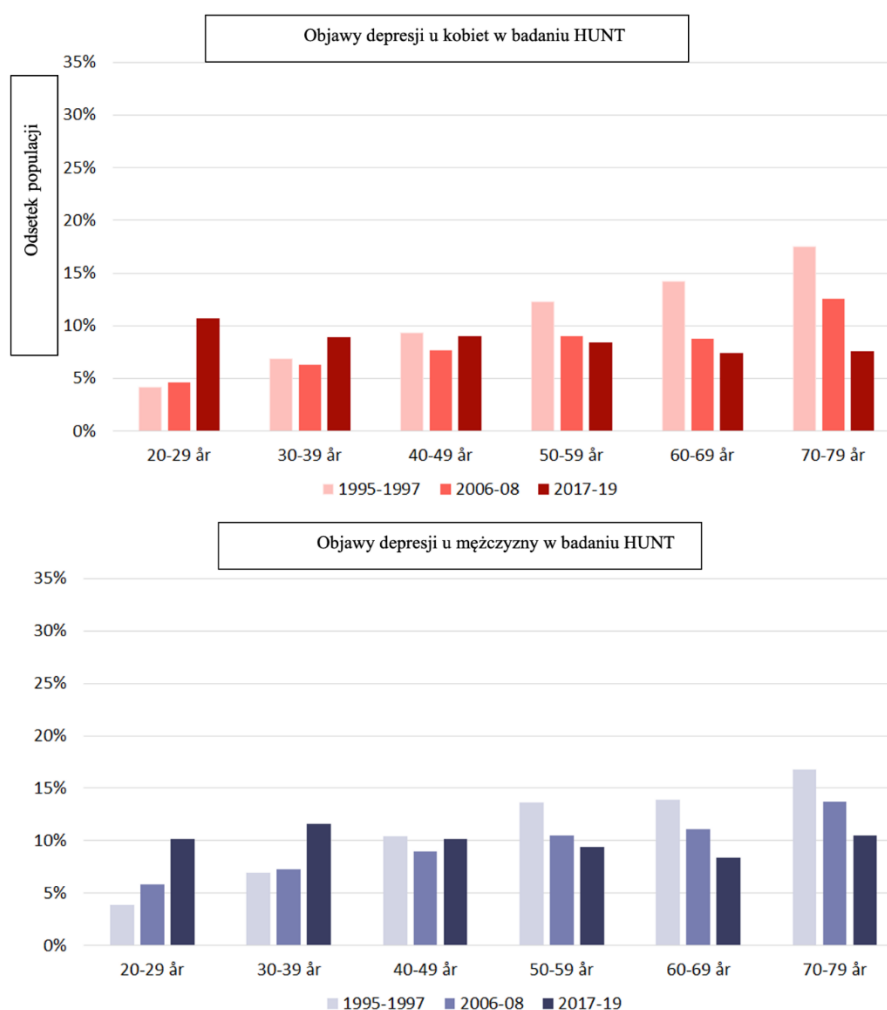


Znaczny spadek odnotowano również u kobiet w wieku 60-69 lat w okresie od 1995 do 2008 roku (Folkehelseinstituttet, 2023).

Wśród mężczyzn wykazujących zaburzenia depresyjne w latach 1995-1997 odnotowano tę samą tendencję co u kobiet, czyli znaczny wzrost występowania wysokich objawów depresji mężczyzn starszych w stosunku do młodszych roczników. Od roku 2006 do 2019 odnotowano znaczący wzrost symptomów depresji z 4% do 10% w grupie wiekowej 20-29 lat. Natomiast w grupie wiekowej obejmującej od 50 do 79 roku życia odnotowano sukcesywny spadek od 25% do 35% w ciągu całego okresu badania tj. od 1995 do 2019 roku. Niepokojącym zjawiskiem jest bardzo wysoki wzrost zaburzeń depresyjnych u mężczyzn w najmłodszej z grup wiekowych 20-29 lat. (Folkehelseinstituttet, 2023)

Rysunek 7

Symptomy depresji u kobiet i mężczyzn przedstawione przez HUNT



Adnotacja. Źródło: *Psykiske plager og lidelser hos voksne*, Folkehelseinstituttet, 2023 (<https://www.fhi.no/he/folkehelserrapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>).



Należy pamiętać, iż depresja występuje w każdym wieku. Choć napotyka się trudności w diagnozowaniu jej u młodszych dzieci szacuje się, iż w krajach o wysokich dochodach jej występowanie oscyluje w granicach 1,3% wśród dzieci i młodzieży poniżej osiemnastego roku życia. Badania przeprowadzone wśród dzieci i młodzieży norweskiej oszacowały występowanie depresji na poziomie 0,1-2,7% w wieku 4-17 lat z nasiloną częstotliwością występowania pomiędzy 4 a 14 rokiem życia. Według tychże badań wskazano, iż depresja występuje częściej u dziewcząt niż u chłopców do dwunastego roku życia uzyskując największą rozbieżność w okresie dojrzewania a następnie ma tendencję spadkową. W grupie dziewcząt 16-19 lat depresja utrzymywała się na poziomie 2-3% natomiast w tej samej grupie wiekowej chłopców wynosiła 1%. Niski odsetek otrzymanych diagnoz depresji wśród dzieci poniżej szesnastego roku życia w stosunku do wyników badań populacyjnych sugeruje, iż wiele przypadków zaburzeń depresyjnych u dzieci a w szczególności u młodych nastolatków nie jest ani diagnozowane, ani leczone w placówce specjalizującej się w opiece nad zdrowiem psychicznym (Folkehelseinstituttet, 2024).

3.3.3. Zaburzenia związane z nadużywaniem substancji

W obowiązującej klasyfikacji ICD-10 zaburzenia związane z na używaniem substancji ujęte są w zaburzeniach psychicznych i behawioralnych spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych oraz kodowane od F10 do F19. Klasyfikacja opiera się na sztywnych kryteriach, objawach fizycznych oraz behawioralnych wynikających z używaniem substancji. Dzieli się za zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem F10-alkoholu, F11-opioidów, F12-kanabinoli, F13-substancji uspokajających i nasennych, F14-kokainy, F15-innych substancji stymulujących w tym kofeiny, F16-halucynogenów, F17-spowodowanych paleniem tytoniu, F18-odurzaniem się lotnymi rozpuszczalnikami organicznymi oraz F19-używaniem wielu narkotyków i substancji psychoaktywnych (World Health Organization, 2009).

Klasyfikacja ICD-11, uaktualnia oraz rozszerza zakres klasyfikacji. Uwzględnia nasilenie zaburzeń dzieląc je na umiarkowane i ciężkie, dodaje epizod pojedynczy szkodliwego używania, oraz dzieli je zaczynając od głównej kategorii o kodzie 6C40 pod nazwą: zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych na podkategorie takie jak (Modrzyński, 2023):

- Zaburzenia związane z używaniem alkoholu (6C41),
- Zaburzenia związane z używaniem opioidów (6C42),



- Zaburzenia związane z używaniem kanabinoidów (6C43),
- Zaburzenia związane z używaniem środków uspokajających, nasennych lub anksjolityków (6C44),
- Zaburzenia związane z używaniem kokainy (6C45),
- Zaburzenia związane z używaniem innych środków stymulujących (6C46),
- Zaburzenia związane z używaniem tytoniu (6C47),
- Zaburzenia związane z używaniem lotnych rozpuszczalników (6C48),
- Zaburzenia związane z używaniem innych substancji określonych (6C49),
- Zaburzenia związane z używaniem substancji niespecyficznych (6C4Z).

Klasyfikacja DSM-5-TR zaburzenia związane z substancjami i uzależnieniami dzieli na kategorie oraz podkategorie. Przedstawia zaburzenia związane z substancją następująco:

- Zaburzenia związane z alkoholem – do tej kategorii zaliczamy zaburzenia używania alkoholu, w wyniku spożywania zaburzenia psychiczne, psychotyczne, afektywne dwubiegunowe, depresyjne, lękowe, snu, seksualne, majaczenia po zatruciu a także odstawieniu, większe oraz łagodne zaburzenia neuropoznawcze a także nieokreślone zaburzenia związane z alkoholem.
- Zaburzenia związane z kofeiną – dzieli na zatrucie, odstawienie, zaburzenia psychiczne, lękowe, snu oraz nie określone zaburzenia związane z kofeiną.
- Zaburzenia związane z kanabinoidami – obejmuje zaburzenia używania, zatrucia, odstawienie, zaburzenia psychiczne, psychotyczne, lękowe, snu, majaczenia oraz inne określone zaburzenia związane z kanabinoidami z uwzględnieniem podziału na łagodne umiarkowany ciężkie.
- Zaburzenia związane z halucynogenami – dotyczy zaburzeń używania fencyklidyny z uwzględnieniem łagodnych, umiarkowanych oraz ciężkich, zaburzeń używania innego halucynogenu, zatrucia zarówno fencyklidyną jak i innymi halucynogenami, zaburzeń psychicznych, psychotycznych, afektywnych dwubiegunowych, depresyjnych, lękowych, majaczeń po zatruciu zarówno dotyczących fencyklidyny jak i halucynogenów a także nie określonych zaburzeń z nimi związanych.
- Zaburzenia związane z substancją wziewną – w tej kategorii wymienia się zaburzenia używania substancji wziewnej, zatruc, zaburzeń psychicznych, psychotycznych, depresyjnych, lękowych wywołane substancją wziewną,



majaczeń a także większych oraz łagodniejszych zaburzeń neuropoznawczych wywołanych substancją wzięwną jako nieokreślonych.

- Zaburzenia związane z opioidami – dotyczy zaburzeń używania opioidów, zatruc opioidami, zaburzeń spostrzegania, odstawienia opioidów, zaburzeń psychicznych, depresyjnych, lękowych, snu, seksualnych, majaczeń po zatruciu jak i odstawieniu a także wywołanych opioidami oraz nieokreślonych zaburzeń związanych z opioidami. Tak jak we wcześniejszych podkategoriach uwzględnia się podział na łagodne, ciężkie oraz umiarkowane.
- Zaburzenia związane z lekami uspokajającymi, nasennymi lub przeciwlękowymi – obejmuje zaburzenia używania leków, zatrucia lekami, odstawienia, zaburzenia psychiczne, psychotyczne wywołane lekami, (afektywne) dwubiegunowe i inne z nimi związane, zaburzenia depresyjne, lękowe, snu, dysfunkcję seksualną, majaczeniem zarówno po zatruciu jak i odstawieniu, majaczenie wywołane lekami, większe lub łagodne zaburzenia neuropoznawcze oraz nieokreślone zaburzenia związane z lekami.
- Zaburzenia związane ze stymulantami – zaburzenia używania stymulanta, zatrucie, odstawienie, zaburzenia psychiczne, psychotyczne, afektywne dwubiegunowa i inne z nimi związane, depresyjne lękowe obsesyjną kompulsywne, snu, dysfunkcje seksualne, majaczenie wskutek zatrucia lub skutek używania a także zaburzenia neuropoznawcze łagodna jak i nieokreślony zaburzenia związane ze stymulantem. W tej kategorii oprócz podziału na łagodne, ciężkie oraz umiarkowane dzieli się również na rodzaj stymulanta: kokainę oraz amfetaminę (lub inny stymulant).
- Zaburzenia związane z tytoniem – zaburzenia używania, odstawienia tytoniu, psychiczne, snu a także nieokreślony zaburzenia związane z tytoniem. Tak jak we wcześniejszych utrzymany jest podział na łagodne, umiarkowane oraz ciężkie.
- Zaburzenia związane z innymi lub nieznanymi substancjami – dotyczą zaburzeń używania innych grup nieznaną substancji, zatrucia, odstawienia, zaburzeń psychicznych, psychotycznych, afektywnych dwubiegunowych, depresyjnych, lękowych, obsesyjno-kompulsywnych, zaburzeń snu, dysfunkcji seksualnej, majaczeń po zatruciu, odstawieniu lub wskutek używania innej lub nieznaną substancji. Są to również zaburzenia podczas przyjmowania lub odstawienia innej lub nieznaną substancji przyjmowanej zgodnie z zaleceniami, większe, łagodne



zaburzenia neuropoznawcze a także nieokreślony zaburzenia związane z inną lub nieznaną substancją.

- Zaburzenia niezwiązane z substancją. (American Psychiatric Association, 2024)

Norwegia jak wiele innych krajów boryka się z problemem nadużywania substancji psychoaktywnych oraz zaburzeniami związanymi z ich używaniem. Problem jest powiązany nie tylko z używaniem substancji, lecz także z chorobami, które są skutkiem zażywania tych substancji a także zgonami w wyniku przedawkowania. Norweski Instytut Zdrowia Publicznego podaje, iż używanie substancji psychoaktywnych najczęściej kojarzy się wielu osobom z przyjemnością, ulgą, dlatego też substancje te są używane przez nie bezproblemowo. Należy rozgraniczyć szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych z uzależnieniem. W pierwszym aspekcie mamy do czynienia, kiedy stosowanie takich substancji powoduje zarówno fizyczne jak i psychiczne szkody zdrowotne w krótkim jak i długim czasie. Natomiast uzależnienie od substancji przejawia się nie tylko silnym pragnieniem zażycia substancji, lecz także trudnościami w kontrolowaniu jej używania. Może to wpływać na konieczność zwiększenia dawki jak i należy się spodziewać występowania objawów odstawienia, kiedy używana substancja nie jest dostarczana organizmowi przez pewien czas. Używanie substancji psychoaktywnych takich jak alkohol, nielegalne narkotyki czy leki uzależniające stanowią poważne wyzwanie i są dużym problemem zdrowia publicznego. W Norwegii najczęstszymi zaburzeniami powodującymi największe szkody zdrowotne a także przedwczesny zgon są zaburzenia związane z używaniem alkoholu. Do wielu chorób oraz czynników powodujących skrócenie czasu życia przyczyniają się w Norwegii także zaburzenia związane z używaniem leków powodujących uzależnienie oraz narkotyków. Jak zauważa FHI w Norwegii występuje deficyt w leczeniu zaburzeń, które związane są z używaniem substancji psychoaktywnych (Folkehelseinsittet, 2022).

Badania przeprowadzone około 20 lat wstecz szacowały, iż roczne występowanie zaburzeń związanych z rocznym używaniem alkoholu w Norwegii jest na poziomie 5.16% u mężczyzn oraz 2-6% u kobiet. Nowsze badania, przeprowadzone tylko na młodszej grupie populacji szacuje, iż łącznie częstotliwość tych zaburzeń wynosi 4%. Przy wysokiej niepewności tych szacunków należy przyjąć, iż średnia wartość oscyluje na poziomie 8% dorosłej populacji, co daje nam przedział pomiędzy 175 a 350 tysiącami osób. Jedynie 7% osób otrzymuje leczenie (Folkehelseinsittet, 2022).

Przeprowadzone badania wykazują, iż zaburzenia związane z używaniem alkoholu dotyczą najczęściej osoby w wieku od 18 do 35 lat. Badania wskazały także na większe ryzyko

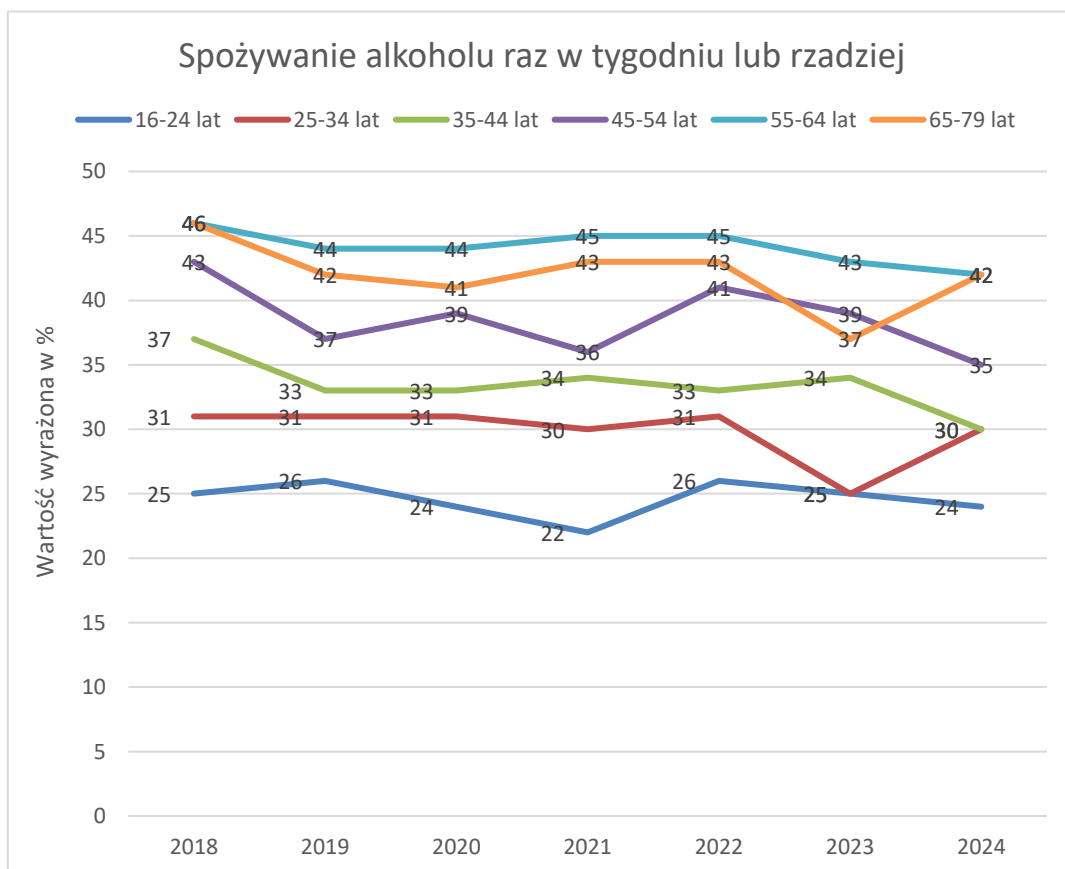


aż dwa do trzech razy rozwinięcia zaburzeń związanych z używaniem alkoholu przez mężczyzn w stosunku do kobiet (Folkehelseinsittet, 2022).

Badania przeprowadzone przez Norweski Urząd Statystyczny w Norwegii w latach 2018-2024 wykazuje, iż największy odsetek osób spożywających alkohol raz w tygodniu odnosi się do osób przedziale wiekowym 55-79 lat. W roku 2024 odnotowano aż 5% wzrost spożywania alkoholu przez osoby z grup wiekowych 65-79 oraz 25-34 lat – rysunek nr 8. Rysunek nr 9 przedstawia procentowe spożycie od 1 do 6 jednostek alkoholu w tygodniu ogółem oraz z podziałem na płeć. Mężczyźni ponad dwa razy częściej spożywają od 1 do 6 jednostek alkoholu w ciągu tygodnia w stosunku do kobiet.

Rysunek 8

Spożywanie alkoholu raz w tygodniu rzadziej

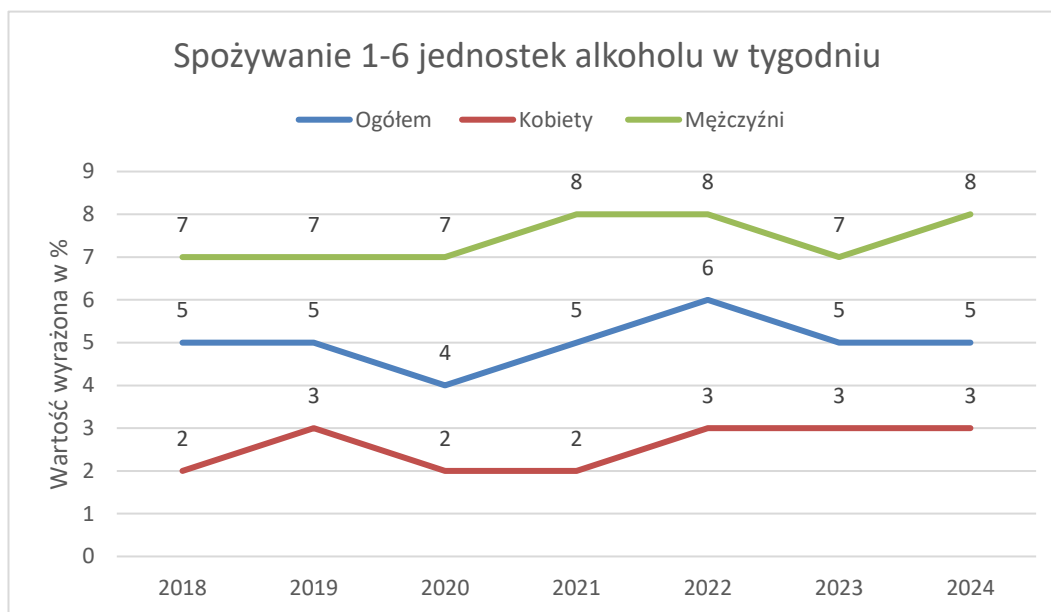


Adnotacja. Źródło: Statistisk Sentralbyrå – Statistics Norway, Statistisk Sentralbyrå, b.d. (<https://www.ssb.no/statbank/table/14448/tableViewLayout1/>).



Rysunek 9

Spożywanie 1-6 jednostek alkoholu w ciągu tygodnia.



Adnotacja. Źródło: *Statistisk Sentralbyrå – Statistics Norway*, Statistisk Sentralbyrå, b.d. (<https://www.ssb.no/statbank/table/14448/tableViewLayout1/>).

Według danych Banku Światowego z 2023 roku, Norwegia liczy 5,52 miliona mieszkańców (World Bank Group, b.d.). Z danych SSB ogół osób spożywających od 1 do 6 jednostek alkoholu tygodniowo wyniósł w 2024 roku 5% co daje nam 276 tysięcy osób będących pod wpływem alkoholu w ciągu tygodnia. Roczna sprzedaż czystego alkoholu w odniesieniu na jednego mieszkańca wzrosła w Norwegii dwukrotnie na przestrzeni 50. lat (z 3,6 litra odnotowanego w 1970 roku do 7,2 litra w roku 2020) (Folkehelseinstituttet, 2022).

Norweski Rejestr Przepisanych Leków (Reseptregisteret), który jest prowadzony przez Norweski Instytut Zdrowia Publicznego wskazał, iż ponad milion osób każdego roku otrzymuje co najmniej jedną receptę na lek uzależniający. Choć wykazuje się brak dokładnych danych w tym aspekcie szacuje się na podstawie badań przeprowadzonych wśród ok 800 tys. osób, iż 1,6% (czyli ok 13 tys.) z respondentów stosowało aż dwukrotnie zwiększoną dawkę otrzymanego leku przeciwlękowego lub nasennego. Ponad 10% populacji norweskiej w latach 2019-2021 uzyskało od lekarza receptę na leki opioidowe w ciągu roku. Natomiast 60 tys. osób zostało rozpoznanych jako osoby stale używające nie tylko opioidów, lecz stosujących w tym samym czasie innego rodzaju leki uzależniające (Folkehelseinstituttet, 2022).

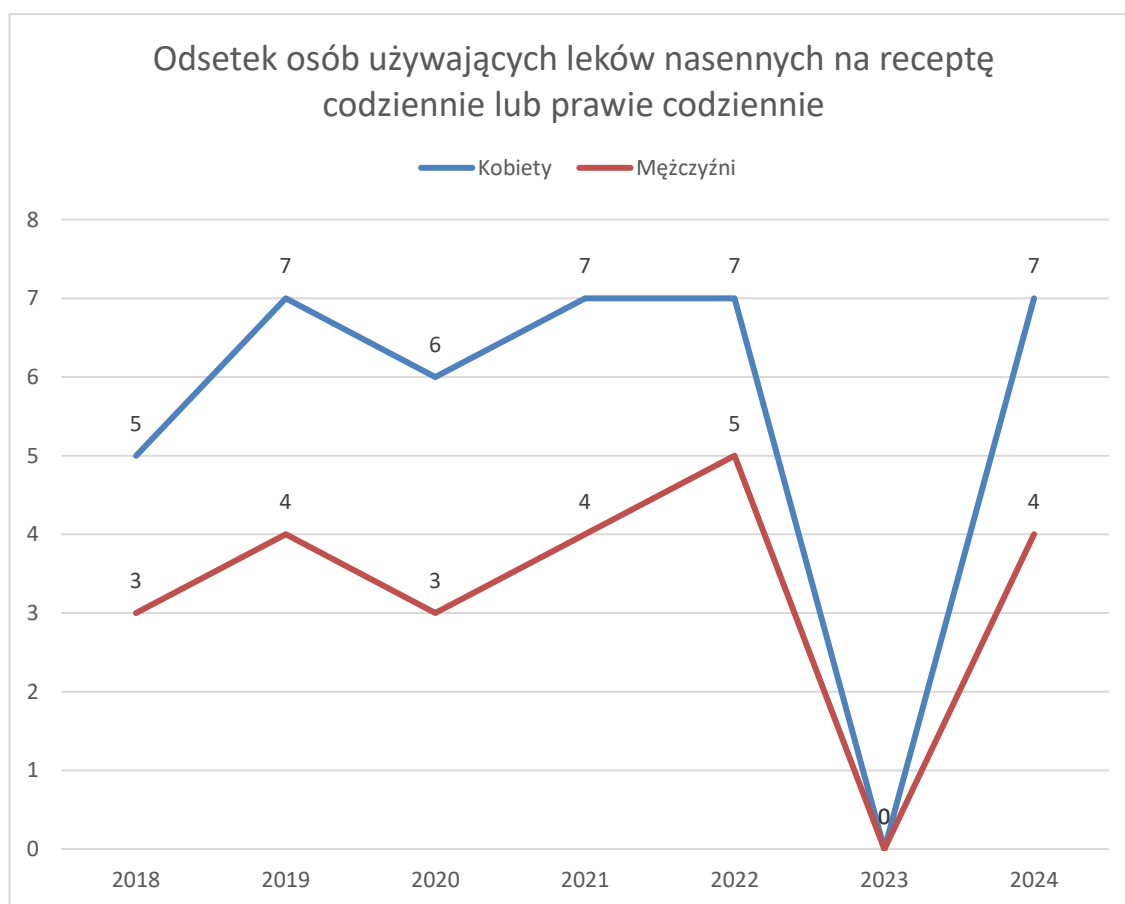
Rysunek nr 10 przedstawia odsetek osób w Norwegii z podziałem na płeć stosujących codziennie lub prawie codziennie leki nasenne wydawane na receptę. Jak wynika



z zamieszczonych danych kobiety znacznie częściej stosowały leki nasenne niż mężczyźni. Najniższy odsetek osób stosujących leki nasenne na receptę codziennie lub prawie codziennie wynosił 5% wśród kobiet oraz 3% wśród mężczyzn i został zarejestrowany w 2018 r. W pozostałych latach 2019-2024 utrzymywał się wśród kobiet na stałym poziomie 7% z lekkim obniżeniem o 1% w roku 2020. Wśród mężczyzn w latach 2020-2022 r. wzrastał o 1% każdego roku wśród zatrzymując się na 4% w roku 2024. W przeprowadzonych badaniach w 2023 roku nie zebrano danych w związku ze zmianą sposobu gromadzenia danych klinicznych.

Rysunek 10

Codziennie lub prawie codziennie używanie leków nasennych na receptę w Norwegii



Adnotacja. Źródło: *Statistisk Sentralbyrå – Statistics Norway*, Statistisk Sentralbyrå, b.d. (<https://www.ssb.no/statbank/table/14448/tableViewLayout1/>).

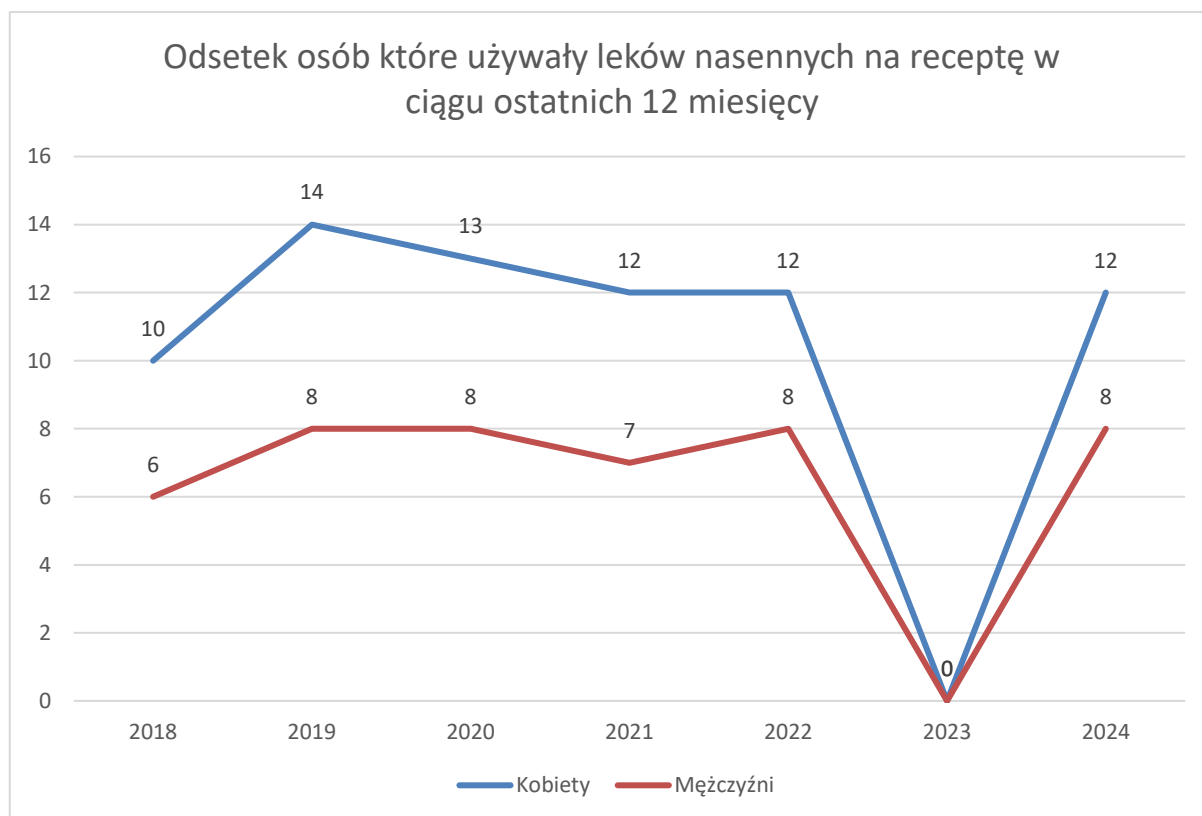
Dane widoczne na wykresie nr 11 przedstawiają używanie leków nasennych na receptę w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Uwzględnia przedział czasowy pomiędzy 2018 a 2024 rokiem (rok 2023 – brak danych w związku ze zmianą sposobu gromadzenia danych klinicznych) oraz podział na płeć. Jak przedstawiają dane największy odsetek wynoszący 14% stanowią kobiety i przypada on na 2019 rok. Od 2021 roku wśród kobiet zażywanie leków nasennych na receptę



w ciągu ostatnich 12 miesięcy utrzymuje się na poziomie 12%. Wśród mężczyzn utrzymuje się na poziomie 8% od 2019 roku z jednoprogowym spadkiem w 2021 roku.

Rysunek 11

Odsetek osób, które używały leków nasennych na receptę w ciągu ostatnich 12 miesięcy

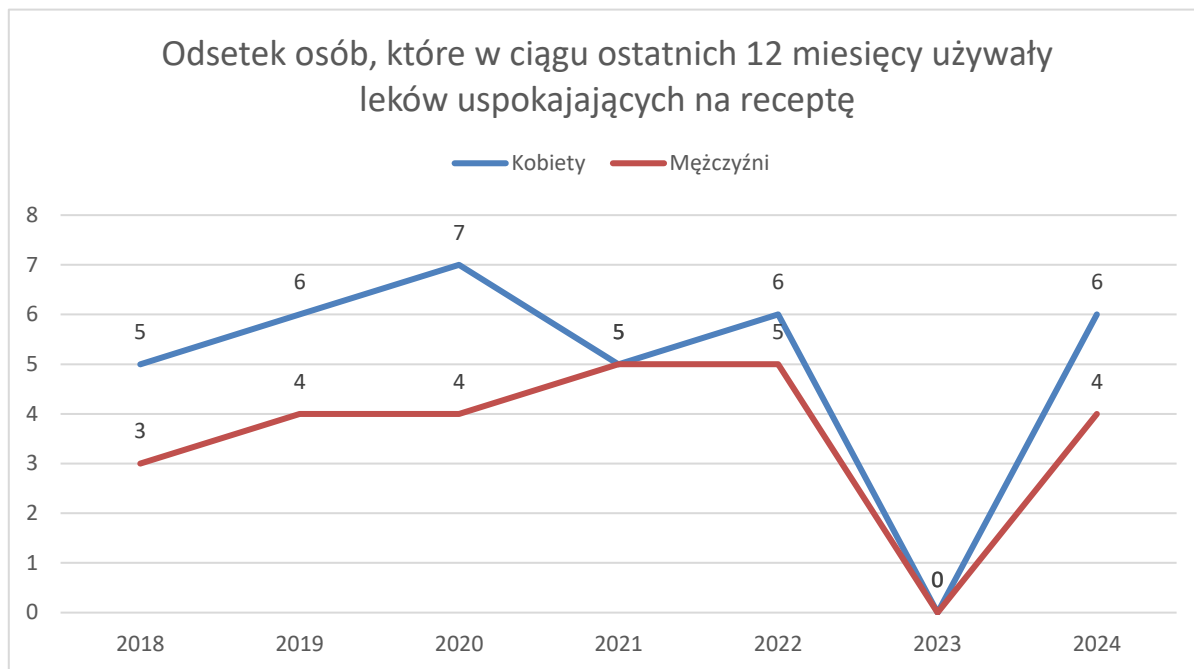


Adnotacja. Źródło: Statistisk Sentralbyrå – Statistics Norway, Statistisk Sentralbyrå, b.d. (<https://www.ssb.no/statbank/table/14448/tableViewLayout1/>).

Wykres 12 uwidacznia odsetek osób, które w Norwegii używały w ciągu ostatnich 12 miesięcy leków uspokajających na receptę (rok 2023 – brak danych w związku ze zmianą sposobu gromadzenia danych klinicznych). Jak uwidaczniają przedstawione wykresy kobiety częściej w stosunku do mężczyzn używają leków uspokajających na receptę. Odsetek kobiet osiągnął najwyższy pułap 2020 r. na poziomie 14% oraz 8% u mężczyzn na przełomie 2021 oraz 2022 roku. W roku 2024 utrzymywał się na poziomie 12% wśród kobiet i 8% wśród mężczyzn.

Rysunek 12

Odsetek osób, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy używały leków uspokajających na receptę.

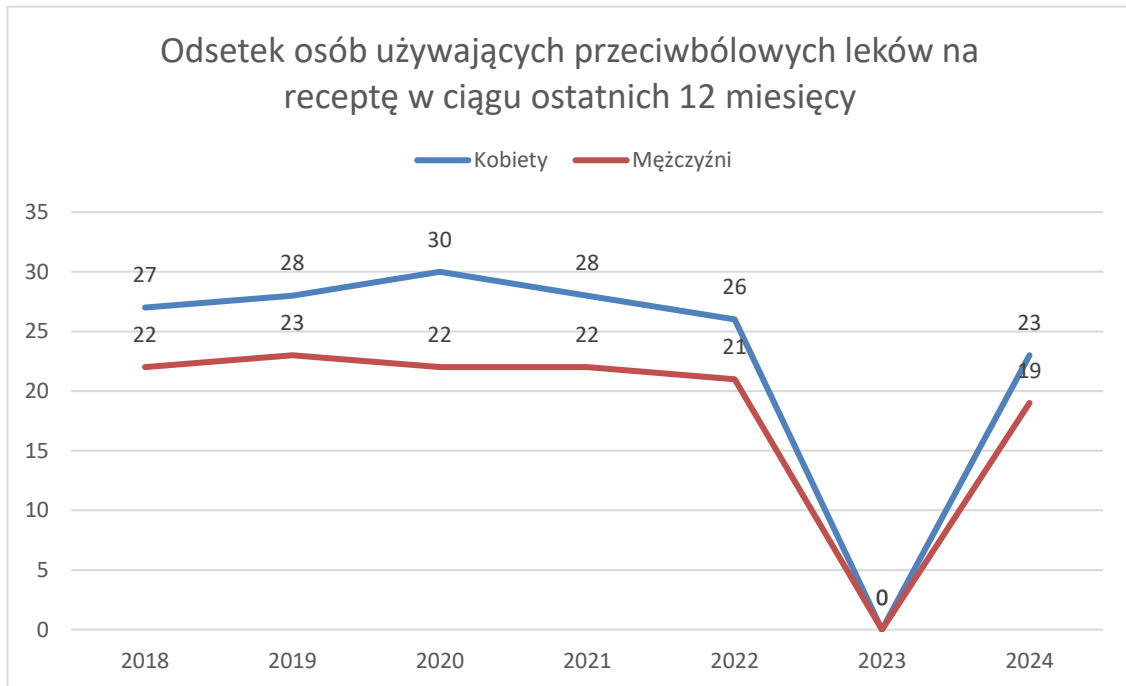


Adnotacja. Źródło: Statistisk Sentralbyrå – Statistics Norway, Statistisk Sentralbyrå, b.d. (<https://www.ssb.no/statbank/table/14448/tableViewLayout1/>).

Zarówno kobiety jak i mężczyźni używający leki przeciwbólowe na receptę w ciągu ostatnich 12 miesięcy przejawili w 2024 nieznaczny spadek w stosunku do lat poprzednich. Wykres 13 przedstawia dane zebrane w okresie pomiędzy 2018 a 2024 r. (rok 2023 – brak danych w związku ze zmianą sposobu gromadzenia danych klinicznych). Jak można zauważyć w roku 2024 23% kobiet oraz 19% mężczyzn stosowało leki przeciwbólowe wydawane na receptę. W tym przypadku również kobiety stanowiły większy odsetek niż mężczyźni.

Rysunek 13

Używanie leków przeciwbólowych na receptę w ciągu 12 ostatnich miesięcy



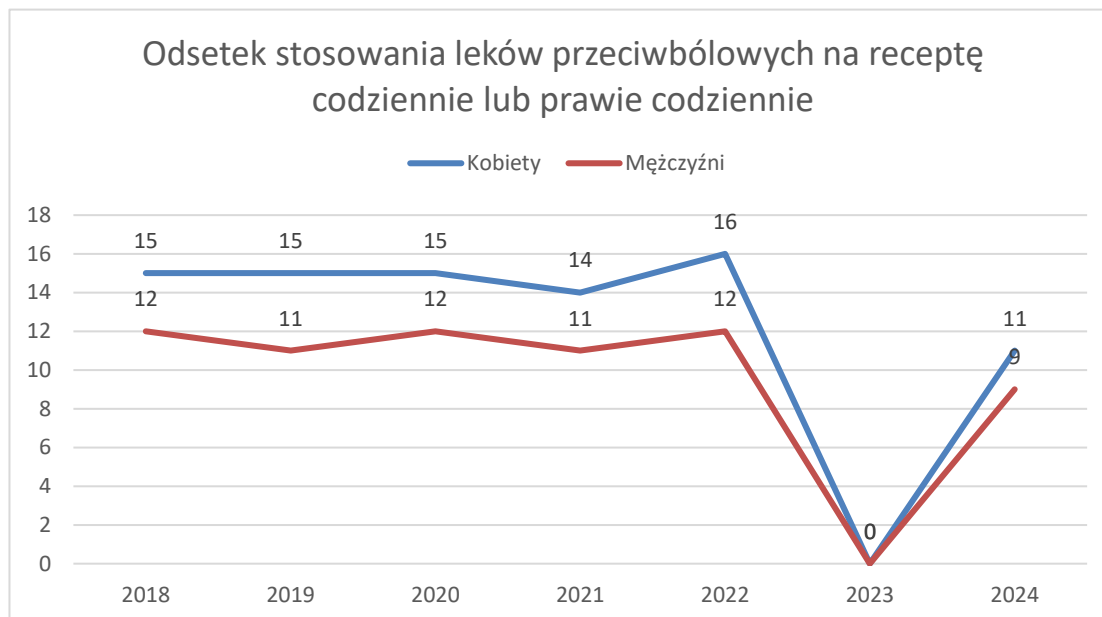
Adnotacja. Źródło: Statistisk Sentralbyrå – Statistics Norway, Statistisk Sentralbyrå, b.d. (<https://www.ssb.no/statbank/table/14448/tableViewLayout1/>).

O ile używanie leków przeciwbólowych wydawanych na receptę w ciągu ostatnich 12 miesięcy może być bardziej związane z problemami somatycznymi i łagodzeniem ich objawów o tyle wykres nr 14 przedstawia nam odsetek osób z podziałem na płeć, które leki przeciwbólne na receptę przyjmowały codziennie lub prawie codziennie.



Rysunek 14

Odsetek stosowania leków przeciwbólowych na co receptę codziennie lub prawie codziennie



Adnotacja. Źródło: Statistisk Sentralbyrå – Statistics Norway, Statistisk Sentralbyrå, b.d. (<https://www.ssb.no/statbank/table/14448/tableViewLayout1/>).

Według zebranych danych (rok 2023 – brak danych w związku ze zmianą sposobu gromadzenia danych klinicznych) używanie leków przeciwbólowych dostępny na receptę zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn spadło w 2024 r. w stosunku do lat poprzednich osiągając 11% wśród kobiet oraz 9% wśród mężczyzn.

Powyższe dane obejmują opioidy jako leki przeciwbólowe wydawane na receptę. Niemniej w Norwegii występuje uzależnienie obejmujące opioidy pochodzące z nielegalnego źródła, do których zaliczamy heroinę. Według FHI objętych leczeniem uzależnienia od opioidów jest około 8 000 pacjentów. W ostatnich latach osoby uzależnione od opioidów objęto opieką w ramach programu Legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (LAR), czyli „Farmakologicznie wspomaganą rehabilitacją (LAR)” (Folkehelseinstituttet, 2022). Program polega na podawaniu zastępczych leków w połączeniu z psychologiczną terapią i wsparciem społecznym. Celem programu jest redukcja szkód zdrowotnych, stabilizacja stanu zdrowia a także reintegracja społeczna. (Helsedirektoratet, 2022)

Norweski Urząd Statystyczny SSB zbiera dane zarówno dla Norweskiego Instytutu Zdrowia Publicznego jak i Norweskiej Dyrekcji ds. Zdrowia (Helsedirektoratet) na temat używania narkotyków. Do 2023 r. dane te były zbierane jedynie w formie telefonicznej. Od 2024 roku uczestnicy, a bynajmniej pewna ich część, może również odpowiadać za pomocą

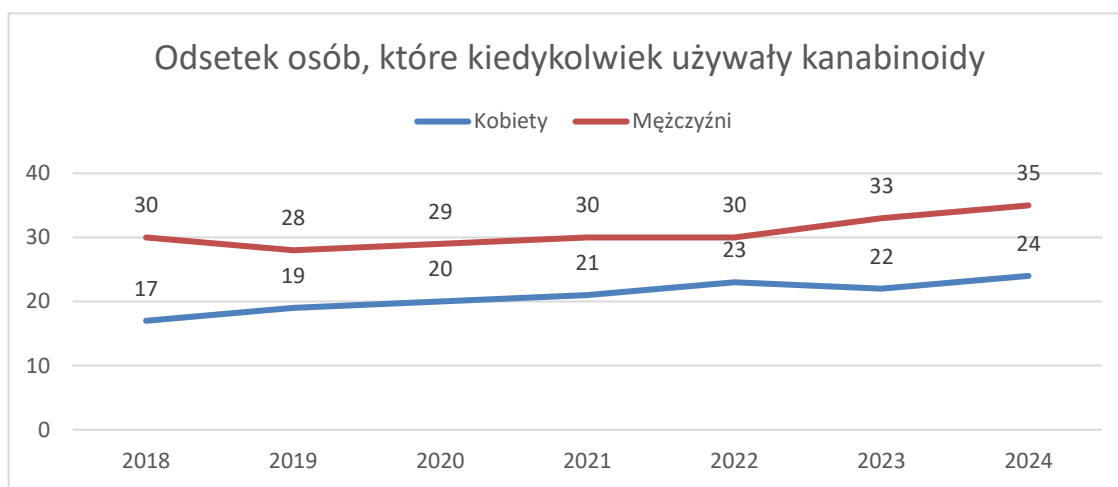


Internetu. SSB wskazuje, iż badania ankietowe, niezależnie od wybranej metody, wykazują pewne ograniczenia jak np. obniżanie przez uczestników badania wysokości własnego użycia substancji. W związku z tym przyjęto, iż badania przeprowadzone w latach 2013-2024 mogą wykazywać zaniżone wyniki w stosunku do rzeczywistych danych. (Folkehelseinstituttet, 2024)

W Norwegii podobnie jak w krajach Europy kanabinoidy (a w głównej mierze haszysz i marihuana) są najczęściej używaną nielegalną substancją psychoaktywną. Osoby, które kiedykolwiek używały kanabinoidów przedstawia wykres nr 15. Grupa badawcza obejmuje osoby pomiędzy 16 a 64 rokiem życia. Przedstawione na wykresie używanie kanabinoidów przez mężczyzn wynosił 30% w roku 2018 z dwuprocentowym spadkiem w roku 2019 po czym regularnie wzrastał osiągając w 2024 roku poziom 35%. Choć kobiety stanowią mniejszy odsetek następuje wzrost w używaniu kanabinoidów z 17% w roku 2018 do 24% w roku 2024 przy chwilowym jednoprocentowym spadku w 2023 r.

Rysunek 15

Odsetek osób, które kiedykolwiek używała kanabinoidów

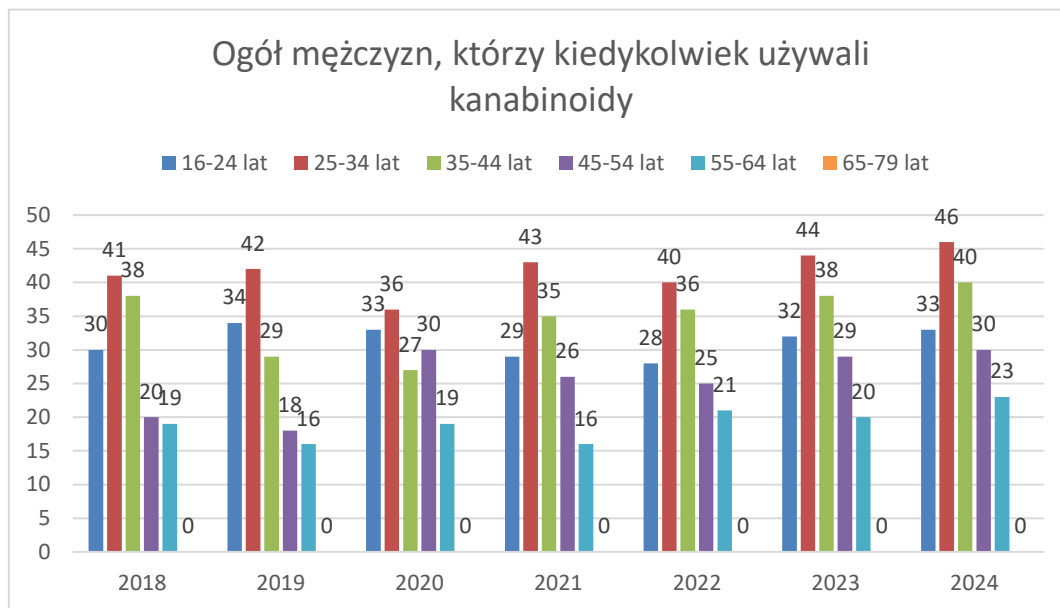


Adnotacja. Źródło: *Statistisk Sentralbyrå – Statistics Norway*, Statistisk Sentralbyrå, b.d. (<https://www.ssb.no/statbank/table/14448/tableViewLayout1/>).

Analizując dane możemy zauważyć, iż wśród mężczyzn używających kanabinoidów największy odsetek stanowili mężczyźni w wieku 25-34 lata – wykres nr 16. Przyglądając się danym może stwierdzić, iż wśród kobiet najwyższy wskaźnik używania tej substancji występował również w tym samym przedziale wiekowym co wśród mężczyzn i dotyczył przedziału pomiędzy 25 a 34 rokiem życia.

Rysunek 16

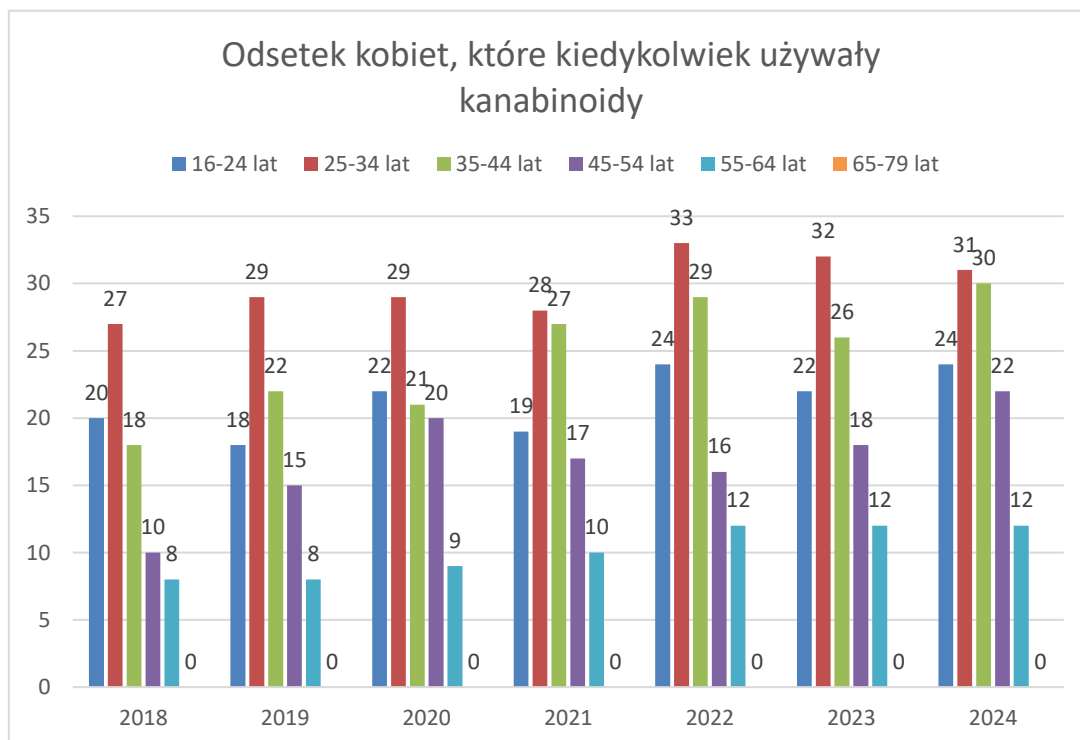
Ogół mężczyzn, którzy kiedykolwiek używali kanabinoidy



Adnotacja. Źródło: Statistisk Sentralbyrå – Statistics Norway, Statistisk Sentralbyrå, b.d. (<https://www.ssb.no/statbank/table/14448/tableViewLayout1/>).

Rysunek 17

Odsetek kobiet, które kiedykolwiek używały kanabinoidów



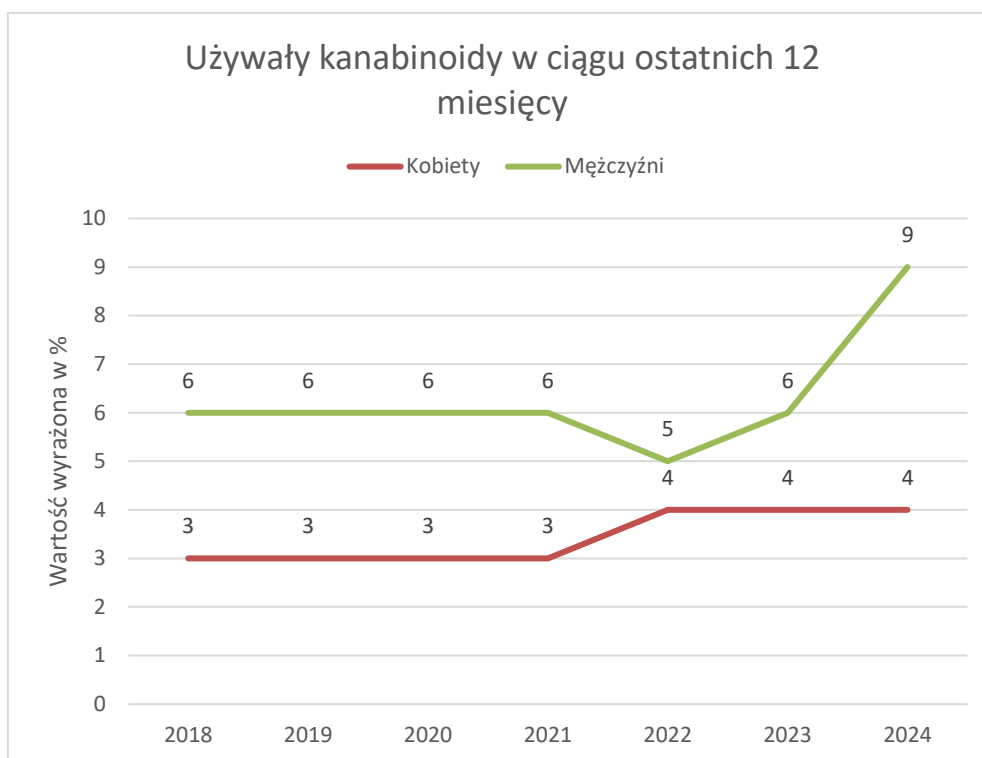
Adnotacja. Źródło: Statistisk Sentralbyrå – Statistics Norway, Statistisk Sentralbyrå, b.d. (<https://www.ssb.no/statbank/table/14448/tableViewLayout1/>).



Używani kanabinoidów w ciągu ostatnich 12 miesięcy zgłosiło w 2024 r. 9% mężczyzn oraz 4% kobiet. Jak wykazuje wykres nr 18 w latach 2018-2021 poziom używania kanabinoidów utrzymywał się na stabilnym poziomie 6% wśród mężczyzn oraz 3% wśród kobiet. Gwałtowny wzrost w używaniu tej substancji nastąpił od 2022 roku wśród mężczyzn i wzrósł z 5% do 9% w 2024 roku. Wśród kobiet zanotowano również jedyną procentowy wzrost w roku 2022 który utrzymuje się na takim samym poziomie w roku 2024.

Rysunek 18

Używanie Kanabinoidy w ciągu ostatnich 12 miesięcy



Adnotacja. Źródło: *Statistisk Sentralbyrå – Statistics Norway, Statistisk Sentralbyrå, b.d.* (<https://www.ssb.no/statbank/table/14448/tableViewLayout1/>).

Na podstawie danych możemy zauważyć, iż największy odsetek osób w wieku 16-64 lat używających kanabinoidów należy do osób używających tych substancji od czasu do czasu i ma tendencje wzrostowe, lecz z tej grupy możemy całkowicie wykluczyć osoby zarówno płci męskiej jak i żeńskiej w przedziale wiekowym 65-79 lat. Była to jedyna grupa, w której nie wykazano używania kanabinoidów.

Jak wskazuje FHI do nielegalnych substancji, które są używane przez populację norweską należą takie stymulanty jak:

- kokaina,



- amfetamina (amfetamina / metamfetamina),
- ecstasy/MDMA.

Używanie kokainy od czasu do czasu w 2024 r. w przedziale wiekowym 16 – 64 lat zgłosiło 11,6% mężczyzn oraz 5,1% kobiet, amfetaminy 7,8% mężczyzn oraz 3,8% kobiet natomiast ecstasy/MDMA 8,4% mężczyzn oraz 4,5% kobiet. Jak podaje Norweski Instytut Zdrowia Publicznego odnotowano wzrost w okresie 2013-2024 zażycia przez osoby w wieku 16-30 lat zarówno kokainy jak i amfetaminy oraz ecstasy (Folkehelseinstituttet, 2024).

3.3.4. Zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia, zaburzenia kompulsywnego objadania się)

W klasyfikacji ICD-10 problemy ze snem obejmują kategorię F51 – zaburzenia snu związane z zaburzeniami organicznymi oraz kategorii G47 – zaburzenia snu, w której klasyfikuje się problemy ze snem związane z zaburzeniami organicznymi. Do kategorii obejmującej zaburzenia snu niezwiązane z zaburzeniami organicznymi należą: bezsenność nieorganiczna (F51.0), nieorganiczna hipersomnia (F51.1), nieorganiczna zaburzenia rytmu snu i czuwania (F51.2), somnambulizm (sennowłóctwo) (F51.3), lęki nocne (F51.4), koszmary senne (F51.5), inne nieorganiczne zaburzenia snu (F51.8), nieorganiczne zaburzenia snu, nieokreślone (F51.8). Do klasyfikacji organicznych zaburzeń snu G47 należą: zaburzenia zasypiania i utrzymania snu (bezsenność) (G47.0), zaburzenia z nadmierną sennością (hipersomnia) (G47.1), zaburzenia rytmu snu i czuwania (G47.2), bezdech senny (G7.3), narkolepsja i katalepsja (G47.4), inne zaburzenia snu (G47.8) oraz zaburzenia snu, Nieokreślone (G47.9) (World Health Organization, 2009).

W ICD-11 możemy znaleźć podział zaburzeń snu (07) na: bezsenność (insomnia) do której zalicza się chroniczną bezsenność lub krótkotrwałą bezsenność; zaburzenia rytmu dobowego snu, w którym wyróżnia się zaburzenia rytmu okołodobowego snu-czuwania, opóźnionej lub przyspieszonej fazy snu, nierównomierny rytm snu-czuwania, zaburzenia rytmu okołodobowego snu spowodowane pracą zmianowa lub niewłaściwe rytm snu-czuwania. Kolejno w klasyfikacji znajdziemy parasomnie – zaburzenia zachowania w fazie REM, zaburzenia pobudzenia w fazie REM, które mają podkategorie takie jak somnambulizm, lęki nocne, inne parasomnie w fazie NREM, następnie koszmary nocne oraz zaburzenia związane z paraliżem sennym. Do zaburzeń oddychania podczas snu zaliczamy w tej klasyfikacji obturacyjny bezdech senny (z podziałem na łagodny, umiarkowany lub ciężki) oraz centralny bezdech senny. Należą tu również zaburzenia ruchowe związane ze snem (takie jak zespół



niespokojnych nóg) oraz okresowe ruchy kończyny w czasie snu a także hipersomnie (do której należy idiopatyczna lub wtórna hipersomnia). Wymienia się również zaburzenia snu związane z substancjami lub lekami (z podziałem na zaburzenia spowodowane alkoholem, zaburzenia spowodowane lekami psychoaktywnymi oraz zaburzenia snu związane z innymi substancjami) (World Health Organization, b.d.).

Według DSM-5-TR do zaburzeń snu i czuwania zalicza się:

- Zaburzenia polegające na bezsenności,
- Zaburzenia z nadmierną sennością,
- Narkolepsję,
- Zaburzenia snu związane z oddychaniem – do których należą bezdech obturacyjny, ośrodkowy bezdech senny, hiperwentylacja związana ze snem;
- Zaburzenia okołodobowego rytmu snu i czuwania – związane z opóźnieniem lub przyspieszeniem fazy snu, nieregularnym rytmem snu i czuwania, z nie 24-godzinnym rytmem snu i czuwania, zaburzenia okołodobowe związane z pracą zmianowa a także nieokreślone,
- Parasomnie – zaburzenia związane z wybudzaniem w czasie snu non-REM,
- Koszmary senne,
- Zaburzenia zachowania w czasie snu REM,
- Zespół niespokojnych nóg,
- Zaburzenie snu wywołane substancją / lekiem,
- Inna nieokreślona bezsenność,
- Nieokreślona bezsenność,
- Inne określone zaburzenia z nadmierną sennością,
- Nieokreślone zaburzenie z nadmierną sennością, Inne określone zaburzenie snu i czuwania.
- Nieokreślone zaburzenie snu i czuwania (American Psychiatric Association, 2024).

Do kryteriów diagnostycznych DSM-5-TR zaliczymy, oprócz dominujących skarg dotyczących ilości lub jakości snu jego zakłócenie. Problemy dotyczące pierwszej kwestii (ilości lub jakości snu) związane są z jednym lub kilkoma objawami takimi jak trudności w zasypianiu, w utrzymaniu snu czy budzeniu się zbyt wcześnie. Przy czym występuje problem z ponownym zaśnięciem. Opierając się o kryteria diagnostyczne zakłócenie snu powodują dyskomfort pacjenta w zakresie funkcjonowania, co ma znaczący wpływ na jakość jego życia. Kryteria te określają również trudności związane z częstotliwością występowania, w której



występują one co najmniej trzy noce w tygodniu przez co najmniej trzy miesiące utrzymujące się pomimo sprzyjających warunków. W kontekście diagnostycznym należy wziąć pod uwagę czy zaburzenia snu współwystępują wraz z innym zaburzeniem psychicznym bądź stanem medycznym. Należy także określić, czy występują one epizodycznie (powyżej 1 miesiąca, lecz poniżej 3 miesięcy), są uporczywe (utrzymują się co najmniej 3 mies.) czy nawracające (min 2 epizody w odstępie roku) (American Psychiatric Association, 2024).

Jak podaje Norweski Instytut Zdrowia Publicznego w ostatnich latach znacznie wzrósł problem dotyczący przewlekłych zaburzeń snu. Bezsenność, która dotyczy subiektywnego odczuwania trudności ze snem przez osobę obejmuje nie tylko problemy z zasypianiem. Dotyczy to w równej mierze częstego wybudzania się czy przedwczesnego budzenie jak również niskiej jakości snu. Taki stan rzeczy występujący kilka razy w tygodniu przekłada się na negatywne codzienne funkcjonowanie człowieka zarówno w jego życiu prywatnym jak i zawodowym. Jak podaje DSM-5, aby móc postawić diagnozę takie problemy muszą przejawiać się przez okres co najmniej miesiąca (Helsedirektoratet, b. d a, 2017).

Jak podają badania SSB w 2024 r. 10% całej populacji (co daje ponad 550 tys. osób) stosowało leki nasenne przepisane na receptę (Statistisk setralbyrå, 2024). Jak podaje FHI, niefarmakologiczne leczenie przewlekłych zaburzeń snu przynosi lepsze rezultaty w długim oraz krótkim okresie. Stosowanie leków, trwające nie więcej niż 2-3 tygodnie, powinno obejmować jedynie przypadki ostrych problemów ze snem, które pojawiają się np. w sytuacjach kryzysowych. (Helsedirektoratet, b. d b, 2017)

Szacuje się, iż około 85% osób u których występują problemy ze snem nie otrzymuje żadnego leczenia. W ramach poprawy jakości snu co przekłada się na jakość życia Norweski Instytut Zdrowia Publicznego zaleca edukację w zakresie higieny snu. W związku z tym Gminne Centra Zdrowia oferują porady jak poprawić swoje nawyki związane ze snem a także uczestnictwo w kursie „Sov godt” co oznacza „Śpij dobrze”. (Helsedirektoratet, 2024).

Zaburzenia odżywiania (F50) zgodnie z klasyfikacją ICD-10 obejmują jadłowstręt psychiczny, jadłowstręt psychiczny atypowy (F50.1), żarłoczność psychiczną (F50.2), żarłoczność psychiczną atypową (F50.3), przejadanie się związane z innymi czynnikami psychologicznymi (F50.4), wymioty związane z innymi czynnikami psychologicznymi (F50.5), inne zaburzenia odżywiania (F50.8), zaburzenia odżywiania, nieokreślone (F50.9) (World Health Organization, 2009).

Z raportu opublikowanego w styczniu 2022 roku a opracowanego na zlecenie organizacji „Doradztwo w zakresie zaburzeń odżywiania” (Rådgivning om spiseforstyrrelser) ROS wynika, iż zaburzenia odżywiania są poważnym problemem społecznym w Norwegii.



Z raportu wynika, iż około 88 000 osób (co stanowi 1,7% populacji) w Norwegii cierpi na zaburzenia odżywiania takie jak anoreksja, bulimia, zaburzenia kompulsywne objadania się a także niespecyficzne zaburzenia odżywiania. Jak wynika z przeprowadzonych badań zaburzenia najczęściej występują wśród młodszych grup wiekowych (prawie połowa ma mniej niż 30 lat) a także wśród kobiet (które stanowią około 75%). Najczęściej występujące zaburzenia dotyczą kompulsywnego objadania się (wysoki odsetek dotyka mężczyzn) oraz niespecyficznych zaburzeń odżywiania (Stokke i in., 2022).

Raport przedstawia również szacunkowe koszty związane z zaburzeniami odżywiania. W Norwegii w 2021 r. koszty te wynosiły łącznie 26 miliardów koron z czego 59% dotyczyło obciążeń chorobowych, 26% utratę produktywności a 15% stanowiły koszty usług zdrowotnych w tym obrębie (Stokke i in., 2022).

Według raportu u wielu pacjentów zaburzenia odżywiania występują wraz z innymi zaburzeniami psychicznymi oraz chorobami somatycznymi. Od 33% do 42% osób u których występują zaburzenia objadania się lub bulimii cierpi także na otyłość. W związku z tym, iż 98% środków przeznaczonych na leczenie trafia do placówek specjalistycznych na poziomie lokalnym jest bardzo ograniczona oferta usług i form leczenia dla osób zaburzeniami odżywiania. Do placówek specjalistycznych trafiają w dużej mierze tylko najcięższe oraz najostrejsze przypadki zaburzeń (Stokke i in., 2022).

Według przeprowadzonych badań, w Norwegii znacznie wzrósł odsetek osób chorych na zaburzenia odżywiania w czasie pandemii COVID-19. W tym okresie (2019-2020) szpital Uniwersytecki w Oslo odnotował wzrost występowania zaburzeń wśród młodych osób o 29% natomiast szpital Vestfold aż o prawie 40%. ROS podał, iż ogólny wzrost wszystkich udzielonych porad wzrósł o 50% w okresie 2019-2021. W okresie tym odnotowano wzrost o 105% porad, które dotyczyły dzieci i młodzieży. Organizacja odnotowała również zwiększenie myśli samobójczych o 75%, a także liczby indywidualnych rozmów o 76%. Nasilone problemy związane z zaburzeniami odżywiania traktowane są w Norwegii jako długofalowe konsekwencje pandemii (Stokke i in., 2022).

Zaburzenia odżywiania obejmują myśli i emocje, działania podejmowane przez osobę które są związane z jedzeniem, wagą i ciałem, w wyniku których następuje obniżenie jakości życia człowieka oraz dochodzi do ich dominacji nad innymi jego aspektami. Do głównych zaburzeń odżywiania zaliczamy:

- anoreksję – charakterystyczne dla tego zaburzenia jest poważne niedożywienie oraz ograniczenie spożywanego jedzenia. Należy pamiętać, iż osoby, które cierpią na to zaburzenie odczuwają intensywny lęk przed przebraniem na wadze,



- bulimia – zaburzenie to charakteryzuje się epizodami polegającymi na objadaniu się które jest kompensowane przez wywoływanie wymiotów, nadużywanie środków przeczyszczających, stosowanie postów lub nadmierne, intensywne ćwiczenia,
- zaburzenie kompulsywnego objadanie się – zaburzenie to polega tak samo jak w przypadku bulimii na występujących epizodach objadania się, lecz osoba cierpiąca na to zaburzenie nie podejmuje działań jak w przypadku bulimii,
- niespecyficzne zaburzenia odżywiania – dotyczy osoby cierpiącej na zaburzenia odżywiania bez spełnienia kryteriów diagnostycznych dla powyższych zaburzeń. (Stokke i in., 2022)

Stopnie nasilenia zaburzeń zgodnie z DSM przedstawia tabela nr 8

Tabela 8

Stopnie nasilenia zaburzeń według systemu DSM

	Łagodne	Umiarkowane	Poważne	Ciężkie
Anoreksja	BMI > 17	BMI 16-17	BMI 15-16	BMI < 15
Bulimia	1-3 epizody/tydz.	4-7 epizody/tydz.	8-13 epizody/tydz.	>14 epizody/tydz.
Zaburzenia objadania się	1-3 epizody/tydz.	4-7 epizody/tydz.	8-13 epizody/tydz.	>14 epizody/tydz.

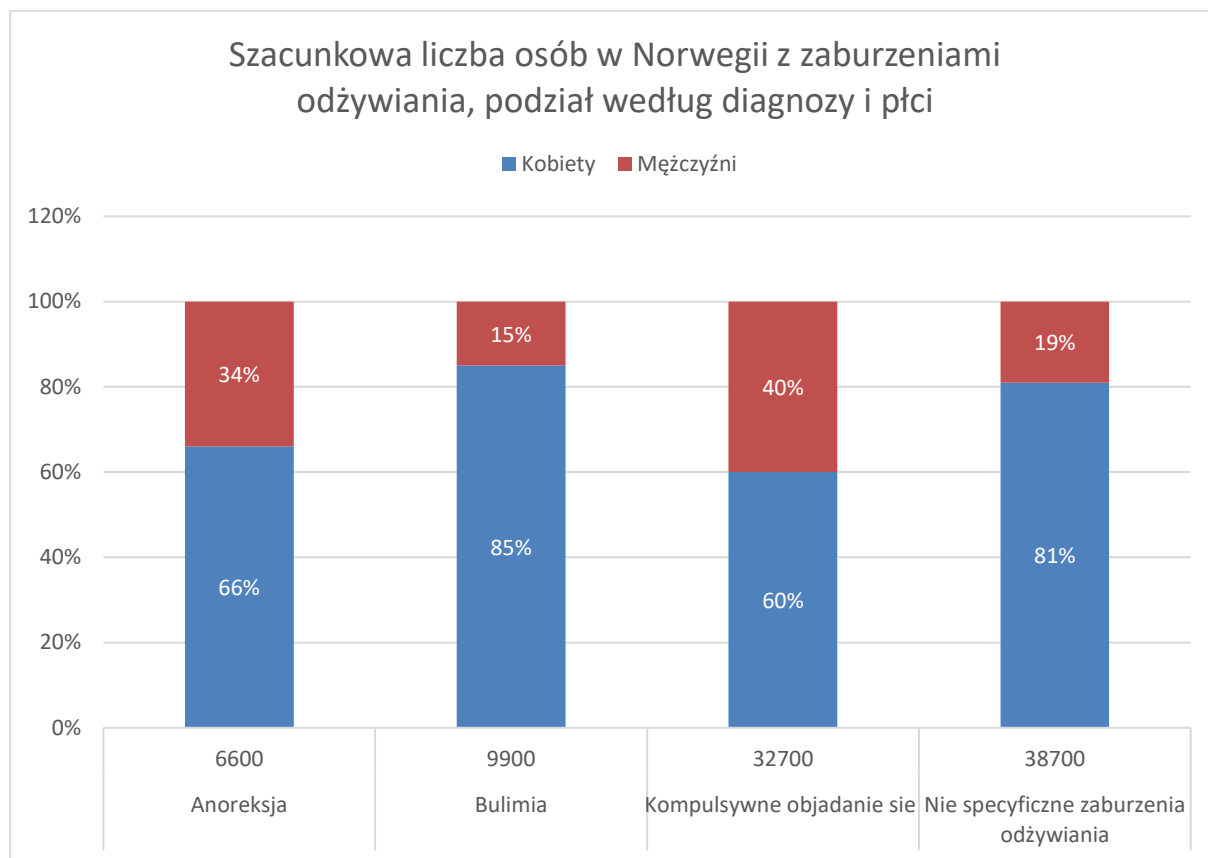
Adnotacja. Źródło: Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser (s. 11), O. M. Stokke, E. Karttinen, C. Aarre Halvorsen, C. Vinter, E. Skogli, 2022, Menon Economics.

Według zebranych danych szacuje się, że 44% wszystkich zaburzeń odżywiania w Norwegii stanowią niespecyficzne zaburzenia odżywiania, 37% zaburzenia kompulsywnego objadania się, 11% stanowi bulimia a 8% zaburzeń to anoreksja. Stosunek występowania tych zaburzeń pod względem płci przedstawia wykres nr 1 na którym widzimy, iż jedynym zaburzeniem, na tle którego mężczyźni w rozkładzie procentowym wybijają się na tle innych zaburzeń są zaburzenia kompulsywnego objadania się. Tak jak możemy zauważyć w przypadku anoreksji, bulimii czy niespecyficznych zaburzeń odżywiania stanowili oni znaczną mniejszość. W przypadku kompulsywnego objadania się stanowią grupę 40% (Stokke i in., 2022).



Wykres 4

Szacunkowa liczba osób w Norwegii z zaburzeniami odżywiania, podział według diagnozy i płci.



Adnotacja. Źródło: *Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser* (s. 13), O. M. Stokke, E. Karttinen, C. Aarre Halvorsen, C. Vinter, E. Skogli, 2022, Menon Economics.

Zaburzenia odżywiania stanowią bardzo duże wyzwanie dla norweskiego systemu opieki zdrowotnej. Jak podaje ROS (organizacja udzielająca bezpłatnego wsparcia, porad, wskazówek dla osób zmagających się zaburzeniami odżywiania, mających problematyczne relacje ze swoim ciałem, jedzeniem, emocjami oraz ćwiczeniami) liczba zgłoszeń o wsparcie i pomoc drastycznie wzrosła z 2 000 zgłoszeń w 2011 r. do 14 000 zgłoszeń w 2021 r. Gwałtowne narastanie występowania zaburzeń odżywiania w okresie pandemii oraz jej długofalowych skutków po niej stanowił oraz stanowi wyzwanie w obszarze udzielania porad. W wyniku czego odnotowano znaczne wydłużenie się czasu oczekiwania na poradę, przeciążenie personelu medycznego oraz w równym stopniu zwiększenie nakładów finansowych poniesionych przez państwo (Stokke i in., 2022).

3.3.5. Zaburzenia psychotyczne (Schizofrenia)

Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe w klasyfikacji ICD-10 kodowane są pod F20-F29. Do tej kategorii zaliczamy schizofrenię (F20), zaburzenia schizotypowe (F21), uporczywie zaburzenia urojeniowe (F22), ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne (F23), indukowane zaburzenia urojeniowe (F24), zaburzenia schizoafektywne (F25), inne nieorganiczne, zaburzenia psychotyczne (F28), nieokreślona psychoza nieorganiczna (F29) (World Health Organization, 2009) . W ICD-11 klasyfikacja schizofrenii lub innych pierwotnych zaburzeń psychotycznych (kodując od 6A20 do 6A2Z) jest następująca:

- Schizofrenia,
- Zaburzenia schizoafektywne,
- Zaburzenia schizotypowe,
- Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne,
- Zaburzenia urojeniowe,
- Objawowe manifestacje pierwotnych zaburzeń psychotycznych,
- Zaburzenia psychotyczne wywołane substancjami,
- Wtórny zespół psychotyczny,
- Inne określone pierwotne zaburzenia psychotyczne,
- Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychotyczne, nieokreślone (World Health Organization, b.d.).

Klasyfikacja DSM-5-TR już od początku przedstawiając zaburzenia należące do spektrum schizofrenii inne zaburzenia psychotyczne (115) uczuła na zastosowanie uszczegółowienia występujących zaburzeń. Dotyczą one czasu, rodzaju epizodu, określenia katatonii a także stopnia ciężkości urojeń, omamów oraz dezorganizacji mowy czy nieprawidłowych zachowań. Zwraca też uwagę na uwzględnienie objawów negatywnych, upośledzenie funkcji poznawczych jak również objawów depresji lub manii. Rozróżniamy takie kategorie jak:

- zaburzenia schizotypowe (osobowość schizotypowa),
- zaburzenie urojeniowe krótkotrwałe,
- zaburzenia psychotyczne,
- zaburzenia pod postacią schizofrenii (schiofrenoformiczne),
- Schizofrenia,
- Zaburzenia schizoafektywne – w tym typ dwubiegunowy, typ depresyjny,



- zaburzenia psychiatryczne wywołane substancją / lekiem,
- zaburzenia psychiatryczne spowodowane innym stanem medycznym,
- Katatonie związane z innym zaburzeniem psychicznym (katatonie jako uszczegółowienie zaburzenia,
- Zaburzenie katatoniczne spowodowane innym stanem medycznym,
- Katatonie nieokreślone,
- inne określone zaburzenia ze spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychiatryczne,
- nieokreślone zaburzenia ze spektrum schizofrenii i innych zaburzeń psychiatrycznych (American Psychiatric Association, 2024).

Schizofrenia jako choroba psychiczna wpływa na myśli, uczucia oraz sposób w jaki jednostka doświadcza świata. Może ona utrudniać myślenie, zapamiętywanie, powodować problemy z koncentracją zarówno podczas czytania jak i pisania. Do typowych objawów schizofrenii zaliczamy: urojenia, halucynacje i zaburzenia myślenia. W związku z tym osoba może mieć trudności w odróżnieniu od tego co jest prawdziwe od tego co jest tylko jej wyobrażeniem. Taki stan rzeczy jest zarówno przerażający jak i znacznie utrudnia życie jednostki zmagającej się ze schizofrenią. Do konsekwencji zaliczamy ograniczenia w życiu emocjonalnym co skutkuje wycofaniem społecznym oraz upośledzeniem funkcjonowania społecznego. Stosuje się leki w celu złagodzenia objawów takich jak omamy czy halucynacje a także w celu zapobiegania nawrotom psychozy. Istnieją czynniki, które nasilają objawy u osoby chorej. Do takich czynników zaliczamy duży stres, wyizolowanie czy spożywanie alkoholu w dużych ilościach. Korzystanie także z używek takich jak narkotyki, marihuana przyczynia się do nasilenia objawów chorobowych (Helse Norge, 2022). Występowanie tej choroby w Norwegii odnotowuje się na poziomie 0,3% (Our World in Data, 2024).

„Życie ze schizofrenią. Doświadczenia osób z diagnozą” to pozycja wydana przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, w której oprócz krótkich wypowiedzi osób chorych na schizofrenię, porad, wskazuje się, iż:

- najczęściej objawy choroby jaką jest schizofrenia pojawiają się w wieku 20-40 lat,
- ryzyko zachorowania w ciągu życia wynosi około 1%,
- w Norwegii w danym okresie z chorobą zmagają się w Norwegii od 12 do 16 tys. osób,
- mężczyźni częściej zapadają na zachorowania niż kobiety,
- czynniki środowiskowe mają wpływ na występowanie zachorowania – bardziej narażone osoby urodzone / wychowywane w miastach,



- według badań przeprowadzonych na bliźniętach 80% przyczyn choroby związane z czynnikami dziedzicznymi (Folkehelseinstituttet, 2009).

Jak podaje Norweski Portal Informacji Zdrowotnej (Norsk Helseinformatikk NHI) roczne zachorowanie na schizofrenię w Norwegii oscyluje w granicy od 400 do 500 osób. W związku z różnorodnością objawów, przebiegiem trudno jest jasno określić czy jest to kilka różnych chorób, czy wszystkie objawy dotyczą tej samej choroby. Schizofrenia może być przewlekła, trwająca przez całe życie (występowanie u 25% chorych), może ograniczyć się do jednego epizodu w życiu człowieka (występowanie u 25% chorych), lub balansować pomiędzy tymi kryteriami (występowanie u 50% chorych) (NHI, u.d.).

Z zebranych danych, które obejmowało całodobowe przyjęcie do specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2014 – 2019 wynika, iż w Norwegii:

1. Najwięcej przyjęć do placówki specjalistycznej odnotowuje się ze schizofrenią jako główna diagnoza.
2. W 2019 roku hospitalizowani z diagnozą schizofrenii to w 33% kobiety.
3. Pacjenci z główną diagnozą schizofrenii stanowili najwyższą średnią liczbę hospitalizacji.
4. Spadek średniej długości hospitalizacja w placówkach specjalistycznych wśród osób z diagnozą schizofrenii od 2014 do 2019 roku o 44%.
5. 94% pacjentów hospitalizowanych z diagnozą schizofrenii było hospitalizowanych wcześniej z tego samego powodu.
6. Prawie wszyscy pacjenci (97,5-99,4%) hospitalizowani z powodu schizofrenii 2019 r. odbyli średnio od 19,8 do 24,4 wizyt w podstawowej opiece zdrowotnej w związku ze swoją chorobą (Hansen i in., 2023).

3.4. Samobójstwa w Norwegii.

Zarówno w klasyfikacji ICD jak i DSM samobójstwo nie jest traktowane jako diagnoza, lecz występuje jako wynik zachowania, skutek zdarzenia lub objaw związany z różnymi zaburzeniami psychicznymi lub behawioralnymi. Klasyfikacja DSM-5-TR podaje kategorie związane z samobójstwem do których należą myśli samobójcze, zachowania samobójcze, samouszkodzenia bez zamiaru śmierci oraz czynniki ryzyka lub wskaźnik w ocenie klinicznej (American Psychiatric Association, 2024).

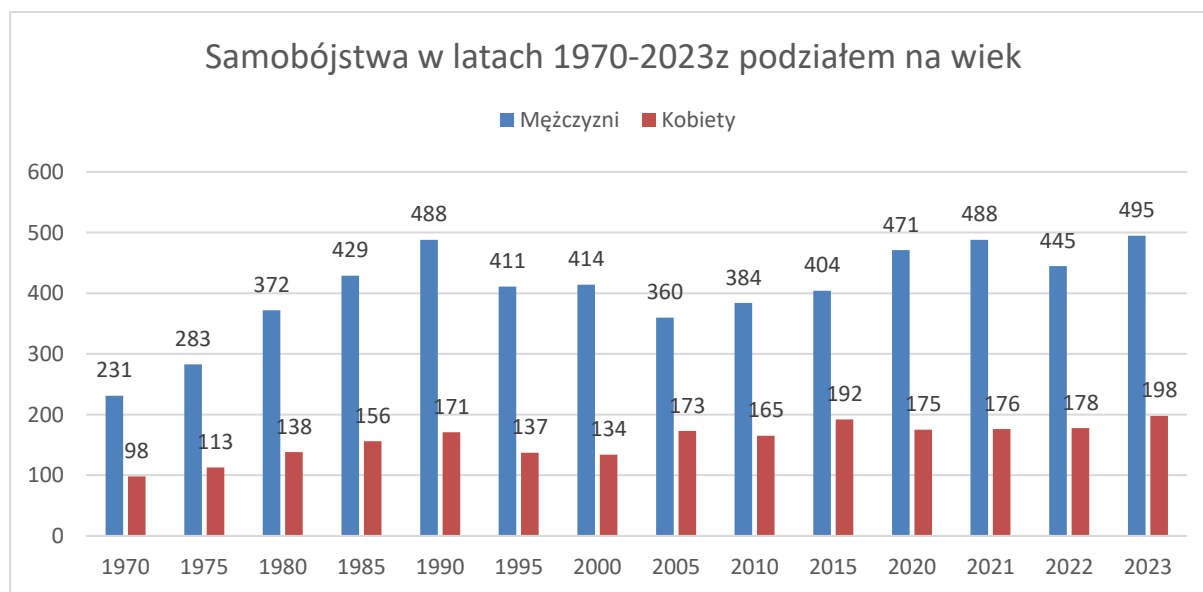
Według danych uzyskanych przez norweski instytut zdrowia publicznego około 650 osób każdego roku umiera na skutek odebrania sobie życia, z czego 75% stanowią mężczyźni (Folkehelseinstituttet, 2024).



W 2023 r. zarejestrowano 693 samobójstwa z czego 495 u mężczyzn oraz 198 kobiet, współczynnik samobójstw wyniósł 14,1 na 100 tysięcy mieszkańców powyżej 10 roku życia. W grupie 10-19 lat było to 37 przypadków, 228 dotyczyło osób w wieku 20-39 lat, 235 przedziału wiekowego 40-59 lat, 149 w grupie 60-79 lat oraz 44 samobójstw popełniono przez osoby 80 lat i starsze. Miesiącem, w którym najczęściej dokonywania samobójstwo był wrzesień (71 przypadków) natomiast najmniej samobójstw odnotowano w kwietniu (45 przypadków). (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, 2023). Do najczęstszych metod samobójstw wśród mężczyzn należą powieszenie, uduszenie, użycie broni palnej, natomiast wśród kobiet: zatrucie, powieszenie/uduszenie. Jak wykazuje wykres nr 2 od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku odsetek samobójstw wśród mężczyzn jest znacznie wyższy niż u kobiet (Folkehelseinstituttet, 2024).

Wykres 5

Samobójstwo w latach 1970-2023 z podziałem na płeć



Adnotacja. Źródło: Fakta om selvmord, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, 2023, Universitetet i Oslo, Klinmed.

Określono czynniki ryzyka indywidualne oraz środowiskowe. Czynniki indywidualne związane są z zaburzeniami psychicznymi (m.in. depresja, schizofrenia, inne zaburzenia psychiczne, zaburzenia osobowości, używanie środków odurzających), wcześniejszymi próbami samobójczymi, okaleczeniami, chorobami somatycznymi. Czynniki indywidualne obejmują także występowanie samobójstw lub zachowań samobójczych w rodzinie, wydarzenia życiowe, które były dla osoby bardzo stresujące. Do takich wydarzeń zaliczamy



doświadczenie przez osobę straty, przemocy, wykorzystywania seksualnego oraz inne urazy. Jako czynniki środowiskowe wymienia się mobbing, izolację społeczną, bezrobocie. Ważnym czynnikiem jest również łatwość oraz dostępność potencjalnego środka wskutek użycia, którego można z łatwością odebrać sobie życie (leki, broń, artykuły o wysokim poziomie toksyczności, mosty, wysokie budynki) a także środki masowego przekazu, w których podaje się szczegółowy opis samobójstw (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, 2023).

Średni wiek w 2016 r. wynosił 47 lat (Folkehelseinstituttet, 2024). Z podanych statystyk (SSB, FHI) co przedstawia wykres nr 6 wynika, iż:

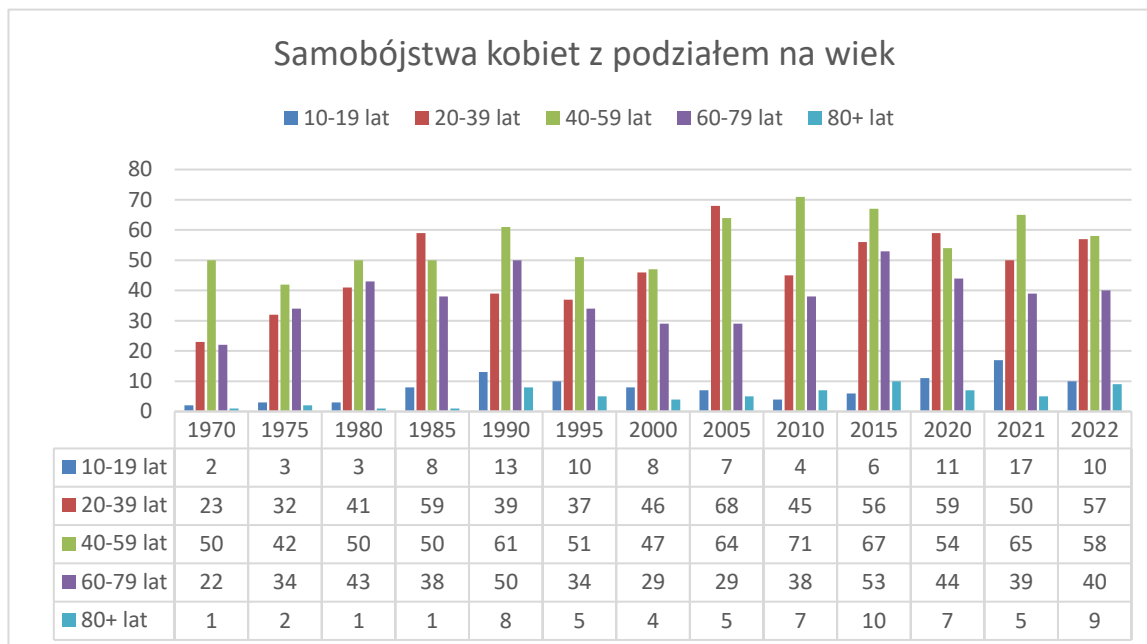
- najmniejszy odsetek samobójstw wśród kobiet dotyczył przedziału wiekowego 10-19 oraz 80+ lat,
- największy odsetek samobójstw występował wśród kobiet 40-59 lat kolejno bardzo wysoki wśród grupy wiekowej kobiet 20-39 lat, na kolejnym miejscu 60-79 lat.

Wśród mężczyzn rozkład samobójstw pod względem wieku nie odbiega statystycznie od kobiet. Tak jak w przypadku kobiet, wykres nr 7:

- najniższy odsetek występował wśród najmłodszej oraz najstarszej grupy,
- najwyższy odsetek samobójstw dotyczył kolejno grup wiekowych 50-59 lat, 20-39 lat, 60-79 lat.

Wykres 6

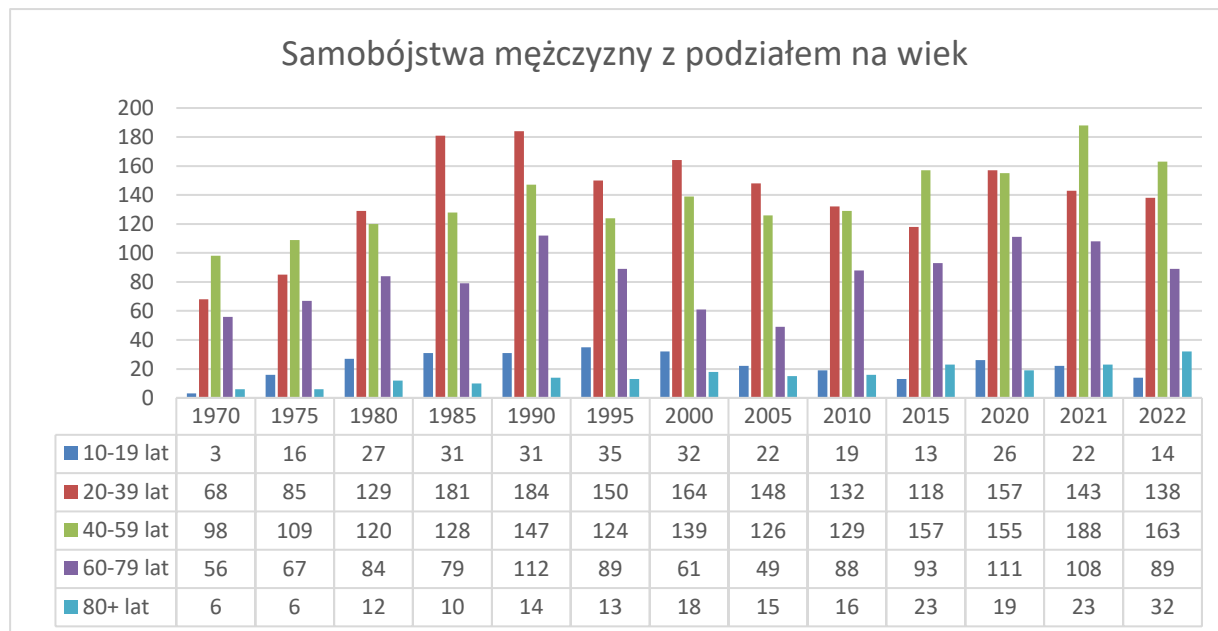
Samobójstwa kobiet z podziałem na wiek



Adnotacja. Źródło: *Statistikk om selvmord i Norge 2022*. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, 2022, Universitetet i Oslo, Klinisk medisin.

Wykres 7

Samobójstwa mężczyzny z podziałem na wiek



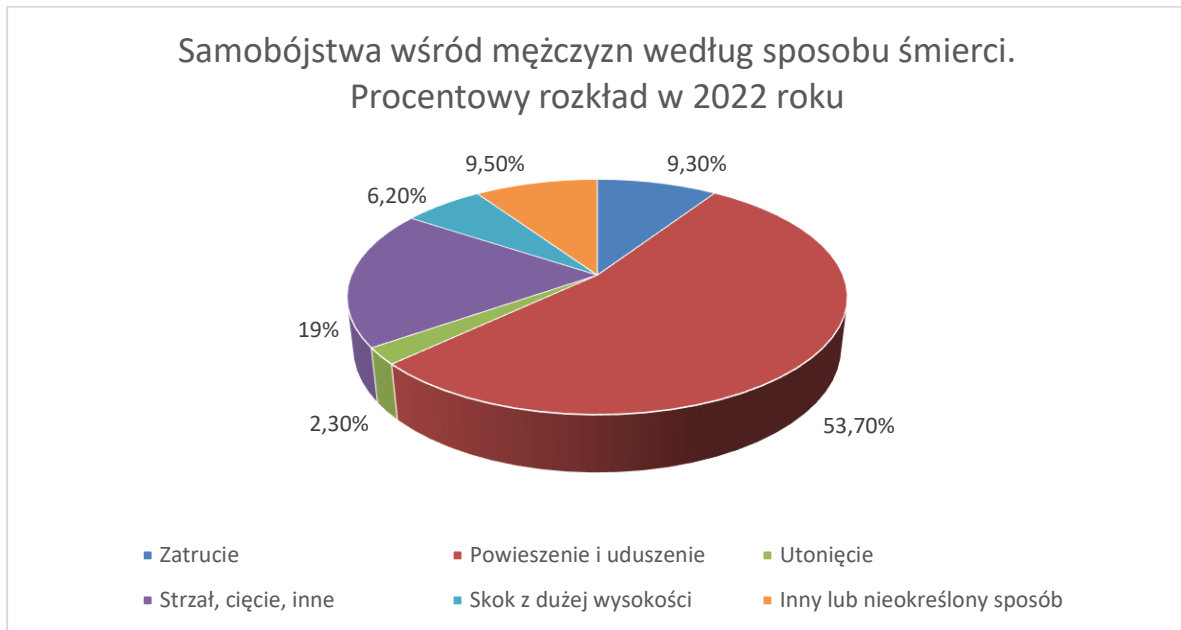
Adnotacja. Źródło: *Statistikk om selvmord i Norge 2022*. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, 2022, Universitetet i Oslo, Klinisk medisin.



Jak wskazuje wykres nr 6 i nr 7 zarówno wśród kobiet (40,8%) jak i mężczyzn (53,7%) dominującym sposobem śmierci było powieszenie i uduszenie. Kolejno kobiety dokonywały samobójstwa poprzez zatrucie 25,3%, utonięcie 12,6%, najrzadziej popełniały samobójstwo poprzez strzał, cięcie, inne 2,9%. Wśród mężczyzn na drugim miejscu znalazł się strzał, cięcie, inne 19% a najrzadziej dokonywano samobójstwa poprzez utonięcie 2,3%.

Wykres 8

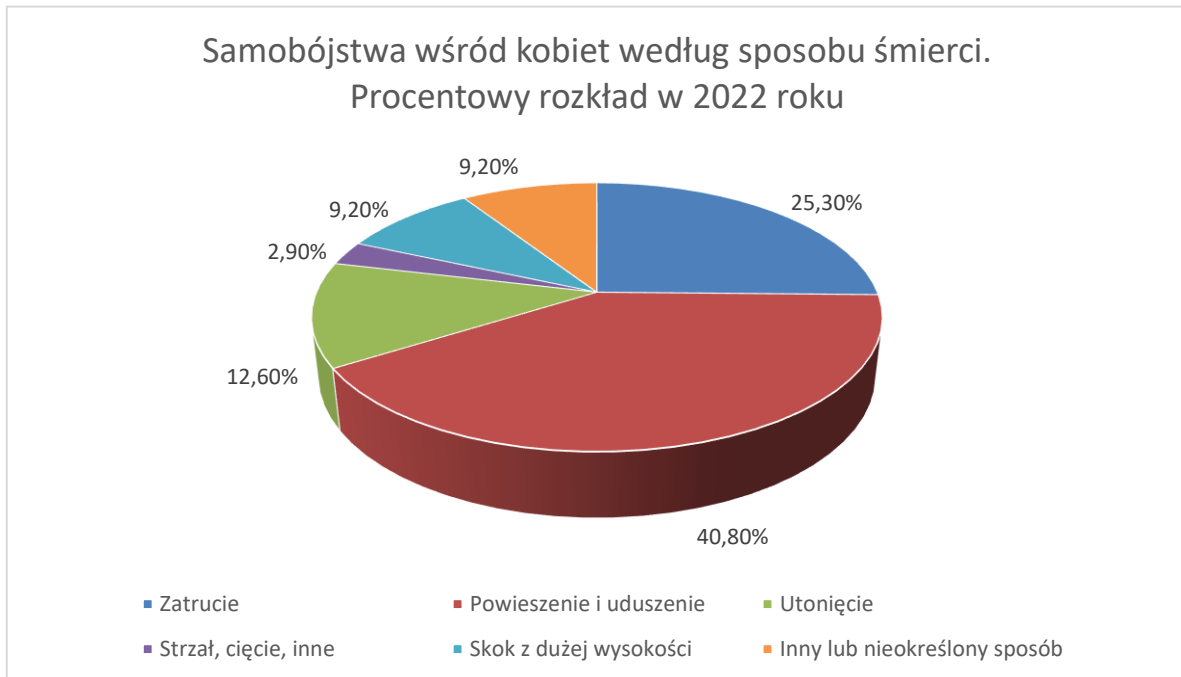
Samobójstwa wśród mężczyzn według sposobu śmierci. Procentowy rozkład 2022 r.



Adnotacja. Źródło: Statistikk om selvmord i Norge, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, 2022, Universitetet i Oslo, Klinisk medisin.

Wykres 9

Samobójstwa wśród kobiet według sposobu śmierci. Rozkład procentowy w 2022 r.



Adnotacja. Źródło: *Statistikk om selvmord i Norge*, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, 2022, Universitetet i Oslo, Klinisk medisin.

Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia każdego roku 726 000 ludzi odbiera sobie życie. W liczbie tej nie ujmuje się podjętych prób samobójczych. Wśród młodych osób pomiędzy 15 a 29 rokiem życia samobójstwa stanowią trzecia przyczynę zgonu. Sytuacje kryzysowe, załamania, zaburzenia psychiczne, zaburzenia tożsamości, trudne lub skrajne warunki bytowe wpływają na decyzję o podjęciu próby samobójczej (World Health Organization, 2024).

Rozdział 4 Metodologia badań własnych

4.1. Problemy i hipotezy badawcze

Problem badawczy w szerokim ujęciu można określić jako opis tematu badań, a także celu jak i pytań, na które badacz ma nadzieję znaleźć odpowiedź w trakcie przeprowadzonych przez niego badań. Określenie problemu badawczego rozpoczyna cały proces badawczy, wyznacza zarówno zakres, kierunek jak i treść badań. Pozwala także na sformułowanie hipotez badawczych. Ujmując w węższym znaczeniu możemy przyjąć, iż problem badawczy to zespół takich pytań, na które ma odpowiedzieć przeprowadzone badanie. Dotyczą one nie tylko własności przedmiotu badań, lecz także ich zmian czy uwarunkowań. Odnoszą się także do zależności, istotności zmiennych, interakcyjności, wyłącznego lub wspólnego oddziaływania przedmiotu badań. Dalego też nie każde postawione pytanie stanowi problem badawczy. Należy przyjąć, iż po zadaniu pytania badawczego nie zaleziemy szybko na niego odpowiedzi. Problemy badawcze powinny być zatem sprecyzowane konkretnie nie tylko pod względem logicznym oraz językowym, ale powinny równie być jasne, jednoznaczne oraz wyraziste. (Jeszka, 2013)

Na potrzeby niniejszej pracy określono główny problem badawczy, który brzmi: Czy istnieje zależność pomiędzy poziomem stresu, stylami radzenia sobie ze stresem a zdrowiem psychicznym polskich emigrantów w Norwegii? Do szczegółowych problemów badawczych zaliczono:

1. Czy kobiety przebywające na emigracji w Norwegii różnią się poziomem odczuwanego stresu od mężczyzn przebywających na emigracji w Norwegii?
2. W jakim stopniu Polki mieszkające w Norwegii różnią się strategiami radzenia sobie ze stresem w porównaniu do mężczyzn?
3. W jaki sposób emigrantki polskie w Norwegii różnią się poziomem zdrowia psychicznego w porównaniu do mężczyzn?
4. Czy, że Polki mieszkające w Norwegii, niebędące w formalnym związku, odczuwają większy poziom stresu, mają gorsze zdrowie psychiczne w porównaniu do Polek mieszkających w Norwegii i będących w stałych związkach?
5. Czy można przypuszczać, że mężczyźni przebywający w Norwegii z rodzinami wykształcili lepsze style radzenia ze stresem, posiadają niższy poziom stresu w porównaniu do mężczyzn, którzy mieszkają w Norwegii bez swoich rodzin?
6. Czy można przypuszczać, że Polki mieszkające w Norwegii i posiadające dzieci wykształciły sobie styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu.



7. W jakim stopniu można oczekiwać, iż Polacy mieszkający w Norwegii i posiadający stałą pracę mają mniejszy poziom stresu oraz mają lepsze zdrowie psychiczne niż Polacy będący na innej formie zatrudnienia lub bezrobotni?

Na potrzeby pracy została postawiona hipoteza główna oraz hipotezy szczegółowe. Niepewna wypowiedź, założenie badawcze, przypuszczenie dotyczące rzeczywistości, które należy sprawdzić co do ich prawdziwości, porównując stan założony ze stanem prawdziwym nazywamy hipotezą. (Jeszka, 2013)

Główna postawiona hipoteza badawcza brzmi: Istnieje zależność pomiędzy poziomem stresu, stylami radzenia sobie ze stresem a zdrowiem psychicznym polskich emigrantów w Norwegii. Pozostałe hipotezy badawcze to:

Hipoteza 1: Kobiety przebywające na emigracji w Norwegii różnią się poziomem odczuwanego stresu od mężczyzn przebywających na emigracji w Norwegii.

Hipoteza 2: Polki mieszkające w Norwegii różnią się strategiami radzenia sobie ze stresem w porównaniu do mężczyzn.

Hipoteza 3: Emigrantki polskie w Norwegii różnią się poziomem zdrowia psychicznego w porównaniu od mężczyzn.

Hipoteza 4: Zakłada się, że Polki mieszkające w Norwegii, niebędące w formalnym związku, odczuwają większy poziom stresu, mają gorsze zdrowie psychiczne w porównaniu do Polek mieszkających w Norwegii i będących w stałych związkach.

Hipoteza 5: Przypuszcza się, że mężczyźni przebywający w Norwegii z rodzinami wykształcili lepsze style radzenia ze stresem, posiadają niższy poziom stresu w porównaniu do mężczyzn, którzy mieszkają w Norwegii bez swoich rodzin.

Hipoteza 6: Przypuszcza się, że Polki mieszkające w Norwegii i posiadające dzieci wykształciły sobie styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu.

Hipoteza 7: Można oczekiwać, iż Polacy mieszkający w Norwegii i posiadający stałą pracę mają mniejszy poziom stresu oraz mają lepsze zdrowie psychiczne niż Polacy będący na innej formie zatrudnienia lub bezrobotni.

4.2. Zastosowane metody badań

4.2.1. GHQ-28 General Health Questionnaire

Kwestionariusz GHQ-28 (General Health Questionnaire) jest narzędziem opracowanym przez Davida Goldberga, służącym do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych. Jego głównym zadaniem jest identyfikacja osób, u których doszło do pogorszenia kondycji



psychicznej, zarówno w wyniku czasowych trudności, jak i długotrwałych problemów czy chorób psychicznych.

GHQ-28 jest rozwiniętą wersją podstawowego Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia, który w oryginalnej formie zawierał 60 pytań. Wersja 28-pytaniowa pozwala na uzyskanie zarówno ogólnego wskaźnika zdrowia psychicznego, jak i wyników w czterech odrębnych skalach: symptomy somatyczne, niepokój i bezsenność, zaburzenia funkcjonowania oraz symptomy depresji. Skala symptomów somatycznych obejmuje fizyczne przejawy problemów psychicznych, takie jak zmęczenie czy bóle. Niepokój i bezsenność odnoszą się do odczuwania lęku, napięcia i trudności ze snem. Zaburzenia funkcjonowania dotyczą codziennej efektywności, satysfakcji z wykonywanych obowiązków oraz problemów z koncentracją. Skala symptomów depresji pozwala ocenić nastrój, obecność myśli rezygnacyjnych czy utratę zainteresowania życiem.

Kwestionariusz GHQ-28 jest szeroko wykorzystywany zarówno w badaniach przesiewowych, jak i w ocenie stanu psychicznego różnych populacji. W porównaniu z krótszą wersją GHQ-12, która zawiera jedynie 12 pytań i dostarcza ogólnego wskaźnika zdrowia psychicznego, GHQ-28 pozwala na bardziej szczegółową analizę. Dzięki podziałowi na cztery skale oraz czytelnej konstrukcji, GHQ-28 pozwala szybko uzyskać wartościowe informacje na temat zdrowia psychicznego badanych. Stanowi ono istotne wsparcie w profilaktyce, diagnozie oraz monitorowaniu kondycji psychicznej, przyczyniając się do wczesnego wykrywania zaburzeń i podejmowania skutecznych działań interwencyjnych.

4.2.2. KPS Kwestionariusz Poczucia Stresu

Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) jest narzędziem służącym do badania poziomu stresu. Umożliwia on ocenę zarówno ogólnego poziomu stresu, jak i trzech jego wymiarów: napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego oraz stresu intrapsychicznego. Kwestionariusz zawiera również skalę Kłamstwa, która pełni funkcję kontrolną, pozwalając na ocenę wiarygodności udzielanych odpowiedzi. Narzędzie to składa się z 27 stwierdzeń, które badany ocenia na pięciostopniowej skali, gdzie krańce opisane są jako „Prawda” i „Nieprawda”.

Kwestionariusz pozwala na obliczenie wyniku ogólnego, który mówi o uogólnionym poziomie stresu, oraz wyników dla poszczególnych jego wymiarów. Napięcie emocjonalne odzwierciedla intensywność emocjonalnych reakcji na trudne sytuacje, stres zewnętrzny dotyczy wpływu stresorów związanych z otoczeniem, natomiast stres intrapsychiczny koncentruje się na wewnętrznych konfliktach.



Badanie za pomocą KPS mogą być przeprowadzane zarówno indywidualnie, jak i w grupach. W badaniach psychometrycznych współczynniki zgodności wewnętrznej dla trzech głównych wymiarów stresu zawierały się w granicach 0,70–0,81, co świadczy o dobrej rzetelności narzędzia w tych obszarach. Rzetelność dla skali Kłamstwa jest nieco niższa i wynosi 0,57.

Wyniki KPS mogą być porównywane z normami odpowiednimi dla danej grupy wiekowej czy zawodowej, co ułatwia interpretację oraz identyfikację poziomu stresu wymagającego interwencji.

Kwestionariusz Poczucia Stresu (KPS) znajduje szerokie zastosowanie zarówno w praktyce klinicznej, jak i również w badaniach naukowych. Może być wykorzystywany do diagnozowania zaburzeń związanych ze stresem, monitorowania obciążenia zawodowego, a także w badaniach nad zależnościami między stresem a zdrowiem psychicznym, fizycznym czy efektywnością działania.

4.2.3. CISS Coping Inventory for Stressful Situations

Kwestionariusz CISS (Coping Inventory for Stressful Situations) jest narzędziem zaprojektowanym do diagnozowania stylów radzenia sobie ze stresem. Składa się z 48 stwierdzeń, które opisują różne strategie podejmowane w trudnych sytuacjach. Badani oceniają każde stwierdzenie na 5-stopniowej skali. Narzędzie pozwala na wyróżnienie trzech głównych stylów radzenia sobie ze stresem: SSZ – Styl skoncentrowany na zadaniu, SSE – Styl skoncentrowany na emocjach oraz SSU – Styl skoncentrowany na unikaniu. Styl unikowy może przyjmować formę angażowania się w czynności zastępcze (ACZ) lub poszukiwania kontaktów towarzyskich (PKT).

Kwestionariusz ma szerokie zastosowanie w badaniach naukowych oraz praktyce. Używany jest do oceny stylów radzenia sobie ze stresem w kontekstach zawodowych, jak selekcja kandydatów na stanowiska wymagające specyficznych kompetencji. Stosuje się go także w procesach oceny osób ubiegających się o pozwolenie na posiadanie broni.

Narzędzie to charakteryzuje się wysoką rzetelnością, o czym świadczą współczynniki zgodności wewnętrznej na poziomie 0,78–0,90. Trafność kwestionariusza została potwierdzona w badaniach teoretycznych i czynnikowych. Trafność kryterialną potwierdzono, porównując wyniki uzyskane przez różne grupy zawodowe i kliniczne, co dowodzi wszechstronności narzędzia.



4.2.4. Autorska ankieta

W ramach badania zebrano również dane społeczno-demograficzne oraz zawodowe uczestników. W pierwszej kolejności respondenci byli proszeni o wskazanie swojej płci oraz podanie swojego wieku, wybierając odpowiednią kategorię spośród ośmiu przedziałów: 18–25 lat, 26–30 lat, 31–35 lat, 36–40 lat, 41–45 lat, 46–50 lat, 51–60 lat, 61–65 lat oraz powyżej 66 lat. Kolejne pytania ankiety dotyczyły posiadanego wykształcenia, miejsca zamieszkania, obywatelstwa, stanu cywilnego oraz posiadania dzieci. W badaniu uwzględniono również sytuację rodzinną i mieszkaniową respondentów w Norwegii. Uczestnicy mogli określić, czy mieszkają z rodziną, wybierając spośród następujących opcji: „mam swoją rodzinę, mieszkamy razem w Norwegii”, „mam swoją rodzinę w Polsce, mieszkam sam w Norwegii”, „nie mam swojej rodziny, mieszkam sam, mój rodzinny dom jest w Polsce”, „nie mam swojej rodziny, mieszkam sam, mój rodzinny dom jest w Norwegii” oraz „nie mam swojej rodziny, mieszkam w domu rodzinnym w Norwegii”. W kolejnym pytaniu badani podawali, od ilu lat mieszkają w Norwegii.

Aspekty zawodowe zostały uwzględnione w pytaniach o zatrudnienie. Respondentów proszono o wskazanie rodzaju wykonywanej pracy oraz tego czy obecnie pracują (tak/nie), a jeśli tak, to proszono ich o wskazanie jaki to rodzaj zatrudnienia, gdzie mogli wybrać spośród dostępnych odpowiedzi: stałe, sezonowe, bezrobotny z prawem do zasiłku, bezrobotny bez prawa do zasiłku oraz inne (z możliwością doprecyzowania). Uczestnicy określali również, czy pracują zgodnie ze swoim wykształceniem.

Ostatnie dwa pytania ankiety dotyczyły znajomości języka angielskiego oraz norweskiego. Oceniali oni znajomość tych języków na czterostopniowej skali: nie znam, słaba, dobra, bardzo dobra.

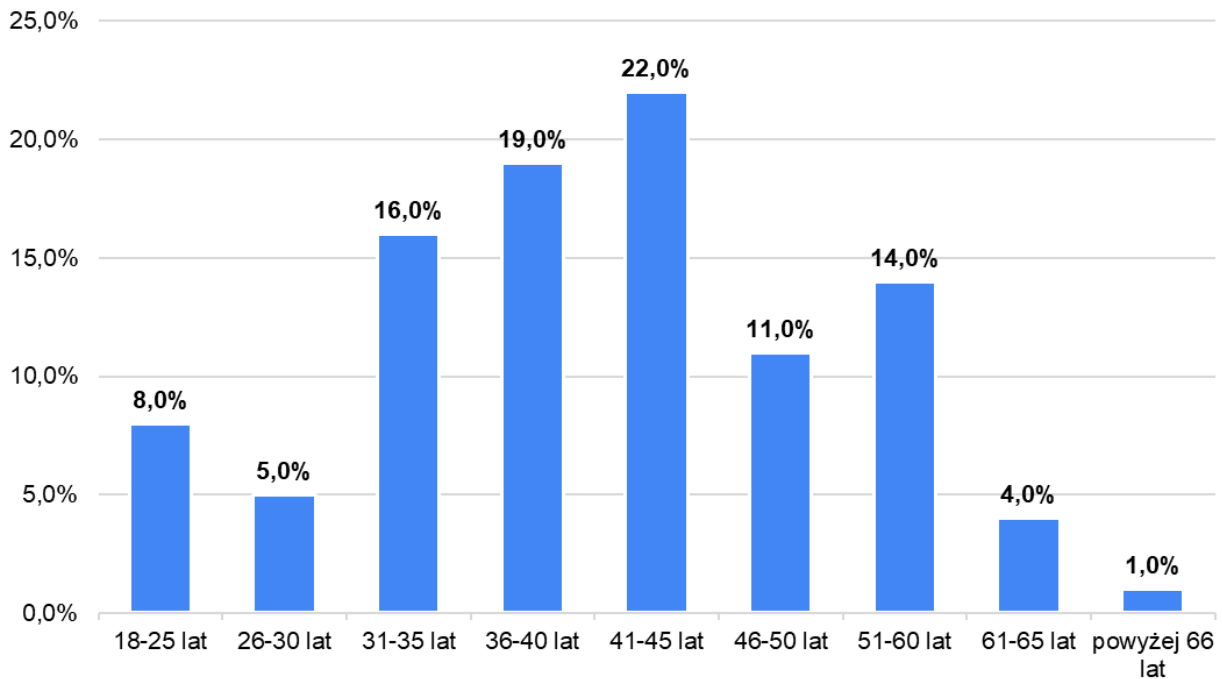
4.3. Charakterystyka badanej grupy

W badaniu uczestniczyło 100 osób z czego połowę stanowiły kobiety a drugą połowę mężczyźni. Poniżej przedstawiono charakterystykę badanej grupy.



Rysunek 19

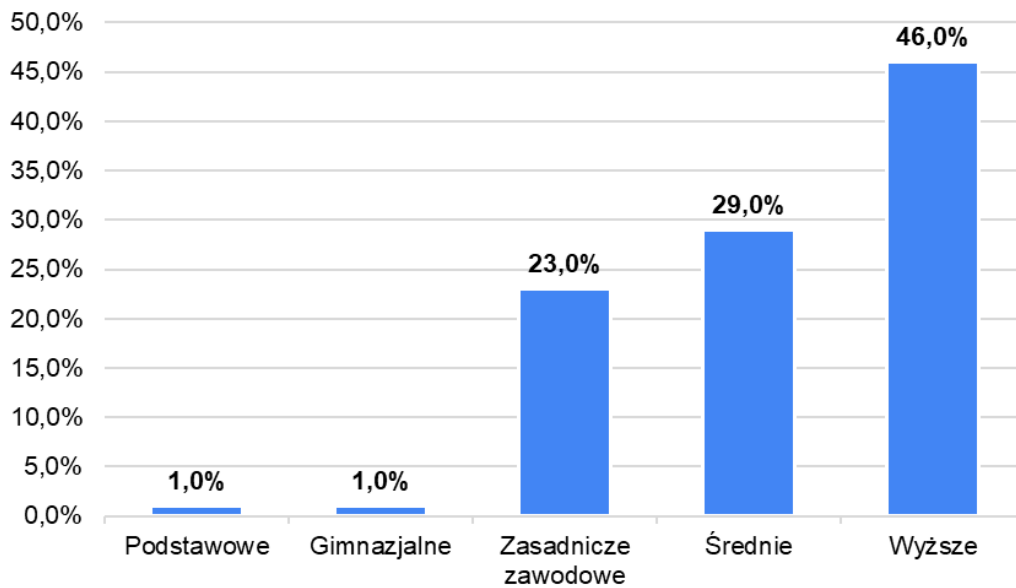
Struktura wieku ankietowanych ($N = 100$)



Na rysunku 1 przedstawiono strukturę wieku ankietowanych ($n = 100$). Największy udział w próbie miały osoby w wieku 41-45 lat (22%, $n = 22$), a następnie osoby w grupach wiekowych 36-40 lat (19%, $n = 19$) oraz 31-35 lat (16%, $n = 16$). W przedziale wiekowym 51-60 lat było 14% ($n = 14$) respondentów, a w wieku 46-50 lat – 11% ($n = 11$). Mniej liczne grupy stanowiły osoby w wieku 18-25 lat (8%, $n = 8$) oraz 26-30 lat (5%, $n = 5$). W wieku 61-65 lat były zaledwie cztery osoby a w wieku powyżej 66 lat jedna osoba.

Rysunek 20

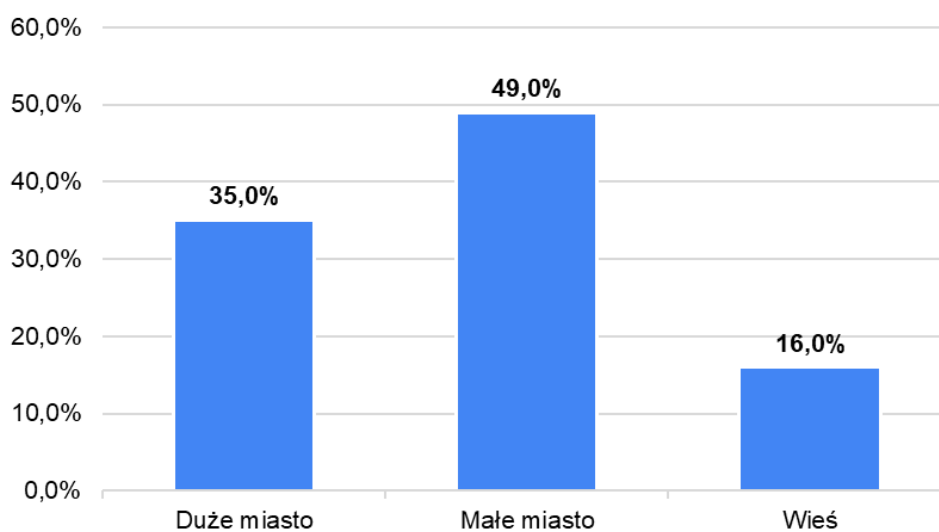
Struktura wykształcenia ankietowanych ($N = 100$)



Największą grupę stanowili respondenci z wykształceniem wyższym (46%, $n = 46$). Drugą pod względem liczebności grupą były osoby z wykształceniem średnim (29%, $n = 29$). Osoby posiadające wykształcenie zasadnicze zawodowe stanowiły 23% ($n = 23$) ogółu badanych. Wykształcenie podstawowe miała jedna badana osoba i również jedna miała wykształcenie gimnazjalne (rys. 2).

Rysunek 21

Miejsce zamieszkania ankietowanych ($N = 100$)

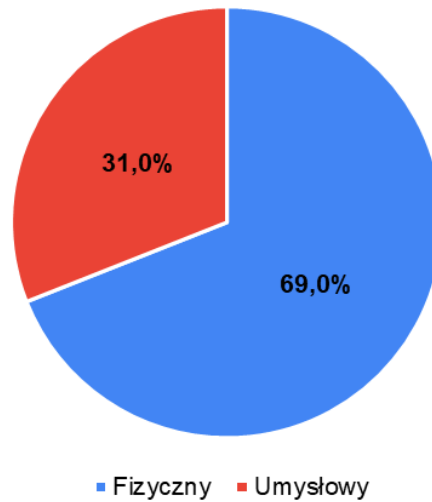


W grupie badanych osób 49% ($n = 49$) mieszkało w małym mieście, 35% ($n = 35$) w dużym mieście a 16% ($n = 16$) na wsi (rys. 3).



Rysunek 22

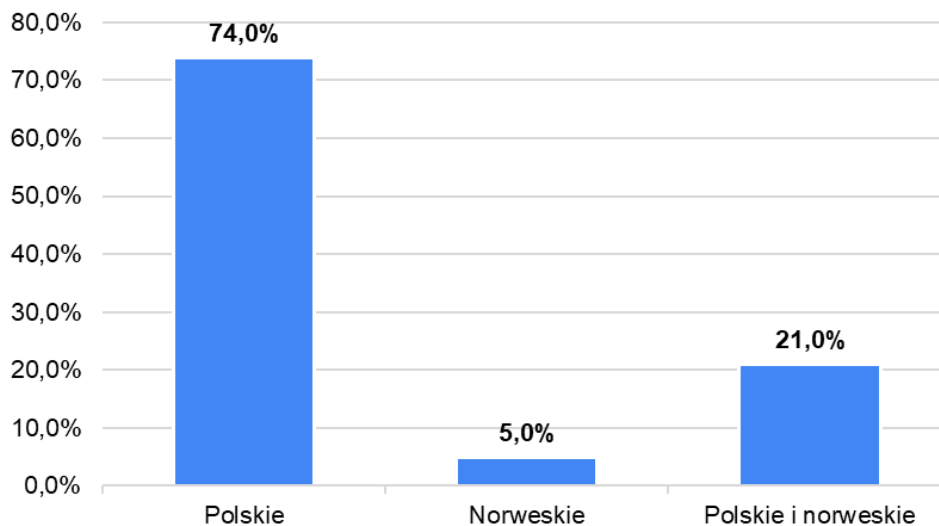
Zawód wykonywany przez ankietowanych ($N = 100$)



Zgodnie z rysunkiem 4 większość respondentów (69%, $n = 69$) zadeklarowało, że wykonuje pracę fizyczną.

Rysunek 23

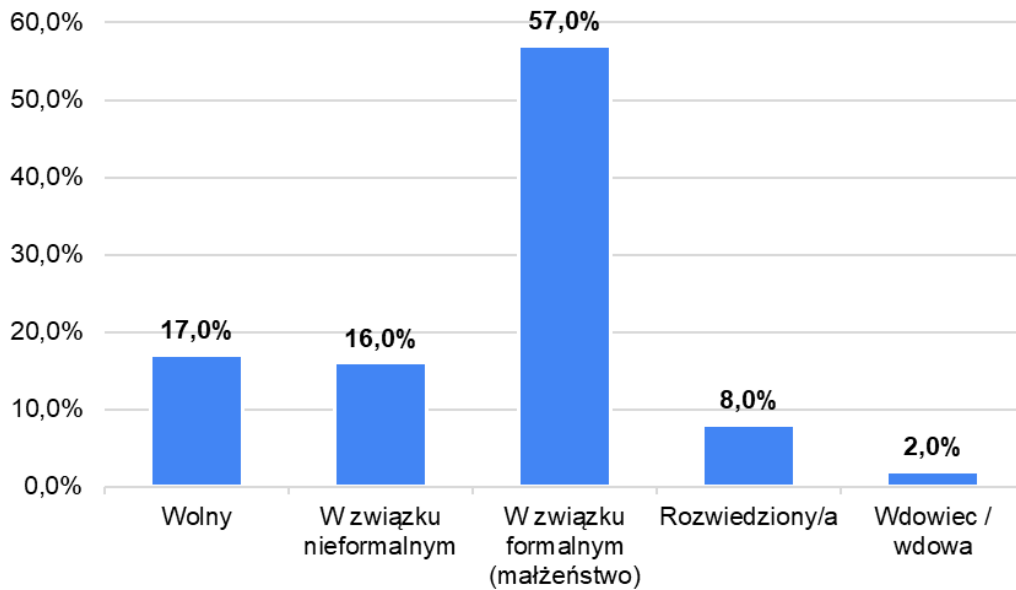
Obywatelstwo ankietowanych ($N = 100$)



Respondentów poproszono również o wskazanie jakie mają obywatelstwo. Zgodnie z rysunkiem 5 zdecydowana większość miała obywatelstwo polskie (74%, $n = 74$). Obywatelstwo norweskie miało 5% ($n = 5$) badanych a polskie i norweskie 21% ($n = 21$).

Rysunek 24

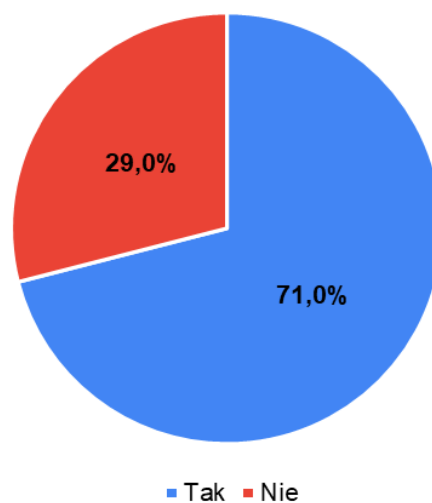
Stan cywilny ankietowanych (N = 100)



Najwięcej osób deklarowało pozostawanie w związku formalnym (małżeństwo) (57%, n = 57). Drugą najliczniejszą grupę stanowili niebędący w żadnym związku (17%, n = 17). Osoby będące w związkach nieformalnych stanowiły 16% ankietowanych (n = 16), a rozwiedzeni – 8% (n = 8). Najmniejszą grupę stanowili wdowcy i wdowy, którzy stanowili 2% próby (n = 2).

Rysunek 25

Posiadanie dzieci przez ankietowanych (N = 100)



Zgodnie z rysunkiem powyżej dzieci posiadało 71% (n = 71) respondentów.

Tabela 9*Mieszkanie z rodziną w Norwegii (N = 100)*

Mieszkanie z rodziną w Norwegii	%	n
Mam swoją rodzinę, mieszkamy razem w Norwegii	54%	54
Mam swoją rodzinę w Polsce, mieszkam sam w Norwegii	28%	28
Mie mam swojej rodziny, mieszkam sam, mój rodzinny dom jest w Polsce	13%	13
Mie mam swojej rodziny, mieszkam sam, mój rodzinny dom jest w Norwegii	4%	4
Nie mam swojej rodziny, mieszkam w domu rodzinnym w Norwegii	1%	1

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

Najwięcej osób zadeklarowało, że ma swoją rodzinę i mieszka z nią razem w Norwegii – 54% (n = 54). Drugą co do liczebności grupę stanowili respondenci, którzy posiadali rodzinę w Polsce, ale mieszkali sami w Norwegii – 28% (n = 28). 13% ankietowanych (n = 13) deklarıowało, że nie mają swojej rodziny, mieszkają sami, a ich dom rodzinny znajduje się w Polsce. Znacznie mniejsze grupy stanowili respondenci bez własnej rodziny, mieszkający samodzielnie, których rodzinny dom znajdował się w Norwegii – 4% (n = 4), oraz osoby nieposiadające własnej rodziny, mieszkające w domu rodzinnym w Norwegii – 1% (n = 1).

Tabela 10

Statystyki opisowe: średnia (M), mediana (Me), odchylenie standardowe (SD), wartość minimalna (MIN), wartość maksymalna (MAX) dla czasu zamieszkania w Norwegii (N = 100)

Zmienna	M	ME	SD	MIN	MAX
Zamieszkanie w Norwegii [lata]	11,07	12	6,047	0	25

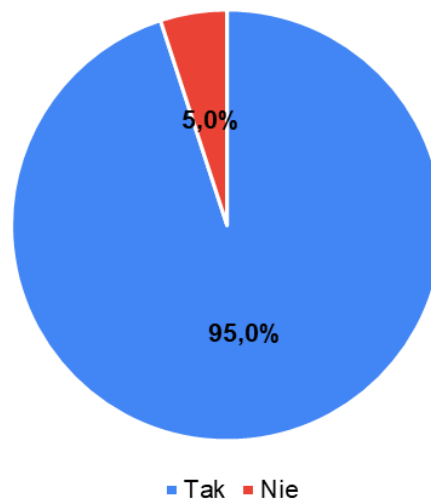
Adnotacja. Źródło: Badania własne.

Średnia dla czasu zamieszkiwania w Norwegii wyniosła $M = 11,07$, $SD = 6,047$. Najdłuższy czas zamieszkiwania w Norwegii to 25 lat, a najkrótszy 0 lat. Mediana wyniosła 12 lat.



Rysunek 26

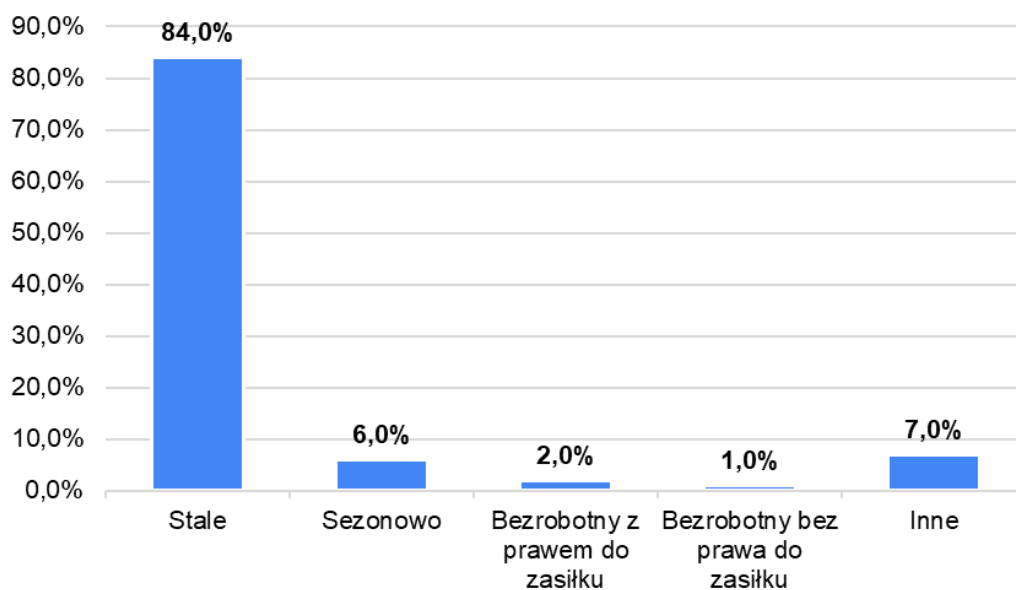
Praca zawodowa ankietowanych (N = 100)



Zgodnie z rysunkiem 9 95% (n = 12) respondentów zadeklarowało, że pracuje.

Rysunek 27

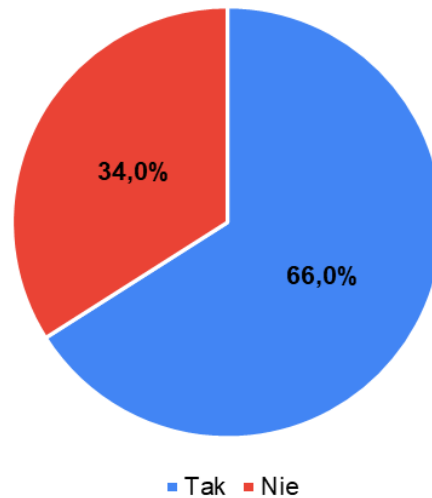
Rodzaj zatrudnienia ankietowanych (N = 100)



Zdecydowana większość respondentów deklarowała stałe zatrudnienie – 84% (n = 84). Osoby zatrudnione sezonowo stanowiły 6% (n = 6) badanych, a 7% (n = 7) zadeklarowało inne formy zatrudnienia lub aktywności zawodowej. Bezrobotni z prawem do zasiłku stanowili 2% badanych (n = 2), natomiast jedna osoba była bezrobotna bez prawa do zasiłku.

Rysunek 28

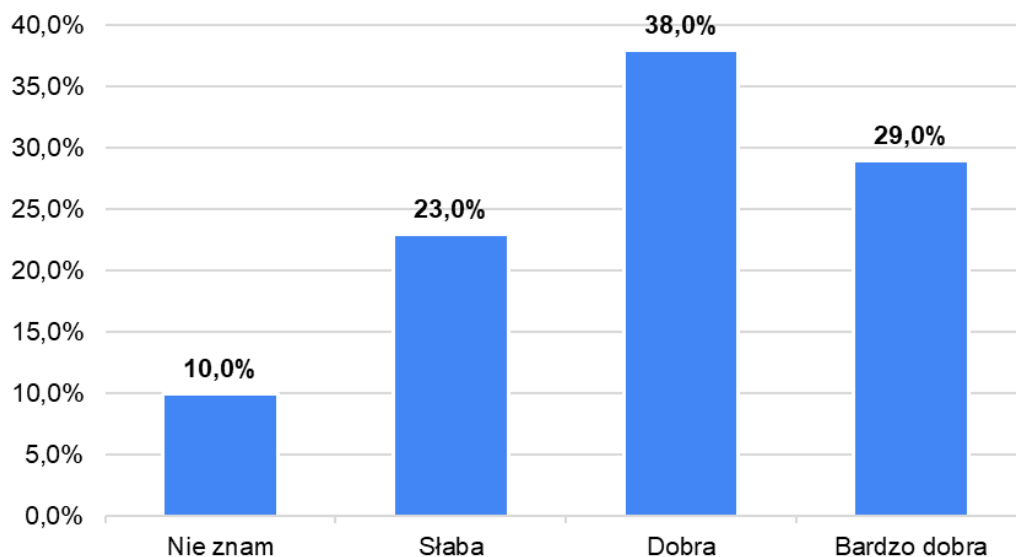
Wykonywanie pracy zgodnie z posiadaniem wykształceniem przez ankietowanych (N = 100)



Respondentów proszono również o wskazanie czy praca, którą wykonują jest zgodna z ich wykształceniem. Zgodnie z rysunkiem 11 odpowiedź twierdzącą wskazało 66% (n = 66) badanych.

Rysunek 29

Znajomość języka norweskiego przez ankietowanych (N = 100)

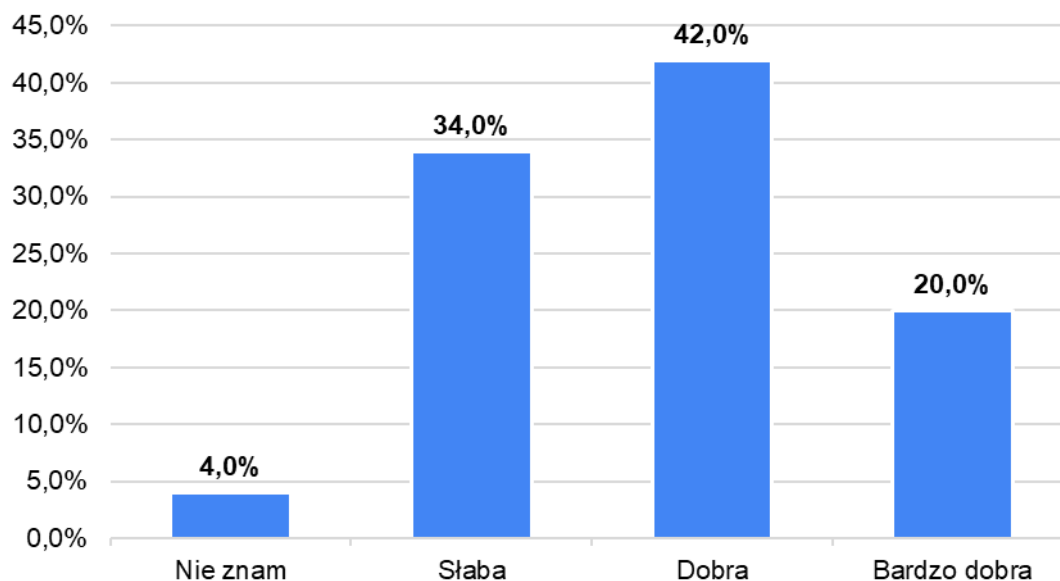


Struktura znajomości języka norweskiego wśród ankietowanych przedstawiała się następująco. Najwięcej osób oceniało swoją znajomość języka jako dobrą – 38% (n = 38), a 29% (n = 29) uznało ją za bardzo dobrą. Osoby deklarujące słabą znajomość języka stanowiły 23% badanych (n = 23), natomiast 10% (n = 10) przyznało, że w ogóle nie zna języka norweskiego.



Rysunek 30

Znajomość języka angielskiego przez ankietowanych ($N = 100$)



Znajomość języka angielskiego wśród ankietowanych przedstawiała się następująco. Największa grupa, 42% badanych ($n = 42$), oceniała swoją znajomość języka jako dobrą, a 20% ($n = 20$) określiło ją jako bardzo dobrą. Znajomość angielskiego na słabym poziomie deklarowało 34% respondentów ($n = 34$), natomiast 4% badanych ($n = 4$) przyznało, że w ogóle nie zna tego języka.

4.4. Procedura badania

Celem badań jest szersze zrozumienie poziomu stresu z jakim mierzą się polscy emigranci w Norwegii, stylów radzenia sobie ze stresem jakie w sobie wykształcili przebywając na emigracji oraz w jakiej kondycji znajduje się ich zdrowie psychiczne. W tym celu zastosowano narzędzia psychologiczne takie jak KPS (Kwestionariusz Poczucia Stresu) oraz CISS (narzędzie oceniające style radzenia sobie ze stresem) a także test GHQ w rozszerzonej wersji 28 pytań do oceny stanu zdrowia psychicznego.

W celu zbadania ogólnej tematyki związanej głównym problemem badawczym oraz problemami szczegółowymi respondenci mieli do wypełnienia metryczkę, w której zadane przez badacza pytania miały na celu dostarczyć danych w celu potwierdzenia lub obalenia założeń hipotetycznych niniejszej pracy.

Badania zostały przeprowadzone zarówno w formie tradycyjnej, jak i w formie elektronicznej. Grupę badawczą stanowiła Polonia w Norwegii, która została poproszona poprzez fora internetowe zrzeszające Polaków w Norwegii, portale społecznościowe takie jak



Facebook, LinkedIn oraz poprzez komunikatory typu Messenger oraz Whatsapp. W formie elektronicznej został umieszczony link do wypełnienia metryczki oraz powyższych testów. W niektórych przypadkach ankiety wraz z testami zostały rozdane osobiście i wypełnione w tradycyjnej formie badania. Okres, w którym badania zostały przeprowadzane obejmował 5 miesięcy i trwał od czerwca do końca października 2023 roku.

Aby przeprowadzone badania były zarówno wiarygodne jak i reprezentatywne dobrano wyniki próby składające się z 50 respondentów płci męskiej oraz 50 płci żeńskiej. W ten sposób możliwe było uzyskanie rzetelnych badań oraz przeprowadzenie analizy, która byłaby zgodna z założeniami badawczymi pracy.

Wszystkie przeprowadzone badania były anonimowe a uczestnicy zostali poinformowani o dobrowolności wzięcia udziału w badaniu. Wyniki elektroniczne umieszczone w formie linku zostały zapisane na Google dysku a rozdane kwestionariusze zostały dostarczone do rąk własnych przez jedną zaufaną osobę.

Przeprowadzenie badania w formie elektronicznej oraz tradycyjnej umożliwiło zebranie bardzo różnorodnej grupy badawczej, zarówno pod względem geograficznym, obejmującym całą Norwegię, środowiskowym jak i personalnym. Tak szeroki rozkład przeprowadzonej próby badawczej daje nam wiarygodne i rzetelne wyniki dla przeprowadzonych badań co przekłada się na wiarygodne potwierdzenie lub zaprzeczenie postawionych hipotez badawczych oraz daje klarowne odpowiedzi na postawione problemy badawcze.

Zaletą tak przeprowadzonych badań oprócz wyżej wymienionej różnorodności próby badawczej jest również możliwość ich ponownego przeprowadzenia w takich samych bądź bardzo zbliżonych warunkach.



Rozdział 5 Analiza wyników badań własnych i ich psychologiczna interpretacja

5.1. Narzędzia analizy statystycznej

Analizę przeprowadzono z wykorzystaniem programu statystycznego SPSS 26. W przeprowadzonej analizie wykorzystano następujące metody statystyczne takie jak test korelacji r Pearsona, test t-Studenta dla niezależnych grup wyników oraz test U Manna Whitney'a. Przyjęto poziom istotności 0,05.

Test istotności korelacji r Pearsona pozwala na zbadanie związku pomiędzy zmiennymi. Analiza korelacji służy do "wychwycenia" czy zachodzi związek pomiędzy dwiema zmiennymi (właściwościami, cechami). Związek rozumiany jest jako rodzaj podobieństwa w „zachowywaniu się dwóch cech”. Gdy jedna cecha, właściwość wzrasta to druga może również wzrastać, maleć lub w ogóle się nie zmieniać. Uzyskany wynik może się wahać od -1,0 do 1,0. Im liczba jest bliższa wartości skrajnej tym korelacja jest silniejsza. Wynik bliski zero mówi o słabej korelacji, natomiast wynik równy zero świadczy o braku korelacji. Przy interpretacji stosuje się następującą regułę – wartości od 0 do 0,3 przyjmuje się jako słabą korelację, od 0,3 do 0,7 to korelacja umiarkowana, a wyniki od 0,7 do 1,0 jako bardzo silna korelacja. Podana zasada jest również stosowana do wyników od 0 do -1. W przeprowadzonej analizie test korelacji r Pearsona został wykorzystany do sprawdzenia zależności pomiędzy poziomem odczuwanego stresu, stylami radzenia sobie ze stresem a poziomem zdrowia psychicznego.

Drugą wykorzystaną metodą był test t-Studenta dla prób niezależnych. Test t-Studenta dla prób niezależnych to metoda statystyczna używana do porównywania średnich dwóch niezależnych grup w celu sprawdzenia, czy istnieje statystycznie istotna różnica między tymi średnimi. Jest szeroko stosowany w badaniach naukowych w różnych dziedzinach, takich jak psychologia, biologia, medycyna czy ekonomia. W pracy został wykorzystany do porównania kobiet i mężczyzn przebywających na emigracji w Norwegii pod względem poziomu odczuwanego stresu, stylów radzenia sobie ze stresem oraz poczucia zdrowia psychicznego.

Trzecią wykorzystaną w analizie metodą jest test U Manna Whitney'a. Test ten jest odpowiednikiem klasycznego testu t-Studenta dla prób niepowiązanych. Miarą tendencji centralnej dla tego testu jest nie średnia jak w przypadków testów t, a mediana. W przeprowadzonych analizach test ten został wykorzystany do sprawdzenia różnic pod względem poziomu odczuwanego stresu, stylów radzenia sobie ze stresem, poziomu zdrowia psychicznego u mężczyzn mających rodziny w Norwegii i tych których rodziny są w Polsce, u



osób mających pracę stałą i tych którzy jej nie mają oraz u kobiet posiadających dzieci i tych które dzieci nie posiadają,

Wyniki badań

Dla analizowanych zmiennych kwestionariuszowych policzono następujące statystyki opisowe:

- **średnią (M),**
- **medianę (Me),**
- **odchylenie standardowe (SD),**
- **wartość najmniejszą (MIN),**
- **wartość największą (MAX),**
- **skośność (As),**
- **kurtozę (Kr).**

Dodatkowo w celu doboru odpowiednich metod analizy statystycznej dokonano analizy rozkładu normalności zmiennych z wykorzystaniem testu Shapiro-Wilka.

Tabela 11

Statystyki opisowe: średnia (M), mediana (Me), odchylenie standardowe (SD), wartość minimalna (MIN), wartość maksymalna (MAX), skośność (As), kurtoza (Kr) dla stylów radzenia sobie ze stresem mierzonych Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacja Stresowych (CISS) wśród badanych (N = 100)

Zmienna	M	ME	SD	MIN	MAX	As	Kr	S-W	p
Styl									
skoncentrowany na zadaniu	57,79	57	8,855	34	78	0,060	-0,197	0,992	0,785
Styl									
skoncentrowany na emocjach	42,67	42	11,28 7	23	67	0,171	-0,938	0,971	0,127
Styl									
skoncentrowany na unikaniu	43,37	43	7,768	25	67	0,414	0,427	0,978	0,101
Angażowanie się									
w czynności zastępcze	21,17	22	5,401	10	34	-0,111	-0,580	0,979	0,105
Poszukiwanie									
kontaktów towarzyskich	16,66	17	3,830	9	25	-0,044	-0,587	0,977	0,083

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Wyniki istotne statystycznie pogrubiono.

Zgodnie z tym co przedstawia tabela powyżej dla stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na zadaniu średnia wyniosła $M = 57,79$, $SD = 8,855$. Wynik minimalny w tej skali wyniósł 34, a najwyższy wynik osiągnął poziom 78. W przypadku stylu skoncentrowanego na emocjach, średnia wyniosła $M = 42,67$, $SD = 11,387$. Najniższy wynik w tej skali to 23 punkty. Z kolei najwyższy wynik wynosił 67. Dla stylu skoncentrowanego na unikaniu średnia wyniosła $M = 43,37$, $SD = 7,768$. Minimalny wynik w tej skali wyniósł 25, a maksymalny 67. Dla Angażowania się w czynności zastępcze średnia wyniosła $M = 21,17$, $SD = 5,401$, a dla Poszukiwania kontaktów towarzyskich $M = 16,66$, $SD = 3,830$.

Uzyskane wyniki wskazują, że styl skoncentrowany na zadaniu był najczęściej wykorzystywany przez badanych. Styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany



na unikaniu miały zbliżoną średnią, przy czym w przypadku pierwszego z nich zaobserwowano większą zmienność wyników.

Przeprowadzona analiza zgodności z rozkładem normalnym wykazała zgodność z rozkładem normalnym dla wszystkich skal Kwestionariusza CISS ($p < 0,05$).

Tabela 12

Statystyki opisowe: średnia (M), mediana (Me), odchylenie standardowe (SD), wartość minimalna (MIN), wartość maksymalna (MAX), skośność (As), kurtoza (Kr) dla poziomu stresu mierzonego Kwestionariuszem Poczucia Stresu (KPS) wśród badanych (N = 100)

Zmienna	M	ME	SD	MIN	MAX	As	Kr	S-W	p
Napięcie emocjonalne	21,92	21	7,382	9	35	-0,045	-1,331	0,939	0,000
Stres zewnętrzny	23,78	24,5	6,800	9	35	-0,148	-1,008	0,962	0,005
Stres intrapsychiczny	24,57	24	6,720	11	35	-0,120	-1,297	0,936	0,000
Skala kłamstwa	17,29	18	4,176	6	27	-0,146	-0,004	0,988	0,502
WO	70,27	72,5	19,679	35	105	-0,062	-1,368	0,936	0,000

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Wyniki istotne statystycznie pogrubiono.

W tabeli 4 przedstawiono statystyki opisowe dla poziomu stresu mierzonego Kwestionariuszem Poczucia Stresu (KPS) uwzględniając trzy wymiary: napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny oraz stres intrapsychiczny. Średnia dla napięcia emocjonalnego wyniosła $M = 21,92$, $SD = 7,382$. Wynik minimalny wynosił 9, natomiast najwyższy wynik osiągnął wartość 35. Dla stresu zewnętrznego średnia wyniosła $M = 23,78$, $SD = 6,800$. Wartość minimalna i maksymalna kształtowały się na tym samym poziomie co dla wymiaru napięcia emocjonalnego. Najwyższą średnią wśród trzech analizowanych wymiarów poziomu stresu osiągnął stres intrapsychiczny, którego średnia wyniosła $M = 24,57$, $SD = 6,720$. Wynik minimalny w tej skali to 11, a najwyższy wynik wyniósł 35. Dla skali kłamstwa średnia wyniosła $M = 17,29$, $SD = 4,176$. Dla ogólnego poziomu stresu średnia kształtowała się na poziomie $M = 70,27$, $SD = 19,679$, gdzie rozpiętość wyników dla tej skali może się mieścić w przedziale od 21 do 105 punktów co wskazuje na przeciętny poziom nasilenia stresu wśród badanych. Najwyższy uzyskany wynik wyniósł 105, a najniższy 35.

Wyniki wskazują, że stres intrapsychiczny był najbardziej nasilony w badanej grupie, a stres zewnętrzny oraz napięcie emocjonalne były na nieco niższym poziomie, z minimalnymi różnicami między tymi dwoma typami stresu. Odchylenia standardowe wskazują na zbliżoną zmienność w przypadku stresu intrapsychicznego i zewnętrznego, natomiast napięcie emocjonalne miało większą rozpiętość wyników.

Analiza zgodności z rozkładem normalnym przy wykorzystaniu testu Shapiro-Wilka wykazała brak zgodności dla wszystkich skal z wyłączeniem Skali kłamstwa ($S-W = 0,988$, $p = 0,502$). Natomiast współczynniki asymetrii i kurtozy mieszczą się w przedziale -2 do 2 co wskazuje na możliwość wykorzystania testów parametrycznych w dalszej analizie.

Tabela 13

Statystyki opisowe: średnia (M), mediana (Me), odchylenie standardowe (SD), wartość minimalna (MIN), wartość maksymalna (MAX), skośność (As), kurtoza (Kr) dla stanu zdrowia psychicznego mierzonego Kwestionariuszem Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28) wśród badanych (N = 100)

Zmienna	M	ME	SD	MIN	MAX	As	Kr	S-W	p
Symptomy somatyczne	7,57	6,5	4,793	0	19	0,537	-0,702	0,941	0,000
Niepokój, bezsenność	7,25	7	5,076	0	26	0,738	0,853	0,950	0,001
Zaburzenia funkcjonowania	7,78	7	2,963	0	15	0,390	0,285	0,918	0,000
Symptomy depresji	3,84	2	4,223	0	18	1,352	1,072	0,809	0,000
WO	26,44	22,5	17,05	2	59	0,601	-0,751	0,929	0,000

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Wyniki istotne statystycznie pogrubiono.

W tabeli przedstawiono statystyki opisowe dla czterech skal mierzących różne aspekty stanu zdrowia psychicznego, uzyskane przy użyciu Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28). Skale te obejmują: symptomy somatyczne, niepokój i bezsenność, zaburzenia funkcjonowania oraz objawy depresji.

Średnia wartość dla symptomów somatycznych wyniosła $M = 7,57$, $SD = 4,793$ co wskazuje na stosunkowo niski poziom somatycznych objawów w badanej grupie. Wartość minimalna wyniosła 0, a maksymalna 19. Dla skali niepokój i bezsenność średnia wyniosła $M = 7,25$, $SD = 5,076$ co wskazuje na niewielki poziom niepokoju i bezsenności w badanej grupie. Wynik minimalny wynosił 0, a maksymalny 26. W przypadku skali zaburzenia funkcjonowania średnia wyniosła $M = 7,78$, $SD = 2,963$. Minimalny wynik to 0, a maksymalny 15. Średnia wartość dla objawów depresji wyniosła $M = 3,84$, $SD = 4,223$ co wskazuje na stosunkowo niski poziom objawów depresyjnych w badanej grupie. Minimalny wynik wyniósł 0, a maksymalny 18. Dla wyniku ogólnego średnia wyniosła $M = 26,44$, $SD = 14,610$. Rozpiętość wyników wynosiła od 2 do 59 punktów.

Porównując wyniki dla czterech analizowanych skal, widać, że zaburzenia funkcjonowania wykazują najwyższą średnią co sugeruje, że badani doświadczali umiarkowanego poziomu trudności w codziennym funkcjonowaniu. Symptomy somatyczne



i niepokój oraz bezsenność mają podobną średnią, wskazując na podobny poziom dolegliwości, przy czym wyniki w przypadku niepokojów i bezsenności są bardziej zróżnicowane, co widać po wyższej wartości odchylenia standardowego. Objawy depresji mają najniższą średnią, co sugeruje, że depresja była mniej powszechnym problemem w badanej grupie, ale wyniki w tej skali wykazywały dużą zmienność.

Przeprowadzona analiza zgodności z rozkładem normalnym wykazała brak zgodności z rozkładem normalnym dla większości zmiennych ($p < 0,05$).

Hipoteza badawcza 0: Istnieje zależność pomiędzy poziomem stresu, stylami radzenia sobie ze stresem a zdrowiem psychicznym polskich emigrantów w Norwegii.

W celu weryfikacji postanowiono sprawdzić, czy występuje zależność pomiędzy poziomem stresu, stylami radzenia sobie ze stresem a zdrowiem psychicznym polskich emigrantów w Norwegii. Dokonano analizy korelacji r Pearsona (niespełniony warunek normalności rozkładu zmiennych, natomiast współczynnik asymetrii mieszczący się w przedziale -2 do 2). Przyjęto poziom istotności 0,05. Uzyskane wyniki przedstawia tabela poniżej.

Tabela 14

Wyniki korelacji pomiędzy poziomem stresu a zdrowiem psychicznym badanych ($N = 100$)

Zmienna		Symptomy somatyczne	Niepokój, bezsenność	Zaburzenia funkcjonowania	Symptomy depresji	WO
Napięcie emocjonalne	r	0,762	0,744	0,639	0,710	0,843
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Stres zewnętrzny	r	0,649	0,647	0,488	0,582	0,705
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Stres intrapsychiczny	r	0,672	0,687	0,614	0,700	0,786
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Skala kłamstwa	r	0,101	0,034	0,145	0,067	0,094
	p	0,319	0,736	0,151	0,509	0,354
WO	r	0,740	0,737	0,618	0,707	0,828
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Wyniki istotne statystycznie pogrubiono.



Analiza wyników korelacji między poziomem stresu a zdrowiem psychicznym badanych ujawniła istotne statystycznie zależności, które wskazują na silny związek różnych aspektów stresu z problemami psychicznymi.

Napięcie emocjonalne jest najsilniej powiązane z problemami psychicznymi w porównaniu do pozostałych rodzajów stresu. Wykazuje bardzo silne, istotne statystycznie korelacje z symptomami somatycznymi ($r = 0,762$, $p < 0,001$), niepokojem i bezsennością ($r = 0,744$, $p < 0,001$), symptomami depresji ($r = 0,710$, $p < 0,001$) oraz ogólnym wynikiem zdrowia psychicznego (WO: $r = 0,843$, $p < 0,001$).

Stres zewnętrzny, czyli wynikający z czynników środowiskowych, również istotnie statystycznie koreluje z wszystkimi wymiarami zdrowia psychicznego, choć zależności są nieco słabsze niż w przypadku napięcia emocjonalnego. Najsilniejsze korelacje odnotowano w przypadku ogólnego wskaźnika zdrowia psychicznego (WO: $r = 0,705$, $p < 0,001$) oraz symptomów somatycznych ($r = 0,649$, $p < 0,001$).

Stres intrapsychiczny, związany z konfliktami wewnętrznymi i napięciem wewnętrznym, również istotnie statystycznie koreluje z problemami psychicznymi. Najwyższą korelację odnotowano dla ogólnego wskaźnika zdrowia psychicznego (WO: $r = 0,786$, $p < 0,001$), co sugeruje, że stres intrapsychiczny jest silnie związany z szeroko rozumianym pogorszeniem funkcjonowania psychicznego. Równie silne korelacje występują dla symptomów depresji ($r = 0,700$, $p < 0,001$) oraz niepokojem i bezsennością ($r = 0,687$, $p < 0,001$).

Ogólny wynik stresu (WO) wykazuje bardzo silne, pozytywne korelacje ze wszystkimi wskaźnikami problemów psychicznych, szczególnie z symptomami somatycznymi ($r = 0,740$, $p < 0,001$) i ogólnym zdrowiem psychicznym ($r = 0,828$, $p < 0,001$).

Wyniki jednoznacznie pokazują, że poziom stresu, szczególnie w postaci napięcia emocjonalnego i stresu intrapsychicznego, jest silnie powiązany z pogorszeniem zdrowia psychicznego. Wszystkie istotne statystycznie korelacje są dodatnie, co oznacza, że wyższy poziom stresu wiąże się z większym nasileniem objawów, takich jak symptomy somatyczne, depresja, niepokój i zaburzenia funkcjonowania.



Tabela 15

Wyniki korelacji pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a zdrowiem psychicznym badanych (N = 100)

Zmienna		Symptomy somatyczne	Niepokój, bezsenność	Zaburzenia funkcjonowania	Symptomy depresji	WO
Styl skoncentrowany na zadaniu	r	-0,265	-0,290	-0,363	-0,433	-0,386
	p	0,008	0,003	0,000	0,000	0,000
Styl skoncentrowany na emocjach	r	0,594	0,611	0,499	0,580	0,676
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Styl skoncentrowany na unikaniu	r	0,003	0,124	-0,110	-0,096	-0,006
	p	0,979	0,217	0,276	0,342	0,953
Angażowanie się w czynności zastępcze	r	0,223	0,315	0,111	0,223	0,270
	p	0,026	0,001	0,272	0,026	0,007
Poszukiwanie kontaktów tow.	r	-0,291	-0,208	-0,318	-0,433	-0,358
	p	0,003	0,038	0,001	0,000	0,000

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Wyniki istotne statystycznie pogrubiono.

Analiza korelacji między stylami radzenia sobie ze stresem a zdrowiem psychicznym wykazała istotne statystycznie zależności, wskazujące na zróżnicowany wpływ poszczególnych strategii na kondycję psychiczną badanych.

Styl skoncentrowany na zadaniu okazał się korzystny dla zdrowia psychicznego, wykazując istotne statystycznie negatywne korelacje z wszystkimi badanymi wskaźnikami. Najsilniejsze zależności zaobserwowano w przypadku symptomów depresji ($r = -0,433$, $p < 0,001$) oraz ogólnego wyniku zdrowia psychicznego (WO: $r = -0,386$, $p < 0,001$). Wyniki te sugerują, że osoby stosujące ten styl lepiej radzą sobie ze stresem i doświadczają mniej objawów psychopatologicznych.

Z kolei styl skoncentrowany na emocjach był istotnie statystycznie związany z większym nasileniem problemów psychicznych. Dodanie korelacje wykazano z symptomami somatycznymi ($r = 0,594$, $p < 0,001$), niepokojem i bezsennością ($r = 0,611$, $p < 0,001$), symptomami depresji ($r = 0,580$, $p < 0,001$) oraz ogólnym wynikiem ($r = 0,676$,



$p < 0,001$). Styl skoncentrowany na unikaniu nie wykazał istotnych statystycznie zależności z żadnym z badanych wskaźników zdrowia psychicznego.

Wykazano również istotne statystycznie, ujemne zależności pomiędzy Angażowaniem się w czynności zastępcze a ogólnym wynikiem zdrowia psychicznego (WO: $r = 0,270$, $p = 0,007$), niepokojem i bezsennością ($r = 0,315$, $p = 0,001$), symptomami somatycznymi ($r = 0,223$, $p = 0,026$) oraz symptomami depresji ($r = 0,223$, $p = 0,026$).

Poszukiwanie kontaktów towarzyskich natomiast wiązało się z lepszym zdrowiem psychicznym, co potwierdzają istotne statystycznie, negatywne korelacje ze wszystkimi wskaźnikami problemów psychicznych. Najsilniejsze zależności zaobserwowano w przypadku symptomów depresji ($r = -0,433$, $p < 0,001$) oraz ogólnego wskaźnika zdrowia psychicznego ($r = -0,358$, $p < 0,001$). Wyniki te sugerują, że korzystanie z tego stylu radzenia sobie ze stresem może mieć charakter ochronny.

Podsumowując, najbardziej korzystnymi strategiami w kontekście zdrowia psychicznego są styl skoncentrowany na zadaniu oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich, natomiast styl skoncentrowany na emocjach wiąże się z wyraźnym pogorszeniem zdrowia psychicznego. Styl skoncentrowany na unikaniu oraz angażowanie się w czynności zastępcze mają mniejsze znaczenie, przy czym ten ostatni może nieznacznie nasilać problemy psychiczne.

Hipoteza badawcza 1: Kobiety przebywające na emigracji w Norwegii różnią się poziomem odczuwanego stresu od mężczyzn przebywających na emigracji w Norwegii.

Postanowiono również sprawdzić czy pomiędzy kobietami a mężczyznami występują różnice pod względem poziomu odczuwanego stresu. Warunek równoliczności porównywanych grup został spełniony. Analiza Shapiro-Wilka wykazała brak zgodności z rozkładem normalnym natomiast współczynnik kurtozy i asymetrii mieściły się w przedziale -2 do 2 zatem wykorzystano test t-Studenta dla niezależnych grup wyników. Przyjęto poziom istotności 0,05.



Tabela 16

Porównanie poziomu odczuwanego stresu mierzonego Kwestionariuszem Poczucia Stresu (KPS) wśród kobiet i mężczyzn (N = 100)

Zmienne	Płeć	M	ME	SD	t	df	p
Napięcie emocjonalne	K	21,26	20,50	7,047	-0,893	98	0,374
	M	22,58	23,00	7,717			
Stres zewnętrzny	K	22,96	24,00	6,449	-1,209	98	0,230
	M	24,60	26,50	7,103			
Stres intrapsychiczny	K	24,28	24,50	5,700	-0,430	98	0,668
	M	24,86	24,00	7,653			
Skala kłamstwa	K	16,98	17,00	3,159	-0,741	98	0,661
	M	17,60	18,50	5,006			
WO	K	68,50	67,00	17,836	-0,899	98	0,371
	M	72,04	74,50	21,398			

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Grupa: K – kobiety, M – mężczyźni.

W wyniku przeprowadzonej analizy z wykorzystaniem testu t-Studenta dla niezależnych grup wyników nie wykazano istotnych statystycznie różnic pod względem poziomu stresu pomiędzy kobietami i mężczyznami przebywającymi na emigracji w Norwegii ($p > 0,05$). Analizując statystyki opisowe można zauważyć, że nieco wyższy ogólny poziom stresu odczuwają mężczyźni w porównaniu z kobietami.

Hipoteza badawcza 2: Polki mieszkające w Norwegii różnią się strategiami radzenia sobie ze stresem w porównaniu do mężczyzn.

Postanowiono również sprawdzić czy pomiędzy kobietami a mężczyznami występują różnice pod względem stylów radzenia sobie ze stresem. Warunek równoliczności porównywanych grup został spełniony. Analiza Shapiro-Wilka wykazała brak zgodności z rozkładem normalnym natomiast współczynnik kurtozy i asymetrii mieściły się w przedziale -2 do 2 zatem wykorzystano test t-Studenta dla niezależnych grup wyników. Przyjęto poziom istotności 0,05.



Tabela 17

Porównanie stylów radzenia sobie ze stresem mierzonych Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacja Stresowych (CISS) wśród kobiet i mężczyzn (N = 100)

Zmienne	Płeć	M	ME	SD	t	df	p
Styl skoncentrowany na zadaniu	K	57,42	57,00	7,903	-	98	0,678
	M	58,16	58,00	9,782	0,416		
Styl skoncentrowany na emocjach	K	45,16	45,50	10,481	2,251	98	0,027
	M	40,18	39,50	11,614			
Styl skoncentrowany na unikaniu	K	43,66	43,00	8,297	0,372	98	0,711
	M	43,08	43,00	7,273			
Angażowanie się w czynności zastępcze	K	21,82	22,50	5,228	1,206	98	0,231
	M	20,52	21,50	5,545			
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	K	16,50	16,50	4,011	-	98	0,678
	M	16,82	17,00	3,674	0,416		

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Grupa: K – kobiety, M – mężczyzna.

W wyniku przeprowadzonej analizy wykazano istotną statystycznie różnicę pomiędzy kobietami i mężczyznami pod względem stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na emocjach ($t(98) = 2,251$, $p = 0,027$). Styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowane na emocjach w większym stopniu wykorzystują kobiety ($M = 45,16$, $SD = 10,481$) w porównaniu z mężczyznami ($M = 40,18$, $SD = 11,614$). Dla pozostałych stylów radzenia sobie ze stresem nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami ($p > 0,05$).

Hipoteza badawcza 3: Emigrantki polskie w Norwegii różnią się poziomem zdrowia psychicznego w porównaniu od mężczyzn.

Postanowiono również sprawdzić czy pomiędzy kobietami a mężczyznami występują różnice pod względem poziomu zdrowia psychicznego. Warunek równoliczności porównywanych grup został spełniony. Analiza Shapiro-Wilka wykazała brak zgodności z rozkładem normalnym natomiast współczynnik kurtozy i asymetrii mieściły się w przedziale -2 do 2 zatem wykorzystano test t-Studenta dla niezależnych grup wyników. Przyjęto poziom istotności 0,05



Tabela 18

Porównanie poziomu zdrowia psychicznego mierzonego Kwestionariuszem Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28) wśród kobiet i mężczyzn (N = 100)

Zmienne	Płeć	M	ME	SD	t	df	p
Symptomy somatyczne	K	8,06	7,00	4,692	1,023	98	0,309
	M	7,08	6,00	4,890			
Niepokój, bezsenność	K	8,14	7,50	5,330	1,772	98	0,079
	M	6,36	5,50	4,694			
Zaburzenia funkcjonowania	K	8,22	7,00	3,066	1,494	98	0,138
	M	7,34	7,00	2,818			
Symptomy depresji	K	3,98	2,00	4,182	0,330	98	0,742
	M	3,70	2,00	4,301			
WO	K	28,40	23,00	14,783	1,347	98	0,181
	M	24,48	20,50	14,315			

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Grupa: K – kobiety, M – mężczyzna.

W wyniku przeprowadzonej analizy z wykorzystaniem testu t-Studenta dla niezależnych grup wyników nie wykazano istotnych statystycznie różnic pod względem poziomu zdrowia psychicznego pomiędzy kobietami i mężczyznami przebywającymi na emigracji w Norwegii ($p > 0,05$).

Hipoteza badawcza 4: Zakłada się, że Polki mieszkające w Norwegii, niebędące w formalnym związku, odczuwają większy poziom stresu, mają gorsze zdrowie psychiczne w porównaniu do Polek mieszkających w Norwegii i będących w stałych związkach.

W celu weryfikacji tak postawionej hipotezy badawczej postanowiono porównać poziom odczuwanego stresu oraz poziom zdrowia psychicznego w grupie kobiet będących w związkach formalnych oraz nieformalnych (w przypadku pozostałych grup nie został spełniony warunek minimalnej liczebności próby – minimum 5 osób). W związku z tym, że warunek równoliczności nie został spełniony (kobiety w związku nieformalnym – $n = 8$, kobiety w związku formalnym – $n = 37$) przeprowadzono analizę z wykorzystaniem testu U Manna Whitney'a. Przyjęto poziom istotności 0,05.

Tabela 19

Porównanie poziomu odczuwanego stresu mierzonego Kwestionariuszem Poczucia Stresu (KPS) wśród kobiet będących w związkach formalnych i nieformalnych (N = 45)

Zmienne	Związek	M	ME	SD	U	Z	p
Napięcie emocjonalne	N	16,50	15,50	6,347	77,5	-2,096	0,018
	F	22,46	22,00	6,939			
Stres zewnętrzny	N	19,13	17,50	6,958	97,0	-1,518	0,065
	F	23,46	24,00	6,470			
Stres intrapsychiczny	N	21,63	21,00	6,070	99,0	-1,461	0,072
	F	24,89	24,00	5,641			
Skala kłamstwa	N	16,75	17,00	2,252	143,0	-0,149	0,441
	F	16,97	17,00	3,444			
WO	N	57,25	54,00	19,002	82,0	-1,961	0,025
	F	70,81	73,00	17,551			

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Grupa: N – związek nieformalny, F – związek formalny.

Wyniki analizy wskazują, że kobiety w związkach formalnych odczuwają istotnie statystycznie wyższy poziom napięcia emocjonalnego ($M = 22,46$, $SD = 6,939$) w porównaniu do kobiet w związkach nieformalnych ($U = 77,5$, $Z = -2,096$, $p = 0,018$). Również ogólny wskaźnik stresu (WO) jest istotnie statystycznie wyższy w grupie kobiet w związkach formalnych ($M = 70,81$, $SD = 17,551$) niż w grupie kobiet w związkach nieformalnych ($M = 57,25$, $SD = 19,002$) ($U = 82,0$, $Z = -1,961$, $p = 0,025$). W przypadku stresu zewnętrznego i intrapsychicznego kobiety w związkach formalnych również uzyskały wyższe średnie wyniki w porównaniu do kobiet w związkach nieformalnych jednak różnice okazały się nie istotne statystycznie. Wyniki wskazują, że kobiety w związkach formalnych mogą być bardziej narażone na wyższy poziom stresu, szczególnie w zakresie napięcia emocjonalnego i ogólnego odczuwanego stresu.

Tabela 20

Porównanie poziomu zdrowia psychicznego mierzonego Kwestionariuszem Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28) wśród kobiet będących w związkach formalnych i nieformalnych (N = 45)

Zmienne	Związek	M	ME	SD	U	Z	p
Symptomy somatyczne	N	10,25	11,00	4,979	105,0	-1,281	0,100
	F	7,86	7,00	4,602			
Niepokój, bezsenność	N	9,25	8,00	6,042	120,0	-0,834	0,202
	F	7,73	7,00	5,226			
Zaburzenia funkcjonowania	N	9,75	9,00	3,284	102,5	-1,385	0,084
	F	8,05	7,00	2,867			
Symptomy depresji	N	6,50	4,00	6,392	109,0	-1,173	0,130
	F	3,35	2,00	3,225			
WO	N	35,75	35,50	18,622	102,5	-1,352	0,090
	F	27,00	23,00	13,321			

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Grupa: N – związek nieformalny, F – związek formalny.

W wyniku przeprowadzonej analizy z wykorzystaniem testu U Manna Whitney'a nie wykazano istotnych statystycznie różnic pod względem poziomu zdrowia psychicznego pomiędzy kobietami będącymi w związkach formalnych i tymi, które są w związkach nieformalnych ($p > 0,05$).

Hipoteza badawcza 5: Przypuszcza się, że mężczyźni przebywający w Norwegii z rodzinami wykształcili lepsze style radzenia ze stresem, posiadają niższy poziom stresu w porównaniu do mężczyzn, którzy mieszkają w Norwegii bez swoich rodzin.

W celu weryfikacji szóstej hipotezy badawczej postanowiono porównać style radzenia sobie ze stresem, poziom stresu oraz ogólne zdrowie psychiczne mężczyzn przebywających w Norwegii z rodzinami i tych którzy w Norwegii mieszkają bez swoich rodzin. W związku z tym, że warunek równoliczności nie został spełniony (z rodzinami – $n = 12$, bez rodzin – $n = 23$) przeprowadzono analizę z wykorzystaniem testu U Manna Whitney'a. Przyjęto poziom istotności 0,05.

Tabela 21

Porównanie stylów radzenia sobie ze stresem mierzonych Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacja Stresowych (CISS) wśród mężczyzn mieszkających w Norwegii z rodzinami i tych co mieszkają bez rodzin (N = 35)

Zmienne	Rodzin a	M	ME	SD	U	Z	p
Styl skoncentrowany na zadaniu	T	61,83	60,50	9,476	82,5	-1,933	0,025
	N	54,48	56,00	8,442			
Styl skoncentrowany na emocjach	T	37,33	34,00	10,714	99,0	-1,358	0,087
	N	42,48	42,00	11,237			
Styl skoncentrowany na unikaniu	T	42,17	40,00	8,244	117,0	-0,732	0,232
	N	43,30	44,00	5,103			
Angażowanie się w czynności zastępcze	T	19,92	19,50	7,012	126,0	-0,418	0,338
	N	21,22	22,00	4,462			
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	T	16,75	17,50	3,108	130,5	-0,262	0,397
	N	16,30	16,00	3,548			

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Rodzina: T – mieszkanie z rodziną w Norwegii, N – mieszkanie samemu w Norwegii, rodzina w Polsce.

W badaniu porównano style radzenia sobie ze stresem mierzone Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) wśród mężczyzn mieszkających w Norwegii z rodzinami oraz tych, którzy mieszkają sami, a rodzina w Polsce. Wyniki pokazały, że mężczyźni mieszkający z rodziną w Norwegii stosują bardziej skoncentrowany na zadaniu styl radzenia sobie ze stresem ($M = 61,83$, $SD = 9,476$) w porównaniu do mężczyzn mieszkających samotnie ($M = 54,48$, $SD = 8,442$), różnica ta jest statystycznie istotna ($U = 82,5$, $Z = -1,933$, $p = 0,025$). Dla pozostałych stylów radzenia sobie ze stresem różnic istotnych statystycznie pomiędzy obiema grupami nie wykazano.

Podsumowując, mężczyźni mieszkający z rodziną wykazują większą tendencję do stosowania stylu skoncentrowanego na zadaniu, natomiast mężczyźni mieszkający samodzielnie mają tendencję do radzenia sobie ze stresem poprzez styl skoncentrowany na emocjach, ale te różnice nie są jednoznacznie istotne statystycznie w większości przypadków.



Tabela 22

Porównanie poziomu odczuwanego stresu mierzonego Kwestionariuszem Poczucia Stresu (KPS) wśród mężczyzn mieszkających w Norwegii z rodzinami i tych co mieszkają bez rodzin (N= 35)

Zmienne	Rodzina	M	ME	SD	U	Z	p
Napięcie emocjonalne	T	24,83	28,00	7,284	98,5	-1,376	0,172
	N	21,09	18,00	7,531			
Stres zewnętrzny	T	22,61	21,00	6,946	85,5	-1,828	0,034
	N	27,25	29,50	7,098			
Stres intrapsychiczny	T	22,57	19,00	7,310	69,0	-2,410	0,008
	N	28,83	31,00	5,638			
Skala kłamstwa	T	15,08	15,50	4,776	64,5	-2,564	0,005
	N	19,87	20,00	4,393			
WO	T	66,26	56,00	20,870	96,0	-1,461	0,075
	N	80,92	87,00	18,377			

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Rodzina: T – mieszkanie z rodziną w Norwegii, N – mieszkanie samemu w Norwegii, rodzina w Polsce.

W badaniu porównano poziom odczuwanego stresu, mierzonego Kwestionariuszem Poczucia Stresu (KPS), wśród mężczyzn mieszkających w Norwegii z rodzinami oraz tych, którzy mieszkają sami a ich rodziny w Polsce. W wyniku przeprowadzonej analizy wykazano, że mężczyźni mieszkający samodzielnie odczuwają istotnie statystycznie wyższy poziom stresu zewnętrznego ($M = 27,25$, $SD = 7,098$) niż ci, którzy mieszkają z rodziną ($M = 22,61$, $SD = 6,946$) ($U = 85,5$, $Z = -1,828$, $p = 0,034$). W przypadku stresu intrapsychicznego, mężczyźni mieszkający z rodziną ($M = 22,57$, $SD = 7,310$) doświadczają go w mniejszym stopniu w porównaniu do mężczyzn mieszkających samodzielnie ($M = 28,83$, $SD = 5,638$), różnica ta również jest istotna statystycznie ($U = 69,0$, $Z = -2,410$, $p=0,008$). Ponadto, mężczyźni mieszkający z rodziną uzyskali niższy wynik w skali kłamstwa ($M = 15,08$, $SD = 4,776$) w porównaniu do tych którzy w Norwegii mieszkają sami ($M = 19,87$, $SD = 4,393$). Pozostałe zmienne, takie jak napięcie emocjonalne oraz ogólny wskaźnik stresu (WO), nie wykazały istotnych różnic między grupami.

Tabela 23

Porównanie poziomu zdrowia psychicznego mierzonego Kwestionariuszem Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28) wśród mężczyzn mieszkających w Norwegii z rodzinami i tych co mieszkają bez rodzin (N = 35)

Zmienne	Rodzina	M	ME	SD	U	Z	p																																												
Symptomy somatyczne	T	5,75	4,00	3,793	85,0	-1,862	0,033																																												
	N	8,78	8,00	4,612				Niepokój, bezsenność	T	5,42	3,00	5,160	98,0	-1,394	0,082	N	7,22	7,00	3,704	Zaburzenia funkcjonowania	T	6,75	7,00	1,658	111,5	-0,948	0,172	N	7,70	7,00	2,835	Symptomy depresji	T	3,00	1,50	4,843	107,0	-1,096	0,137	N	4,22	2,00	3,908	WO	T	20,92	15,00	13,675	82,0	-1,948	0,025
Niepokój, bezsenność	T	5,42	3,00	5,160	98,0	-1,394	0,082																																												
	N	7,22	7,00	3,704				Zaburzenia funkcjonowania	T	6,75	7,00	1,658	111,5	-0,948	0,172	N	7,70	7,00	2,835	Symptomy depresji	T	3,00	1,50	4,843	107,0	-1,096	0,137	N	4,22	2,00	3,908	WO	T	20,92	15,00	13,675	82,0	-1,948	0,025	N	27,91	29,00	12,624								
Zaburzenia funkcjonowania	T	6,75	7,00	1,658	111,5	-0,948	0,172																																												
	N	7,70	7,00	2,835				Symptomy depresji	T	3,00	1,50	4,843	107,0	-1,096	0,137	N	4,22	2,00	3,908	WO	T	20,92	15,00	13,675	82,0	-1,948	0,025	N	27,91	29,00	12,624																				
Symptomy depresji	T	3,00	1,50	4,843	107,0	-1,096	0,137																																												
	N	4,22	2,00	3,908				WO	T	20,92	15,00	13,675	82,0	-1,948	0,025	N	27,91	29,00	12,624																																
WO	T	20,92	15,00	13,675	82,0	-1,948	0,025																																												
	N	27,91	29,00	12,624																																															

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Rodzina: T – mieszkanie z rodziną w Norwegii, N – mieszkanie samemu w Norwegii, rodzina w Polsce.

W wyniku przeprowadzonej analizy z wykorzystaniem testu U Manna Whitney'a wykazano istotne statystycznie różnice dla zmiennej Symptomy somatyczne ($U = 85,0$, $Z = -1,862$, $p = 0,033$) oraz dla ogólnego wskaźnika zdrowia psychicznego ($U = 82,0$, $Z = -1,948$, $p = 0,025$). Mężczyźni, którzy mieszkają sami w Norwegii doświadczają większego nasilenia symptomów somatycznych ($M = 8,78$, $SD = 4,612$) w porównaniu do mężczyzn mieszkających z rodziną ($M = 5,75$, $SD = 3,793$). Ponadto, mężczyźni mieszkający samotnie uzyskali wyższy wynik średni dla ogólnego wskaźnik zdrowia psychicznego ($M = 27,91$, $SD = 12,624$) w porównaniu do tych mieszkających z rodziną ($M = 20,92$, $SD = 13,675$), co może wskazywać, na to, że towarzyszą im większe problemy w zakresie zdrowia psychicznego, takie jak stany depresyjne, silny stres lub zaburzenia lękowe.

W odniesieniu do innych zmiennych, takich jak niepokój, bezsenność, zaburzenia funkcjonowania czy symptomy depresji, nie zaobserwowano istotnych różnic między obiema grupami.



Hipoteza badawcza 6: Przypuszcza się, że Polki mieszkające w Norwegii i posiadające dzieci wykształciły sobie styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu.

W celu weryfikacji tak postawionej hipotezy badawczej postanowiono porównać style radzenia sobie ze stresem kobiet posiadających dzieci i tych co dzieci nie posiadają. W związku z tym, że warunek równoliczności nie został spełniony (posiadanie dzieci – $n = 41$, brak dzieci – $n = 37$) przeprowadzono analizę z wykorzystaniem testu U Manna Whitney’a. Przyjęto poziom istotności 0,05.

Tabela 24

Porównanie stylów radzenia sobie ze stresem mierzonych Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacja Stresowych (CISS) wśród kobiet posiadających dzieci i tych co dzieci nie posiadają ($N = 50$)

Zmienne	Dzieci	<i>M</i>	<i>ME</i>	<i>SD</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Styl skoncentrowany na zadaniu	T	57,29	57,00	7,779	256,5	-0,862	0,388
	N	58,00	57,00	8,916			
Styl skoncentrowany na emocjach	T	45,34	46,00	10,442	259,5	-0,803	0,422
	N	44,33	44,00	11,258			
Styl skoncentrowany na unikaniu	T	43,61	43,00	7,493	259,0	-0,814	0,416
	N	43,89	40,00	11,868			
Angażowanie się w czynności zastępcze	T	21,93	22,00	4,957	254,5	-0,903	0,367
	N	21,33	24,00	6,652			
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	T	16,37	16,00	3,865	251,0	-0,975	0,329
	N	17,11	17,00	4,833			

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Dzieci: T – tak, N – nie.

W wyniku przeprowadzonej analizy z wykorzystaniem testu U Manna Whitney’a nie wykazano istotnych statystycznie różnic pod względem stylów radzenia sobie ze stresem pomiędzy kobietami posiadającym dzieci a tymi które dzieci nie posiadają ($p > 0,05$). Analizując statystyki opisowe można zauważyć, że wyniki w każdej ze skal są bardzo zbliżone w obu grupach.

Hipoteza badawcza 7: Można oczekiwać, iż Polacy mieszkający w Norwegii i posiadający stałą pracę mają mniejszy poziom stresu oraz mają lepsze zdrowie psychiczne niż Polacy będący na innej formie zatrudnienia lub bezrobotni.



W celu weryfikacji ostatniej hipotezy badawczej postanowiono porównać style radzenia sobie ze stresem, poziom stresu oraz ogólne zdrowie psychiczne osób mających zatrudnienie stałe z pozostałymi. W związku z tym, że warunek równoliczności nie został spełniony (stałe – $n = 84$, pozostałe – $n = 16$) przeprowadzono analizę z wykorzystaniem testu U Manna Whitney’ a. Przyjęto poziom istotności 0,05.

Tabela 25

Porównanie stylów radzenia sobie ze stresem mierzonych Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacja Stresowych (CISS) wśród osób mających pracę stałą i pozostałych ($N = 100$)

Zmienne	Praca stała	<i>M</i>	<i>ME</i>	<i>SD</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>																																												
Styl skoncentrowany na zadaniu	T	58,38	58,50	9,059	472,5	-1,877	0,030																																												
	N	54,69	53,00	7,153				Styl skoncentrowany na emocjach	T	41,81	41,00	10,935	494,5	-1,670	0,048	N	47,19	51,00	12,379	Styl skoncentrowany na unikaniu	T	42,96	43,00	7,751	539,0	-1,253	0,105	N	45,50	45,50	7,746	Angażowanie się w czynności zastępcze	T	20,92	22,00	5,281	572,5	-0,938	0,174	N	22,50	22,50	6,000	Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	T	16,54	16,50	3,907	583,0	-0,840	0,201
Styl skoncentrowany na emocjach	T	41,81	41,00	10,935	494,5	-1,670	0,048																																												
	N	47,19	51,00	12,379				Styl skoncentrowany na unikaniu	T	42,96	43,00	7,751	539,0	-1,253	0,105	N	45,50	45,50	7,746	Angażowanie się w czynności zastępcze	T	20,92	22,00	5,281	572,5	-0,938	0,174	N	22,50	22,50	6,000	Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	T	16,54	16,50	3,907	583,0	-0,840	0,201	N	17,31	18,00	3,439								
Styl skoncentrowany na unikaniu	T	42,96	43,00	7,751	539,0	-1,253	0,105																																												
	N	45,50	45,50	7,746				Angażowanie się w czynności zastępcze	T	20,92	22,00	5,281	572,5	-0,938	0,174	N	22,50	22,50	6,000	Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	T	16,54	16,50	3,907	583,0	-0,840	0,201	N	17,31	18,00	3,439																				
Angażowanie się w czynności zastępcze	T	20,92	22,00	5,281	572,5	-0,938	0,174																																												
	N	22,50	22,50	6,000				Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	T	16,54	16,50	3,907	583,0	-0,840	0,201	N	17,31	18,00	3,439																																
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	T	16,54	16,50	3,907	583,0	-0,840	0,201																																												
	N	17,31	18,00	3,439																																															

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Praca stała: T – tak, N – nie.

W badaniu porównano style radzenia sobie ze stresem mierzonymi Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) wśród osób mających stałą pracę i tych, którzy jej nie mają. Istotne statystycznie różnice wystąpiły w dwóch obszarach. Osoby posiadające stałą pracę stosują bardziej skoncentrowany na zadaniu styl radzenia sobie ze stresem ($M = 58,38$, $SD = 9,059$) w porównaniu do osób, które nie mają stałej pracy ($M = 54,69$, $SD = 7,153$) ($U = 472,5$, $Z = -1,877$, $p = 0,030$). Ponadto, osoby z stałą pracą wykazują mniejsze skłonności do stosowania emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem ($M = 41,81$, $SD = 10,935$) w porównaniu do osób bez stałej pracy ($M = 47,19$, $SD = 12,379$) ($U = 494,5$, $Z = -1,670$, $p=0,048$). Pozostałe style radzenia sobie ze stresem, takie jak styl



skoncentrowany na unikaniu, angażowanie się w czynności zastępcze oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich, nie wykazały istotnych statystycznie różnic między grupami.

Tabela 26

Porównanie poziomu odczuwanego stresu mierzonego Kwestionariuszem Poczucia Stresu (KPS) wśród osób mających pracę stałą i pozostałych (N = 100)

Zmienne	Praca stała	M	ME	SD	U	Z	p																																												
Napięcie emocjonalne	T	22,37	22,00	7,391	525,5	-1,379	0,084																																												
	N	19,56	17,00	7,099				Stres zewnętrzny	T	24,38	25,00	6,566	456,5	-2,029	0,021	N	20,63	17,00	7,347	Stres intrapsychiczny	T	25,12	25,50	6,452	504,0	-1,585	0,057	N	21,69	19,00	7,561	Skala kłamstwa	T	17,25	18,00	4,282	661,5	-0,099	0,461	N	17,50	17,50	3,688	WO	T	71,87	73,50	19,105	490,0	-1,712	0,088
Stres zewnętrzny	T	24,38	25,00	6,566	456,5	-2,029	0,021																																												
	N	20,63	17,00	7,347				Stres intrapsychiczny	T	25,12	25,50	6,452	504,0	-1,585	0,057	N	21,69	19,00	7,561	Skala kłamstwa	T	17,25	18,00	4,282	661,5	-0,099	0,461	N	17,50	17,50	3,688	WO	T	71,87	73,50	19,105	490,0	-1,712	0,088	N	61,88	54,00	21,137								
Stres intrapsychiczny	T	25,12	25,50	6,452	504,0	-1,585	0,057																																												
	N	21,69	19,00	7,561				Skala kłamstwa	T	17,25	18,00	4,282	661,5	-0,099	0,461	N	17,50	17,50	3,688	WO	T	71,87	73,50	19,105	490,0	-1,712	0,088	N	61,88	54,00	21,137																				
Skala kłamstwa	T	17,25	18,00	4,282	661,5	-0,099	0,461																																												
	N	17,50	17,50	3,688				WO	T	71,87	73,50	19,105	490,0	-1,712	0,088	N	61,88	54,00	21,137																																
WO	T	71,87	73,50	19,105	490,0	-1,712	0,088																																												
	N	61,88	54,00	21,137																																															

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Praca stała: T – tak, N – nie.

W wyniku przeprowadzonej analizy wykazano istotną statystycznie różnicę dla stresu zewnętrznego. Osoby mające stałą pracę (M = 24,38, SD = 6,566) odczuwały wyższy poziom stresu zewnętrznego niż osoby bez stałej pracy (M = 20,63, SD = 7,347) (U = 456,5, Z = -2,029, p = 0,021). Pozostałe zmienne, takie jak napięcie emocjonalne, stres intrapsychiczny, skala kłamstwa oraz ogólny wynik (WO) nie wykazały istotnych różnic między grupami (p > 0,05).



Tabela 27

Porównanie poziomu zdrowia psychicznego mierzonego Kwestionariuszem Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28) wśród osób mających pracę stałą i pozostałych (N = 100)

Zmienne	Praca stała	M	ME	SD	U	Z	p																																												
Symptomy somatyczne	T	7,17	6,00	4,466	513,0	-1,500	0,067																																												
	N	9,69	10,00	5,963				Niepokój, bezsenność	T	7,01	7,00	4,624	590,5	-0,768	0,221	N	8,50	9,00	7,052	Zaburzenia funkcjonowania	T	7,55	7,00	2,910	504,5	-1,619	0,053	N	9,00	7,50	3,033	Symptomy depresji	T	3,54	2,00	4,070	495,0	-1,695	0,045	N	5,44	4,50	4,774	WO	T	25,26	21,50	13,663	530,5	-1,331	0,092
Niepokój, bezsenność	T	7,01	7,00	4,624	590,5	-0,768	0,221																																												
	N	8,50	9,00	7,052				Zaburzenia funkcjonowania	T	7,55	7,00	2,910	504,5	-1,619	0,053	N	9,00	7,50	3,033	Symptomy depresji	T	3,54	2,00	4,070	495,0	-1,695	0,045	N	5,44	4,50	4,774	WO	T	25,26	21,50	13,663	530,5	-1,331	0,092	N	32,63	35,50	18,092								
Zaburzenia funkcjonowania	T	7,55	7,00	2,910	504,5	-1,619	0,053																																												
	N	9,00	7,50	3,033				Symptomy depresji	T	3,54	2,00	4,070	495,0	-1,695	0,045	N	5,44	4,50	4,774	WO	T	25,26	21,50	13,663	530,5	-1,331	0,092	N	32,63	35,50	18,092																				
Symptomy depresji	T	3,54	2,00	4,070	495,0	-1,695	0,045																																												
	N	5,44	4,50	4,774				WO	T	25,26	21,50	13,663	530,5	-1,331	0,092	N	32,63	35,50	18,092																																
WO	T	25,26	21,50	13,663	530,5	-1,331	0,092																																												
	N	32,63	35,50	18,092																																															

Adnotacja. Źródło: Badania własne.

*Praca stała: T – tak, N – nie.

W wyniku przeprowadzonej analizy wykazano istotne statystycznie różnice dla symptomów depresji, gdzie osoby z stałą pracą ($M = 3,54$, $SD = 4,070$) wykazywały mniejsze nasilenie symptomów depresji niż osoby, które nie mają stałej pracy ($M = 5,44$, $SD = 4,774$) ($U = 495,0$, $Z = -1,695$, $p = 0,045$). Różnice w nasileniu zaburzeń funkcjonowania również były zauważalne, jednak nie były istotne na poziomie statystycznym ($p = 0,053$). Osoby posiadające stałą pracę ($M = 7,55$, $SD = 2,910$) miały mniejsze nasilenie zaburzeń funkcjonowania niż osoby bez stałej pracy ($M = 9,00$, $SD = 3,033$). Pozostałe zmienne, takie jak symptomy somatyczne, niepokój i bezsenność oraz ogólny wskaźnik zdrowia psychicznego (WO), nie różniły się w sposób istotny statystycznie pomiędzy grupami ($p > 0,05$).

5.2. Dyskusja wyników

W czasach globalizacji badania nad zdrowiem psychicznym polskich emigrantów w Norwegii są traktowane bardziej ogólnie co przekłada się na brak danych w kontekście zdrowia psychicznego, występowania stresu wśród Polaków zamieszkujących Norwegię. Można więc uznać, iż przeprowadzone badania rzucają światło na dość wąskie aspekty problematyki oraz



wąsko okrojonych obszarów. Warto natomiast odnieść się do już przeprowadzonych badań na tym polu z innych krajów, które są ogólnodostępne.

Z badań przeprowadzonych w sierpniu 2022 roku w ramach projektu badawczego „(Nie)zdrowi emigranci zarobkowi – osamotnienie, stres i choroba podczas emigracji zarobkowej oraz podejmowane strategie zaradcze” na emigrantach i reemigrantach polskich z Włoch wskazały, iż stan zdrowia psychicznego na emigracji 31,58% kobiet oraz 18,52% mężczyzn określiło jako bardzo dobry; najwięcej osób, ponieważ aż 34,74% kobiet oraz 42,59% mężczyzn wskazało, iż jest dobrego zdrowia psychicznego na emigracji. Jako ani zły, ani dobry określiło 27,37% kobiet oraz 33,33% mężczyzn, natomiast zły 6,32% kobiet oraz 3,70% mężczyzn. Zadań z badanych kobiet nie wskazała stanu zdrowia psychicznego jako bardzo zły natomiast wskazało na taki stan 1,85% mężczyzn. Z przeprowadzonych badań wynika, iż ponad jedna trzecia kobiet oraz prawie jedna czwarta mężczyzn niepokoi się o swoje zdrowie psychiczne. Wśród respondentów aż 60% wskazało jako częste dolegliwości przygnębienie, a 54% wahania nastroju (Pawlak-Kałuźńska, 2022).

Odnosząc się do powyższych wyników oraz badań przeprowadzonych na polskich emigrantach w Norwegii Kwestionariuszem Poczucia Stresu (KPS) około połowa respondentów wskazywała na poczucie stresu. Z wyników Ogólnego Kwestionariusza Zdrowia – 28 (GHQ28) wynika, że badani doświadczali umiarkowanego poziomu trudności w codziennym funkcjonowaniu, wskazywali na podobny poziom dolegliwości natomiast depresja była mniej powszechnym problemem.

Z badań, które dotyczyły problemów zawodowych emigrantów na krajowym rynku pracy a sposobów radzenia sobie ze stresem wynika, iż emigranci wskazywali obciążenie emocjonalne jako główny problem w swojej pracy nasilający stres. Porównano wyniki i informacje uzyskane od emigrantów do rodzimych pracowników. Emigranci w sytuacjach stresowych głównie poszukiwali emocjonalnego oraz duchowego wsparcia oraz podejmowali aktywne formy radzenia sobie ze stresem. Rzadziej wskazywali na ucieczkę od problemu, szukanie czynności zastępczych. Wyniki różnicowane są na istotnych poziomach takich jak wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, znajomość języka i innych. Jak wynika z badań z problemami w pracy najczęściej radzą sobie osoby młode (do 20 roku życia), z wyższym wykształceniem, biegłą znajomością języka, posiadający stałą pracę (Wierzejewska, 2018).

Badania przeprowadzone na polskich emigrantach w Norwegii Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) wykazały, iż wśród stylów radzenia sobie ze stresem styl skoncentrowane na zadaniu był najczęściej wykorzystywany przez badanych. Styl



ten był najczęściej wybierany wśród respondentów płci męskiej mieszkających z rodziną w Norwegii oraz przez posiadających stałą pracę.

Na miejscu w drugim respondenci wskazywali styl skoncentrowany na emocjach. Styl ten dominował wśród mężczyzn, którzy zamieszkują Norwegię bez swoich rodzin oraz tych, którzy nie posiadają stałej pracy.

W porównaniu z badaniami przeprowadzonymi w Polsce oba te style są w czołówce wybieranych wśród emigrantów, jednakże nie pokrywają się hierarchicznie. Polscy emigranci w Norwegii głównie wybierali styl skoncentrowany na zadaniu natomiast emigranci pracujący w Polsce styl skoncentrowany na emocjach.

Wykazano również, iż styl skoncentrowany na emocjach w większym stopniu wykazują kobiety. W wyniku przeprowadzonych badań można zauważyć, iż emigracja z kraju rodzinnego w celach zarobkowych, brak rodziny powodują, iż Polscy mężczyźni charakteryzują się stylem skoncentrowanym na emocjach, w którym to skupiają się na sobie i swoich odczuciach co może powodować wyczerpanie organizmu, stany lękowe oraz przygnębienie (Koprowicz, 2017). Biorąc pod uwagę dane zgromadzone przez FHI stany lękowe są najczęstszą przyczyną występowania zaburzeń wśród dorosłych w Norwegii (FHI, 2024). Należałoby więc poszerzyć tematykę badań o powiązanie stylu skoncentrowanego na emocjach a występowanie zdiagnozowanych zaburzeń lękowych wśród samotnych Polaków oraz tych, którzy nie posiadają stałego zatrudnienia.

Podjęte badania generują szereg kolejnych pytań, które mogłyby pomóc w analizie i interpretacji wyników. Wyniki jasno wskazują, iż osoby, które wyjechały z kraju rodzinnego i osiedliły się w Norwegii są bardziej narażone na stany lękowe, depresję oraz zaburzenia somatyczne, które wpływają na ich funkcjonowanie oraz stan zdrowia psychicznego. Jak wykazują przeprowadzone badania polscy emigranci, którzy wyjechali i zostawili swoje rodziny w Polsce, są bardziej narażeni na występowanie zaburzeń psychicznych. Żyjemy w czasach, w których problematyka komunikacyjnych barier została zminimalizowana wskutek rozwoju nowoczesnych technologii takich jak Internet czy komunikacja telefoniczna. Jest to jednak niewystarczającym zamiennikiem nieograniczonego fizycznie kontaktu z najbliższymi, który jest potrzebny człowiekowi do utrzymania zdrowia psychicznego.

Przeprowadzone badania należałoby rozszerzyć, aby wyciągnąć dodatkowe informacje, które pozwolą lepiej zrozumieć stan zdrowia psychicznego, nasilenie stresu wśród Polaków mieszkających w Norwegii. Należałoby zbadać, jak wpływają na te obszary inne czynniki (takie jak znajomość języka, zadowolenie z pracy, jaką rolę odgrywa tu znaczenie narodowości, poziom aklimatyzacji w obcym środowisku). Należy zauważyć, iż w Norwegii, z racji emigracji



istnieje wiele innych, istotnych czynników niż w Polsce, które mogą wpływać na poczucie odczuwanego stresu, wytworzenie stylów radzenia sobie ze stresem a także ogólnym zdrowiem psychicznym.

Bezsprzecznie badania wykazały, iż napięcie emocjonalne jest najsilniej powiązane z problemami psychicznymi a wyniki jednoznacznie pokazują, iż poziom stresu, który w szczególności uwidacznia się w postaci napięcia emocjonalnego oraz stresu intrapsychnicznego jest głęboko powiązany z pogorszeniem zdrowia psychicznego polskich emigrantów w Norwegii. Wykazano korelacje pomiędzy wyższym poziomem stresu a większym nasileniem symptomów somatycznych, depresji, niepokoju a także zaburzeń funkcjonowania. Jak wykazano najbardziej korzystnymi strategiami w odniesieniu do zdrowia psychicznego są strategie skoncentrowane na zadaniu a także opierające się na poszukiwaniach kontaktów koleżeńskich. Wykazano również, że pogorszenie zdrowia psychicznego wiąże się wraz ze stylem skoncentrowanym na emocjach, natomiast angażowanie się w czynności zastępcze może nieznacznie nasilać problemy psychiczne.

Jak podaje FHI 10% emigrantów narodowości polskiej wykazuje zaburzenia w obrębie zdrowia psychicznego (Folkehelseintittuttet, 2022). Jednakże należałoby rozszerzyć badania o dane dotyczące Polaków, którzy nie zgłaszają się do lekarza wraz ze stanem swojego zdrowia psychicznego, z powodu braku znajomości języka. Warto podjąć badania, ile osób narodowości polskiej próbuje zasięgnąć porady dotyczącej swojego stanu psychicznego online w Polsce. Należy uwzględnić czynniki, które mogą ograniczać badanie. Do takich czynników można zaliczyć poczucie wstydu, stereotypowe myślenie na temat zdrowia psychicznego oraz pomocy odbieranej jako słabość.



Ograniczenia badań

Autor pracy uważa, że badania były zbyt ogólne, dotyczyły zarówno osób z długim stażem oraz dobrą adaptacją w Norwegii jak i osoby przyjeżdżające w ciągu najbliższych dwóch lat prze co uśredniły bardzo wyniki. Warto byłoby zbadać osoby, które wyemigrowały do Norwegii w latach gdy w Polsce były bardzo ciężkie czasy przemian gospodarczych oraz takie, które wyjeżdżają obecnie. Najczęściej są to już emigranci, którzy wyjechali ponieważ albo chcą zostawić za sobą trudne doświadczenia w Polsce i zacząć nowy rozdział albo uciekają przed czymś z Polski. W czasach gdy Korona norweska jest na niskim kursie nie jest to już tak opłacalny wyjazd jak jeszcze 8-16 lat temu. Warto pochylić się nad zbadaniem depresji oraz zaburzeń osobowości występujących wśród polskich emigrantów. Przeprowadzić pogłębiony wywiad i odbarwić kwestię spożywania substancji psychoaktywnych. W Norwegii leki psychotropowe, nasenne, przeciwbólowe opioidowe są często wypisywane na pierwszej wizycie bez dogłębnego poszerzenia wywiadu z pacjentem. W przyszłości warto byłoby również zastosować BDI-II i SWLS.



Zakończenie

W czasach wzmożonych procesów migracyjnych tematyka migracji wraz z jej podziałem oraz czynnikami, które kierują jednostkami w podjęciu takiej decyzji jest pod stałym nadzorem badaczy. Systematycznie publikuje się raporty na temat dynamiki migracji na poziomie mikro jak i makro, wewnątrz państwa oraz pomiędzy państwami. Może to być zarówno emigracja dobrowolna jak przymusowa. W 2021 roku w Warszawie została wydana monografia autorstwa Michała Nowosielskiego oraz Mariusza Dzięglewskiego pod tytułem „Polskie organizacje imigranckie w Europie. W poszukiwaniu nowego modelu” w której autorzy w oparciu o badania terenowe opisują sytuację organizacji polonijnych w krajach europejskich takich jak: Włochy, Hiszpania, Niemcy, Francja, Wielka Brytania, Norwegia, Irlandia oraz Szwecja. W tematyce migracji ważnym czynnikiem jest problematyka stresu, jego wpływu na jednostkę (eustres, dystres), na jej zdrowie zarówno psychiczne jak i fizyczne. Odnotowuje się systematyczny wzrost zaburzeń psychicznych. Jak podaje WHO na zaburzenia psychiczne w 2019 roku cierpiało 970 milionów osób na świecie co daje nam 1 na 8 osób. W czasach pandemii liczba ta znacznie wzrosła szczególnie w odniesieniu do zaburzeń lękowych oraz depresyjnych o 26% i 28% (World Health Organization, 2022). Do najczęściej występujących zaburzeń psychicznych w Norwegii należą: zaburzenia lękowe, depresja, zaburzenia związane z nadużywaniem substancji (alkohol, narkotyki, leki), zaburzenia snu zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia, kompulsywne objadanie się), zaburzenia psychotyczne (schizofrenia). (Norwegian Institute of Public Health, 2018).

Przeprowadzone badania wykazały jakie style radzenia sobie ze stresem wykazują Polacy mieszkający w Norwegii. Analizy wykonano z użyciem takich kwestionariuszy jak CISS, KPS, GHQ28 oraz zastosowana została autorska ankieta. Prace badawcze potwierdziły hipotezę główną i wykazały, iż istnieje zależność pomiędzy poziomem stresu, stylami radzenia sobie ze stresem a zdrowiem psychicznym polskich emigrantów w Norwegii. Przebadano zarówno kobiety jak i mężczyzn przebywających na emigracji w Norwegii pod kątem poziomu odczuwanego stresu, jednakże nie ujawniono w tej kwestii statystyczne istotnych różnic w tym zakresie oraz różnic dotyczących poziomu zdrowia psychicznego. Różnice pomiędzy obiema płciami dotyczyły stylu radzenia sobie ze stresem, w badaniach wykazano, iż mężczyźni, którzy mieszkają w Norwegii z rodzinami oraz posiadają stałą pracę wykształcili w sobie lepsze style radzenia sobie ze stresem, które są skoncentrowane na zadaniu, osiągnęli mniejszy wynik w skali kłamstwa a także odczuwają mniejszy poziom stresu intrapsychicznego. Wykazano natomiast statystycznie istotny wyższy poziom napięcia emocjonalnego oraz wyższy poziom



stresu wśród kobiet będących w stałych związkach w odniesieniu do kobiet w związkach nieformalnych.

Biorąc pod uwagę zmiany gospodarcze a także wzrost ruchów migracyjnych badania nad zdrowiem psychicznym emigrantów w zmieniającym się świecie stanowi nie tylko wartość badawczą, ale jest również ważnym punktem wyjścia do dalszych badań oraz refleksji w kontekście wielu dziedzin w tym psychologii. Biorąc pod uwagę, iż granica zarówno pomiędzy państwami jak i kontynentami w dzisiejszych czasach nie stanowią bariery oraz fakt, że żyjemy w świecie, gdzie większość z nas porusza się doskonale w wirtualnej rzeczywistości, przeprowadzenie badań na temat zdrowia psychicznego emigrantów, obserwacji jak wyniki rozwijają się w czasie jest jak najbardziej możliwa. Badania przeprowadzone w formie online, zapewniające komfort oraz dyskrecję mogą przynieść nam bardzo cenne, empiryczne dane, które pozwolą lepiej zrozumieć zjawisko migracji w odniesieniu do zmian ludzkiej psychiki, stanu zdrowia psychicznego powiązanych z procesami migracyjnymi. Takie metody otwierają nam ogromną przestrzeń badań oraz usuwają do niedawna bariery jak choćby wysokość kosztów przeprowadzenia badań.

Warto byłoby również rozszerzyć temat o analizę porównawczą nad zdrowiem psychicznym Polaków mieszkających w kraju oraz zamieszkujących Norwegię, aby uzyskać porównanie dla zdrowia psychicznego oraz występowania różnych zaburzeń wśród obu grup oraz móc zbadać czynniki mające wpływ na możliwie występujące różnice. Zjawisko migracji jest obecnie na porządku dziennym, jednakże wychowanie, wartości kulturowe, system przekonań mogą wpływać na proces adaptacji w nowym środowisku a także na stan zdrowia psychicznego, strategię radzenia sobie oraz dostępność do wsparcia społecznego. W tym kontekście otwierają się nowe możliwości badania nie tylko zaburzeń psychicznych jako samych w sobie, lecz możliwość wyłonienia czynników, które mogą zarówno sprzyjać zdrowiu psychicznemu jak również tym, które przyczyniają się do jego pogorszenia.



Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2024). *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych: Wydanie piąte, Text Revision (DSM-5-TR)* (P. Gałeczki, Red., K. Wachowska, K. Bilińska-Kowalska, Tłum.). Edra Urban & Partner.
- Anczewska, M. (2021). Depresja i lęk jako problem medyczny i społeczny. W: M. Anczewska, S. Murawiec, A. Samochowiec, J. Samochowiec, D. Dudek, K. Cyranka, I. Krupka-Matuszczyk, M. Jarema (Red.), *Depresja i zaburzenia lękowe: Rozpoznanie i leczenie* (wyd. 1, s. 11–32). Patrycja Ziętek.
- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Instytut Psychiatrii i Neurologii Zdrowia.
- Basińska, M. A., Kasprzak, A. (2012). Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Przegląd Dermatologiczny*, 99, 692–700.
- Brzezińska, M. (2011). *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej starości*. Difin.
- Castels, S., Miller, M. J. (2011). *Migracje we współczesnym świecie* (A. Gąsior-Niemiec, Tłum.). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dąbrowski, K. (1985). *Zdrowie psychiczne*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Domaradzki, J. (2013). O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Medica Lodziensia*, 40(1), 5–29.
- DSM-5-TR. (b.d.).
- Eisenstadt, S. N. (2010). Analysis of patterns of immigration and absorption of immigration. W: A. Barwińska-Małajowicz, K. Puchalska (red.), *Międzynarodowe przepływy kapitału i siły roboczej* (s. 1–20). Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego. (Oryginał opublikowany w 1953 r.).
- Falewicz, A. (2017). Psychologiczne koncepcje stresu i radzenia sobie. *Studia Paradyskie*, 27, 279–293.



- FHI. (2024). *Psykiske lidelser hos voksne*. Pobrano z https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?utm_source=chatgpt.com&term=#hovedpunkter.
- Fiszer, J. M. (2012). Migracje imigranci we współczesnym świecie. *ACADEMIA. Magazyn Polskiej Akademii Nauk*, 1(3), 60–65.
- Folkehelseinstituttet. (2009). *Livet med schizofreni: Erfaringer fra mennesker med diagnosen*. <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2022a). *Rusmiddellidelser i Norge*. Pobrano z <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/rusmiddellidelser/?term=>.
- Folkehelseinstituttet. (2022b). *Rusmiddellidelser i Norge*. Pobrano 3 lutego 2025 z <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/grupper/helse-innvandrerbakgrunn/?term=#psykisk-helse-og-trivsel>
- Folkehelseinstituttet. (2023). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. Pobrano z <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2024a). *Fastleger bruker mye tid på psykisk sykdom*. Pobrano z <https://www.fhi.no/nyheter/2024/fastleger-bruker-mye-tid-pa-psykisk-sykdom/>
- Folkehelseinstituttet. (2024b). *Fastleger bruker mye tid på psykisk sykdom*. Pobrano z <https://www.fhi.no/he/folkehelse/rapporten/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/?term=#depresjon>
- Folkehelseinstituttet. (2024c). *Fastleger bruker mye tid på psykisk sykdom*. Pobrano z <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-i-norge/?term=>
- Folkehelseinstituttet. (2024d). *Fastleger bruker mye tid på psykisk sykdom*. Pobrano z <https://www.fhi.no/le/rusmidler-og-avhengighet/narkotikainorge/bruk-av-narkotika/narkotikabruk-i-norge/?term=#sentralstimulerende-stoffer>
- Folkehelseinstituttet. (2024e). *Fastleger bruker mye tid på psykisk sykdom*. Pobrano 18 stycznia 2025 z <https://www.fhi>



.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/selv mord-i-norge/?term=#datagrunnlag-og-ordforklaringer.

Folkehelseinstituttet. (2024f). *Forekomst av psykiske lidelser hos voksne*. Pobrano 2024, 2 grudnia z https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/?utm_source=chatgpt.com&term=#forekomst-av-psykiske-lidelser

Friberg, J. H., Golden, A. (2014). Norges største innvandrergroupe: Historien om migrasjon fra Polen til Norge og om andrespråkskorpuset ASK. *NOA. Norsk som andrespråk*, 30(2), 11–23.

Główny Urząd Statystyczny. (2021a). *Informacje o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji Polski w latach 2004-2020*. Pobrano z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosci/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-czasowej-emigracji-z-polski-w-latach-2004-2020,2,14.html> (24.07.2024).

Główny Urząd Statystyczny. (2021b). *Informacje o rozmiarach i kierunkach czasowej emigracji Polski w latach 2004-2020*. Pobrano 7 sierpnia z <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/migracje-zagraniczne-ludnosci/informacja-o-rozmiarach-i-kierunkach-czasowej-emigracji-z-polski-w-latach-2004-2020,2,14.html>.

Główny Urząd Statystyczny. (2024a). *Pojęcia stosowane w statystyce publicznej*. Pobrano z <https://stat.gov.pl/metainformacje/sloownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/86,pojecie.html>.

Główny Urząd Statystyczny. (2024b). *Pojęcia stosowane w statystyce publicznej*. Pobrano z <https://stat.gov.pl/metainformacje/sloownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/117,pojecie.html?pdf=1>.

Grygorczuk, A. (2008). Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. *Psychiatria*, 28(1), 111–115.

Hansen, T. M., Skyurd, K., Gjefsen, M. H. (2023). Kvalitetsmåling av helsetjenester – Vurdering av utvalgte registerbaserte kvalitetsindikatorer for psykiske helsetjenester. *Folkehelseinstituttet, Område for Helsetjenester*. Folkehelseinstituttet.

Harasim, K. (2018). Stres w zawodach wysokiego ryzyka. *Międzynarodowe Studia Społeczno-Humanistyczne*, 28(1), 43–66.

Helse Norge. (2022). *Schizofreni*. Pobrano z <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/schizofreni/>



- Helsedirektoratet. (2017a). *Søvn og søvnvansker*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/sovn/sovn-og-sovnvansker>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Søvn og søvnvansker*.
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/sovn/sovn-og-sovnvansker>
- Helsedirektoratet. (2022). *Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet*.
Pobrano z <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-ved-opioidavhengighet>.
- Heszen-Niejodek, I. (1997). Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje. *Czasopismo Psychologiczne*, 3, 7–22.
- Hobfoll, S. (2006). *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- International Health Conference. (1948). *WHO Constitution*. World Health Organization.
- International Health Conference. (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding*. New Hope.
- Janicki, W. (2007). Przegląd teorii migracji ludności. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio B, Geographia, Geologia, Mineralogia et Petrographia*, 62(1), 285–304.
- Jaskułowski, K., Pawlak, M. (2016). Główne teorie migracji międzynarodowych: przegląd, krytyka, perspektywy. *Sprawy Narodowościowe*, 48, 129.
- Jeszka, M. A. (2013). Problemy badawcze. *Organizacja i Kierowanie*, 158, 31–39.
- John-Borys, M. (2002). *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Jurczak, D. (2012). Migracja legalna i nielegalna we współczesnej Polsce. *Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne*, 1(3).
- Kaczmarek, A., Curyło-Sikora, P. (2016). Problematyka stresu – przegląd koncepcji. *Hygeia Public Health*, 51(4), 317–321.
- Kasperek-Golimowska, E. (2015) (b.d.). O różnych ujęciach zdrowia psychicznego. W K. Waszyńska & M. Filipak (Red.), *Współczesne konteksty psychoterapii i socjoterapii* –

- wybrane zagadnienia z teorii praktyki (s.151-164). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Kokocińska A. (b.d.). *Doraźna pomoc psom w sytuacjach stresowych*. Pobrano 20 stycznia 2024 z <https://ethoplanet.com/blog/dorazna-pomoc-psom-w-sytuacjach-stresowych/>
- Komisja Europejska. (2024). *Statistics on migratio to Europe*. Pobrano 2024, 9 lipca z https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe_en?prefLang=pl#migracja-do-ue-i-z-ue
- Koprowicz, A. (2017). Style radzenia sobie ze stresem a stosunek do przeszłości u rodziców osób z niepełnosprawnością intelektualną. *Człowiek - Niepełnosprawność - Społeczeństwo*, 1(35), 51–61.
- Korzeniowski, L., Pużyński, S. (1986). *Encyklopedyczny słownik psychiatrii* (wyd. III), PZWL.
- Krawczyk, P., Świącicki, Ł. (2020). ICD-11 vs. ICD-10 – a review of updates and novelties introduced in the latest version of the WHO International Classification of Diseases. *Psychiatria Polska*, 54, 7–20.
- Łosiak, W. (2008). *Psychologia stresu*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Łukowski, W., Nadolska, A. (2015). *Migration and transnationalism between Poland and Norway: A quantitative and qualitative study*. Uniwersytet Jagielloński.
- Mackiewicz, K., Szopa, J., Ulfik, A. (2014). *Stres organizacyjny i metody radzenia sobie z nim w świetle analizy pogładowej*. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego w Katowicach.
- Malik, M. (2006). Rozumienie zdrowia i jego związek z edukacją. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis*, 25, 9–17.
- Modrzyński, R. (2023). Disorders due to substance use in ICD-11. Changes in clinical diagnosis. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 22(4), 248–252.
- Mroczkowska, D., Białkowska, J. (2014). Style radzenia sobie ze stresem jako zmienne determinujące jakość życia młodych dorosłych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(3), 265–269.



- Mrozowicz, K. (2013). *Czynnik ludzki w górskim pogotowiu ratunkowym*. Wydawnictwo Państwowej Wyższej Szkoły Techniczno-Ekonomicznej im. ks. Bronisława Markiewicza.
- Murawiec, S. (2021). Zaburzenia lękowe: epidemiologia, geneza, różnicowanie, lęk czy depresja. W: M. Anczewska, S. Murawiec, A. Samochowiec, J. Samochowiec, D. Dudek, K. Cyranka, I. Kupka-Matuszczyk, M. Jarema (Red.), *Depresja i zaburzenia lękowe: Rozpoznanie i leczenie* (wyd. 1, s. 33–74). Patrycja Ziętek.
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. (2022). *Statistikk om selvmord i Norge 2022*. Universitetet i Oslo, Klinisk medisin.
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. (2023). *Fakta om selvmord*. Universitetet i Oslo, Klinmed.
- NHI. (b.d.). *Prognosen ved schizofreni*. Pobrano 17 stycznia 2025 z <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/schizofreni/schizofreni-prognose>
- Norwegian Institute of Public Health. (2018). *Public Health Report – short version: Health Status in Norway 2018*. Norwegian Institute of Public Health, Division of Mental and Physical Health, Department of Health and Inequality.
- Norwegian Ministry of Foreign Affairs. (2018). *Norge tillater dobbelt statsborger fra og med 1. januar 2020*. Pobrano 12 lipca 2024 z <https://www.norway.no/de/switzerland/for-nordmenn/aktuelles/dobbelt-statsborgerskap-vil-bli-lov-i-norge/>.
- Nowak, M. (2012). Główne źródła stresu u zagranicznych studentów uczestniczących w programie Erasmus na Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu. *Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinensis*, 67, 61-72.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). *Osobowość, stres a zdrowie*. Difin.
- Our World in Data. (2024). *Mental illnesses prevalence, Norway, 2021*. Pobrano z <https://ourworldindata.org/grapher/mental-illnesses-prevalence?country=~NOR>
- Parnowski, T. (2019). Zdrowie psychiczne – granice niewiadomego. *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, 208, 143–160.
- Pawlak-Kałużyńska, A. (2022). Życie i praca za granicą w zdrowiu i w chorobie. *Władza Sądzenia*, 23, 32-48.



- Pohorecka, A., Jelonkiewicz, I. (1995). Picie alkoholu a poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem u młodzieży kończącej szkołę średnią. *Alkoholizm i Narkomania*, 1, 43–57.
- Przytuła, S. (2017). *Migracje międzynarodowe i ekspatriacja. Perspektywa indywidualna, organizacyjna, społeczno-kulturowa*. Difin.
- PWN. (b.d. a). *Słownik języka polskiego*. Pobrano 2024, 7 lipca z <https://sjp.pwn.pl/slowniki/reemigracja>.
- PWN. (b.d. b). *Słownik języka polskiego*. Pobrano 2024, 8 lipca z <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/Deportacja.html>.
- PWN. (b.d. c). *Słownik języka polskiego*. Pobrano 2024, 8 lipca z <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/repatriacja.html>.
- PWN. (b.d. d). *Holistyczne podejście do zdrowia*. Pobrano 2024, 2 grudnia z <https://psychologia.pwn.pl/artukul/holistyczne-podejscie-do-zdrowia-62913012a1e811d3c6b83b2c>.
- Rowiecki, M., Kulmatycki, L. (2017). Strategie radzenia sobie ze stresem u mężczyzn uprawiających narciarstwo ekstremalne. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie*, 2, 99–111.
- Rymarczyk, J. (2010). *Międzynarodowe stosunki gospodarcze*. PWE.
- Serwis Rzeczypospolitej Polskiej. (2024, 2 grudnia). *Serwis Rzeczypospolitej Polskiej*. Pobrano 3 grudnia 2024 z https://www.gov.pl/web/zdrowie/wdrozenia-icd-11?utm_source=chatgpt.com
- Stachowicz, K., Domin, H., Szewczyk, B. (2022). Stres jako zagrożenie środowiskowe – jak sobie z nim radzić. *Wszelświat*, 6, 38–45.
- Statistics Norway. (2021). *Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre*. Pobrano 12 lipca 2024 z <https://www.ssb.no/statbank/table/05183/>).
- Statistics Norway. (2024). *Innvandrere og norskfødte med innvandrereforeldre*. Pobrano 14 lipca 2024 z <https://www.ssb.no/statbank/table/05183/>).
- Statistisk Sentralbyrå. (b.d.). *Statistisk Sentralbyrå – Statistics Norway*. Pobrano 18 listopada 2024 z <https://www.ssb.no/statbank/table/14448/tableViewLayout1/>.



- Stęпка, E., Basińska, M. A. (2014). Zmęczenie przewlekłe, strategie radzenia sobie ze stresem w pracy u funkcjonariuszy Policji. *Medycyna Pracy*, 65(2), 229–238.
- Stokke, O. M., Karttinen, E., Aarre Halvorsen, C., Vinter, C., Skogli, E. (2022). *Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser*. Menon Economics.
- Strelau, J. (1998). *Psychologia temperamentu*. PWN.
- Strelau, J., Jaworska, A. (2005). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Trudnych (CISS)*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Sygit-Kowalkowska, E. (2014). Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka – perspektywa psychologiczna. *Hygeia Public Health*, 49(2), 202–208.
- Szczepaniak, P., Strelau, J., Wrześniewski, K. (1996). Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przegląd Psychologiczny*, 39(1), 187–210.
- Szczukiewicz, P., Olszewski, J. (2014). Podejście egzystencjalne w psychologii i psychoterapii – możliwości i ograniczenia. *Horyzonty Psychologii*, 4, 103–118.
- Tadeusz, P. (2019). Zdrowie psychiczne – granice niewiadomego. *Językowe, prawne i dydaktyczne aspekty porozumiewania się z pacjentem*, Polska Akademia Nauk, 143–160.
- Terelak, J. (2006). *Stres zawodowy: Charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- Terelak, J. F. (2008). *Człowiek i stres. Koncepcje – źródła – reakcje – radzenie sobie – modyfikatory*. Oficyna Wydawnicza BRANTA.
- Tokarski, J. (1980). *Słownik wyrazów obcych*. PWN.
- Ustawa z dnia 29 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. (1994) (Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535). Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej. Warszawa: Kancelaria Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.
- Wierzejska, J. (2018). Problemy zawodowe polskich emigrantów a sposoby radzenia sobie ze stresem. *Problemy profesjologii*, 1, 191–205.
- World Bank Group. (b.d.). *worldbank.org*. Pobrano 16 grudnia 2024 z <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=NO>.



- World Health Organization. (1948). *Constitution of the World Health Organization*.
- World Health Organization. (2009). *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja*. Światowa Organizacja Zdrowia.
- World Health Organization. (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*.
World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *WHO*. Pobrano 4 lutego 2025 z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization. (2024). *Suicide*. Pobrano 18 stycznia 2025 z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide/>
- World Health Organization. (b.d.). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. Pobrano z <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
- Woynarowska, B. (2007). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wróblewska, V. (2013). Źródła stresu w pracy zawodowej menedżerów. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach*, 98, 305–317.
- Wrześniewski, K. (1996). Style a strategie radzenie sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W R. Z. Heszen-Niejodek (red.), *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne* (s. 44–64). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Zawadzka, A. S., Czarkowska, L. D., Grajewska-Kurda, M. (2017). Charakterystyka wybranych zaburzeń psychicznych – praktyczny przewodnik dla coachów. *Coaching Review*, 1(9), 106–128.
- Zintegrowana Platforma Edukacyjna Ministerstwa Edukacji Narodowej. (b.d.). *Migracje i ich formy*, Pobrano 08 lipca 2024 z lokalizacji <https://zpe.gov.pl/a/przeczytaj/D10e2y1E1>.



Spis tabel

Tabela 1 Szacunek emigracji z Polski na pobyt czasowy w latach 2004-2020 (liczba osób przebywających zagranicą do końca roku)	9
Tabela 2 Imigranci w Norwegii w 1970 roku (pierwsze 10 państw)	16
Tabela 3 Imigranci i osoby urodzone w Norwegii z rodzicami imigrantami.....	17
Tabela 4 Polacy, którzy uzyskali obywatelstwo norweskie w latach 2020-2023	19
Tabela 5 Wykaz definicji zdrowia psychicznego	46
Tabela 6 Podstawowe modele zdrowia psychicznego	50
Tabela 7 Diagnoza zaburzeń psychicznych na podstawie wywiadu strukturalnego.....	53
Tabela 8 Stopnie nasilenia zaburzeń według systemu DSM.....	83
Tabela 9 Mieszkanie z rodziną w Norwegii (N = 100)	102
Tabela 10 Statystyki opisowe: średnia (M), mediana (Me), odchylenie standardowe (SD), wartość minimalna (MIN), wartość maksymalna (MAX) dla czasu zamieszkania w Norwegii (N = 100)	102
Tabela 11 Statystyki opisowe: średnia (M), mediana (Me), odchylenie standardowe (SD), wartość minimalna (MIN), wartość maksymalna (MAX), skośność (As), kurtoza (Kr) dla stylów radzenia sobie ze stresem mierzonych Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacja Stresowych (CISS) wśród badanych (N = 100).....	108
Tabela 12 Statystyki opisowe: średnia (M), mediana (Me), odchylenie standardowe (SD), wartość minimalna (MIN), wartość maksymalna (MAX), skośność (As), kurtoza (Kr) dla poziomu stresu mierzonego Kwestionariuszem Poczucia Stresu (KPS) wśród badanych (N = 100)	110
Tabela 13 Statystyki opisowe: średnia (M), mediana (Me), odchylenie standardowe (SD), wartość minimalna (MIN), wartość maksymalna (MAX), skośność (As), kurtoza (Kr) dla stanu zdrowia psychicznego mierzonego Kwestionariuszem Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28) wśród badanych (N = 100)	112
Tabela 14 Wyniki korelacji pomiędzy poziomem stresu a zdrowiem psychicznym badanych (N = 100).....	113
Tabela 15 Wyniki korelacji pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a zdrowiem psychicznym badanych (N = 100).....	115
Tabela 16 Porównanie poziomu odczuwanego stresu mierzonego Kwestionariuszem Poczucia Stresu (KPS) wśród kobiet i mężczyzn (N = 100).....	117



Tabela 17 Porównanie stylów radzenia sobie ze stresem mierzonych Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacja Stresowych (CISS) wśród kobiet i mężczyzn (N = 100).....	118
Tabela 18 Porównanie poziomu zdrowia psychicznego mierzonego Kwestionariuszem Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28) wśród kobiet i mężczyzn (N = 100).....	119
Tabela 19 Porównanie poziomu odczuwanego stresu mierzonego Kwestionariuszem Poczucia Stresu (KPS) wśród kobiet będących w związkach formalnych i nieformalnych (N = 45).....	120
Tabela 20 Porównanie poziomu zdrowia psychicznego mierzonego Kwestionariuszem Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28) wśród kobiet będących w związkach formalnych i nieformalnych (N = 45).....	121
Tabela 21 Porównanie stylów radzenia sobie ze stresem mierzonych Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacja Stresowych (CISS) wśród mężczyzn mieszkających w Norwegii z rodzinami i tych co mieszkają bez rodzin (N = 35).....	122
Tabela 22 Porównanie poziomu odczuwanego stresu mierzonego Kwestionariuszem Poczucia Stresu (KPS) wśród mężczyzn mieszkających w Norwegii z rodzinami i tych co mieszkają bez rodzin (N= 35).....	123
Tabela 23 Porównanie poziomu zdrowia psychicznego mierzonego Kwestionariuszem Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28) wśród mężczyzn mieszkających w Norwegii z rodzinami i tych co mieszkają bez rodzin (N = 35).....	124
Tabela 24 Porównanie stylów radzenia sobie ze stresem mierzonych Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacja Stresowych (CISS) wśród kobiet posiadających dzieci i tych co dzieci nie posiadają (N = 50).....	125
Tabela 25 Porównanie stylów radzenia sobie ze stresem mierzonych Kwestionariuszem Radzenia Sobie w Sytuacja Stresowych (CISS) wśród osób mających pracę stałą i pozostałych (N = 100).....	126
Tabela 26 Porównanie poziomu odczuwanego stresu mierzonego Kwestionariuszem Poczucia Stresu (KPS) wśród osób mających pracę stałą i pozostałych (N = 100).....	127
Tabela 27 Porównanie poziomu zdrowia psychicznego mierzonego Kwestionariuszem Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28) wśród osób mających pracę stałą i pozostałych (N = 100).....	128



Spis rysunków

Rysunek 1 Stadia ogólnego zespołu adaptacyjnego.....	25
Rysunek 2 Oddziaływanie stresu na zdrowie.....	27
Rysunek 3 Koncepcja stresu Lazarusa	29
Rysunek 4 Holistyczny model zdrowia.....	49
Rysunek 5 Odsetek występowania zaburzeń psychicznych wśród imigrantów.....	56
Rysunek 6 Symptomy występowania zaburzeń lękowych.....	61
Rysunek 7 Symptomy depresji u kobiet i mężczyzn przedstawione przez HUNT.....	64
Rysunek 8 Spożywanie alkoholu raz w tygodniu rzadziej.....	69
Rysunek 9 Spożywanie 1-6 jednostek alkoholu w ciągu tygodnia.	70
Rysunek 10 Codziennie lub prawie codziennie używanie leków nasennych na receptę w Norwegii.....	71
Rysunek 11 Odsetek osób, które używały leków nasennych na receptę w ciągu ostatnich 12 miesięcy.....	72
Rysunek 12 Odsetek osób, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy używały leków uspokajających na receptę.	73
Rysunek 13 Używanie leków przeciwbólowych na receptę w ciągu 12 ostatnich miesięcy.....	74
Rysunek 14 Odsetek stosowania leków przeciwbólowych na co receptę codziennie lub prawie codziennie.....	75
Rysunek 15 Odsetek osób, które kiedykolwiek używała kanabinoidów	76
Rysunek 16 Ogół mężczyzn, którzy kiedykolwiek używanie kanabinoidy	77
Rysunek 17 Odsetek kobiet, które kiedykolwiek używały kanabinoidów.....	77
Rysunek 18 Używanie Kanabinoidy w ciągu ostatnich 12 miesięcy	78
Rysunek 19 Struktura wieku ankietowanych (N = 100)	98
Rysunek 20 Struktura wykształcenia ankietowanych (N = 100)	99
Rysunek 21 Miejsce zamieszkania ankietowanych (N = 100).....	99
Rysunek 22 Zawód wykonywany przez ankietowanych (N = 100).....	100
Rysunek 23 Obywatelstwo ankietowanych (N = 100).....	100
Rysunek 24 Stan cywilny ankietowanych (N = 100)	101
Rysunek 25 Posiadanie dzieci przez ankietowanych (N = 100)	101
Rysunek 26 Praca zawodowa ankietowanych (N = 100)	103
Rysunek 27 Rodzaj zatrudnienia ankietowanych (N = 100).....	103



Rysunek 28 Wykonywanie pracy zgodnie z posiadanym wykształceniem przez ankietowanych (N = 100).....	104
Rysunek 29 Znajomość języka norweskiego przez ankietowanych (N = 100).....	104
Rysunek 30 Znajomość języka angielskiego przez ankietowanych (N = 100).....	105



Spis wykresów

Wykres 1 Legalna oraz nielegalna migracja w latach 2013 – 2023	10
Wykres 2 Imigracja Polaków do Norwegii w latach 1970 – 2024.....	18
Wykres 3 Imigracja Polaków do Norwegii w latach 1970-2024 względem płci.....	18
Wykres 4 Szacunkowa liczba osób w Norwegii z zaburzeniami odżywiania, podział według diagnozy i płci.	84
Wykres 5 Samobójstwo w latach 1970-2023 z podziałem na płeć	88
Wykres 6 Samobójstwa kobiet z podziałem na wiek	90
Wykres 7 Samobójstwa mężczyzn z podziałem na wiek	90
Wykres 8 Samobójstwa wśród mężczyzn według sposobu śmierci. Procentowy rozkład 2022 r.....	91
Wykres 9 Samobójstwa wśród kobiet według sposobu śmierci. Rozkład procentowy w 2022 r.....	92

