

LATVIJAS UNIVERSITĀTE
PEDAGOĢIJAS, PSIHOLOĢIJAS UN MĀKSLAS
FAKULTĀTE PSIHOLOĢIJAS NODAĻA

**STRESA PĀRVARĒŠANAS STRATĒGIJAS SAISTĪBĀ AR VESELĪBAS UZVEDĪBU
STUDENTIEM**

BAKALAURA DARBS

Autors: **Una Dalbiņa**
Studenta apliecības Nr.: UD14003
Darba vadītājs: Doc., Dr. psych. Anda Upmane

RĪGA 2018

ANOTĀCIJA

Pētījuma mērķis bija izpētīt, kādas ir saistības starp stresa pārvarēšanas stratēģijām un veselības uzvedību studentiem. Datu ievākšanai tika izmantotas 3 aptaujas: Stresa pārvarēšanas stratēģiju aptauja (The Coping Orientation of Problem Experience /COPE/ Inventory, Carver, Scheier, & Weintraub, 1989, Petrovas, 2009, un Knipšes, 2010 adaptācijā latviešu valodā); Veselības pašnovērtējuma aptauja (Picalcelma, 2011) un Multidimensionālā veselības uzvedības aptauja (Multidimensional Health Behaviors Questionnaire, Burgan, 2011, adaptējusi Annija Mitrevica, 2016). Pētījumā piedalījās 81 respondents (63 sievietes un 18 vīrieši) vecumā no 18 līdz 49 gadiem ($M=25,26$; $SD=6,25$).

Pētījuma rezultāti uzrāda, ka pastāv saistības starp uz emocijām orientētām stratēģijām ar veselīga uztura paradumiem, veselības uzturēšanas paradumiem un ar medikamentu un alkohola (ne) lietošanas paradumiem. Pastāv arī pozitīvas saistības starp uz problēmu orientētām stratēģijām un medikamentu un alkohola (ne) lietošanas paradumiem. Izvairīšanās stratēģijas negatīvi korelē ar medikamentu un alkohola (ne) lietošanas paradumiem.

Atslēgas vārdi: stresa pārvarēšanas stratēģijas, veselība, pašnovērtētā veselība, veselības uzvedība.

ABSTRACT

The purpose of research was to find out what are connections between coping strategies and health behaviors in students group. 3 scales were used to collect data: *The Coping Orientation of Problem Experience / COPE/ Inventory* (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989, scale adapted in Latvia by Petrova in 2009 and Knipše in 2010); *Health self-assessment questionnaire* (made by Picalcelma in 2011) and *Multidimensional Health Behaviors Questionnaire* (Burgan, 2011, scale adapted in Latvia by Annija Mitrevica in 2016). 81 respondents (63 female and 18 male) between age of 18 and 49 ($M = 25.26$; $SD = 6.25$) completed the inventories.

The results of the research show that there are significant correlations between emotionally oriented strategies and nutrition behaviors, maintenance behaviors and drug - related behaviors. There is also a positive correlation between problem oriented strategies and drug – related behaviors. Avoiding strategies negatively correlate with drug – related behaviors.

Keywords: coping strategies, health, self-assessed health, health behavior.

SATURS

Anotācija	2
Abstract.....	3
Ievads	5
Stresa pārvarēšanas stratēģijas.....	7
Veselība un veselības uzvedība	11
Stresa pārvarēšanas stratēģijas saistībā ar veselības uzvedību	14
Pētījuma metode.....	19
Rezultāti.....	21
Diskusija.....	23
Secinājumi	26
Izmantotās literatūras saraksts	27

IEVADS

Mūsdienās cilvēki uz katra soļa izjūt stresa radīto spiedienu un tā atstātās sekas. Katrs indivīds izvēlas ar stresu cīnīties sev izdevīgā veidā, lai pēc iespējas vairāk samazinātu tā izraisītās trauksmes līmeni, tomēr jāpiebilst, ka dažas stresa pārvarēšanas stratēģijas ir efektīvas un dažas nav. Temats šobrīd ir ļoti aktuāls, jo ikviens izjūt stresa klātbūtni un cenšas to pārvarēt, lai varētu justies komfortabli un stress neatstātu nekādas sekas uz veselību.

Bakalaura darbā tiks analizētās teorijas par stresa pārvarēšanas stratēģijām, kuras nosacīti iedala 2 tipos: uz emocijām vērsta stratēģijas un uz problēmu vērsta stratēģijas. Uz emocijām vērsta stratēģija ir mērķēta uz emocionālā stresa kontrolēšanu saistībā ar situāciju, bet uz problēmu vērsta stratēģija ir mērķēta uz stresa avota problēmu risināšanu (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Veselība ietver labu fizisko stāvokli; slimības trūkumu; un spēcīgu spēju darboties sociāli, emocionāli un intelektuāli kādā konstruktīvi sociālā lomā (Johnson, Corley, Starr & Deary, 2011). Veselības uzvedība ietver sevī reālo rīcību, pārliecības, cerības, afektīvus un emocionālus stāvokļus, rakstura īpašības un uzvedības modeļus, kuru mērķis ir veselības uzlabošana, saglabāšana vai atjaunošana (Gochman, 1997,3). Tā arī iekļauj darbības, kas var radīt risku cilvēka veselībai, piemēram, smēķēšana, alkohola lietošana, seksuālā uzvedība un citi kaitīgi ieradumi (Wallston, Wallston, Smith & Dobbins, 1987). Lielākā daļa pētījumu ir pārbaudījuši hipotēzi, ka stress sociālajā vidē veicina somatisko distresu, atstājot negatīvu ietekmi uz veselību (DeLongis, Folkman, & Lazarus, 1988; Walker, Garber, Smith, Van Slyke, & Claar, 2001).

Pētījuma mērķis:

Noskaidrot, vai pastāv saistības starp stresa pārvarēšanas stratēģijām un veselības uzvedību studentu vidū.

Pētījuma jautājums:

Kādas ir saistības starp stresa pārvarēšanas stratēģijām un veselības uzvedību?

Pētījuma mainīgie lielumi:

Stresa pārvarēšanas stratēģijas, veselība, veselības uzvedība.

Pētījuma izlase:

81 respondents (63 sievietes un 18 vīrieši) vecumā no 18 līdz 49 gadiem.

Pētījuma dizains un datu ievākšanas metode:

Aptaujas respondentiem tiks iesniegtas elektroniski, trīs aptaujas kopā vienā aptaujāšanas reizē:

1. Stresa pārvarēšanas stratēģiju aptauju (The Cope Inventory, Carver, Scheick & Weintraub, 1989). Latvijā aptauju adaptējusi Knipše, 2010.
2. Veselības pašnovērtējuma aptauju (Izveidoja Picalcelma,2011).
3. Multidimensionālā veselības uzvedības aptauja (Multidimensional Health Behaviors Questionnaire, Burgan, 2011). Latvijā aptauju adaptējusi Mitrevica, 2016.

Bakalaura darbs sastāv no anotācijas, ievada, teorētiskās daļas, pētījuma metodes, rezultātiem, diskusijas, secinājumiem un izmantotās literatūras saraksta. Teorētiskā daļa sastāv no stresa pārvarēšanas stratēģiju skaidrojuma un apraksta, veselības, veselības uzvedības izklāsta un informāciju par stresa pārvarēšanas stratēģijām saistībā ar veselības uzvedību. Bakalaura darba apjoms ir 32 lappuses. Darbā izmantots 57 literatūras avoti.

STRESA PĀRVARĒŠANAS STRATĒGIJAS

Vēsturiski stresa pārvarēšana ir apskatīta, galvenokārt, kā atbildes reakcija uz emocijām. Ik reizi, kad indivīds nonāk jaunā, sev neierastā vidē, rodas dažādas emocijas kā atbildes reakcija uz situāciju. Emocijas var atspoguļoties kā aizsargreakcija, no kā var izrietēt stress. (Folkman & Lazarus, 1988).

Stresu kā jēdzienu viens no pirmajiem sāka pētīt Selje (Selye, 1956, kā minēts Haslam, 2004). Selje arī bija autors modelim, kas apskata organisma reakciju uz stresoru jeb - *vispārējās adaptācijas sindromam*. Šis sindroms sastāv no trim stadijām- trauksmes, pretestības un izsīkuma. Tomēr tas ir pārlietu nepsiholoģisks un nekontekstuāls, lai to veiksmīgi izmantotu pētījumos (Auziņa, 2012).

Stresa pārvarēšana ir definēta kā indivīda patstāvīgi centieni mainīt kognitīvos un biheiviorālos centienus pārvaldīt kādu konkrētu ārējo un/vai iekšējo prasību, kas tiek novērtēta kā personas resursus izsīkšana (Lazarus & Folkman, 1984b, kā minēts Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986).

Pastāv viedoklis, ka ikdienā grūtību pārvarēšanā cilvēki parasti izmanto vienas un tās pašas sev raksturīgās stratēģijas. Sastopoties ar potenciālu apdraudējumu, vieni cenšas iegūt pēc iespējas vairāk informācijas, tādā veidā tuvinoties problēmai un vairojot savu kontroles izjūtu pār to, savukārt citi apzināti izvairās no informācijas, tādā veidā pasargājot sevi no satraukuma. (Miller, 1987, kā minēts Mārtinsone & Miltuze, 2015).

Iepriekš praktizētie stresa pārvarēšanas uzvedības stili var palīdzēt samazināt gaidāmā stresa iznākumu, veidojot resursus, kas minimizētu novērtējumu un rezultātus saistībā ar stresa notikumiem. Tādējādi īpaši stresa pārvarēšanas centieni var noteikt tuvākus rezultātus un citi stresa pārvarēšanas stili var noteikt vairāk attālus iznākumus, jo īpaši saistībā ar periodisku un/vai hronisku stresu. (Ngamake, Raveepatarakul & Walch, 2016).

Stresa pārvarēšanai ir divas plaši atzītas galvenās funkcijas: strespilno emociju regulēšana (uz emocijām orientēta stresa pārvarēšana) un pārveidojot traucētās personas – vides attiecības, kas izraisa stresu (uz problēmu orientētas stresa pārvarēšana) (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986). Iepriekšējie pētījumi (e.g., Folkman & Lazarus, 1980, 1985) liecina, ka cilvēki izmanto abus stresa pārvarēšanas veidus gandrīz katrā no stresa situācijām (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986).

Lai varētu izpētīt stresa pārvarēšanas stratēģijas, Lazarus un viņa kolēģi izveidoja mērījumu „Ways of Coping”. (Folkman & Lazarus, 1980 kā minēts Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Mērījums sastāv no vairākiem apgalvojumiem, kuri katrs apzīmē kādu stresa pārvarēšanas darbību, kuru respondents kādreiz ir pielietojis. Dalībnieki aizpilda

mērījumu, pieliekot katram apgalvojumam atzīmējuma punktu no 0 līdz 3, kur 0 – nekad neesmu izmantojis un 3 – bieži izmantoju.

No šīs mērījuma skalas tiek iegūtas divas galvenās stresa pārvarēšanas stratēģijas:

- pirmā, uz problēmu vērsta stratēģija, kas ir mērķēta uz stresa avota problēmu risināšanu,

- otrā, uz emocijām vērsta stratēģija, kura ir mērķēta uz emocionālā stresa kontrolēšanu saistībā ar situāciju (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Toties Karvers, Šeiers, Veintraubs izveidoja skalu „COPE”, ar kuru var noteikt kādas stresa pārvarēšanas stratēģijas cilvēki izmanto, kā tiek galā ar stresu un kādas stratēģijas izmanto visbiežāk (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Mērījums sastāv no vairākiem apgalvojumiem, kas iedalīti vairākās apakšgrupās, piemēram, plānošana, sociālā atbalsta meklēšana emocionālu iemeslu dēļ u.t.t. Mērījums tika veikts skalā no 1 līdz 4, kur 1 apzīmē „Es parasti tā nedaru”, un 4 apzīmē „Es bieži tā daru”. Salīdzinājumā ar Lazarus izstrādāto mērījumu „Ways of Coping” (Folkman & Lazarus, 1980), Karvera, Šeiera, Veintrauba izveidotais mērījums ir vairāk fokusēts uz stresa pārvarēšanas stratēģijām un to dažādību.

Kā jau iepriekš tika minēts, „Ways of Coping” mērījuma skalas rezultātus varēja iedalīt divās stratēģijas grupās: uz emocijām vērsta un uz problēmu vērsta grupā. Karvera, Šeiera, Veintrauba mērījuma skalā šīs grupas tiek iedalītas vēl sīkāk, kā, piemēram, aktīvās stratēģijas, plānošana, sociālā atbalsta meklēšana instrumentālu iemeslu dēļ un sociāla atbalsta meklēšana emocionālu iemeslu dēļ. „COPE” mērījuma skalā tika ņemts vērā tas, ka cilvēki ir dažādi, tāpēc tajā arī tika iedalītas personību dispozīcijās, piemēram, optimistiem ir labvēlīgas cerības saistībā ar savu nākotni; optimismu vajadzētu saistīt ar aktīvu stresa pārvarēšanas centieniem un sasniegt labāko ar ko ir saskāries. Pesimistiem, turpretī, ir nelabvēlīgas prognozes saistībā ar nākotni (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Lai gan lielākā daļa stresoru izraisa abus pārvarēšanas veidus, uz problēmu vērstai stratēģijai ir tendence dominēt, kad cilvēki jūt, ka var tikt veikts kaut kas konstruktīvs, bet uz emocijām vērsta stratēģija dominē, kad cilvēki jūt, ka stressors ir kaut kas tāds, kam noteikti ir jātiek pāri (Folkman & Lazarus, 1980, kā minēts Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Lazarus un Folkmane uzsver, ka kontrolējamās situācijās cilvēki biežāk izmanto uz problēmu vērsta stresa pārvarēšanas stratēģijas, savukārt situācijās, kuras nav iespējams tieši ietekmēt, biežāk izmanto uz emocijām vērsta stresa pārvarēšanas stratēģijas. (Lazarus & Folkman, 1984).

Pētījumi liecina, ka stresa pārvarēšanas tips atšķiras atkarībā no tā, kas bija „likts uz spēles” (primārā vērtēšana) un kādas bija stresa pārvarēšanas iespējas (sekundārā vērtēšana).

Piemēram, kad cilvēki jūt, ka viņu pašcieņa varētu tikt apdraudēta, viņi izmanto vairāk uz emocijām vērstu stresa pārvarēšanas stratēģiju, paškontroli, izvairīšanos un uzņemties lielāku atbildību, nekā tad, kad pašcieņa nebija apdraudēta; ja mērķis darbā ir apdraudēts, viņi izmanto vairāk uz problēmu vērstu risināšanu nekā tad, kad šis viss netika apdraudēts (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986).

Folkmane un Lazarus (Folkman & Lazarus, 1980) atklāja, ka saskaroties, aptuveni, ar 13 stresa pilnām situācijām, cilvēku rīcība katrā no tām bija vairāk mainīgāka nekā stabila; izmantoja gan uz problēmu, gan uz emocijām vērsta stresa pārvarēšanas stratēģijas. Vēlākās šo datu analīzēs tika konstatēts, ka cilvēki vairāk pielieto kādas noteiktas stresa pārvarēšanas stratēģijas nekā citas, piemēram, pozitīvu domāšanu un pozitīvu pārvērtēšanu pielieto vairāk nekā, piemēram, sevis vainošanu (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986).

Stresa pārvarēšanu mēdz uztvert vai nu kā izvairīšanos, vai aizsardzības procesu. Tādas stresa pārvarēšanas stratēģijas kā, piemēram, noliegšana vai problēmas ignorēšana ir pieskaitāma pie izvairīšanās uzvedības, bet tāda stresa pārvarēšanas stratēģija kā uzbrukums, ir pieskaitāms pie aizsardzības procesa. (Folkman & Lazarus, 1988).

Dažas uz emociju vērsta stratēģijas atbildes reakcijas ietver noliegumu, citas pozitīvu notikumu interpretāciju, un tomēr, citas ietver sociālā atbalsta meklēšanu. Šie atbilžu veidi ir ļoti atšķirīgi, viens no otra un viņi var atstāt dažādu iespaidu uz veiksmīgu indivīda stresa pārvarēšanu (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Uz emocijām vērsta stresa pārvarēšanas stratēģija ietver distancēšanos, paškontroli, sociālo atbalstu meklējumus, izvairīšanos, pieņemt atbildību un pozitīvu pārvērtēšanu (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986).

Uz problēmu vērsta stresa pārvarēšanas stratēģija ietver agresīvus starp personu centienus mainīt situāciju, kā arī mierīgus, racionālus, nopietnus centienus, lai varētu problēmu atrisināt (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986).

Kārvers ar kolēģiem uzskata, ka nopietnāku pārbaudi arī ir pelnījusi uz problēmu vērsta stresa pārvarēšanas stratēģija (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). No pirmā acu uzmetiena, uz problēmu vērsta stratēģija var tikt izmantota vairākās atšķirīgās darbībās: plānošanā, uzņemties konkrētu darbību, meklēt palīdzību, atsijāt citas darbības, un dažreiz, pat piespiežot sevi nogaidīt, pirms rīkoties. Tomēr, lai šos aspektus varētu izdalīt atsevišķi, ir nepieciešams tos atsevišķi mērīt (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

Apkopojot literatūru, var secināt, ka stresa pārvarēšanai ir divas galvenās funkcijas, pirmkārt, strespilno emociju regulēšana – uz emocijām vērsta stresa pārvarēšanas stratēģija, otrkārt, pārveidot traucētās personas un vides attiecības – uz problēmu vērsta stresa pārvarēšanas stratēģija.

Pētījumi liecina, ka cilvēki izmanto abus stresa pārvarēšanas veidus katrā no stresa pārvarēšanas situācijām, tomēr uz problēmu vērstai stresa pārvarēšanas stratēģijai ir tendence dominēt. Kontrolējamās situācijās cilvēki biežāk izmanto uz problēmu vērstas stresa pārvarēšanas stratēģijas. Situācijās, kuras nav iespējams tieši kontrolēt – izmanto uz emocijām vērstas stresa pārvarēšanas stratēģijas.

VESELĪBA UN VESELĪBAS UZVEDĪBA

Veselība

Veselība, bieži, tiek uztverta vispārīgā nozīmē, kas ietver labu fizisko stāvokli; slimības trūkumu; un spēcīgu spēju darboties sociāli, emocionāli un intelektuāli kādā konstruktīvi sociālā lomā (Johnson, Corley, Starr & Deary, 2011).

Cilvēki ar labu fizisko un garīgo veselību bieži vien ir labākā pozīcijā, lai varētu izvairīties no negatīvām situācijām (piemēram, stresa pilna vide), un regulāri to piekoptu, kas, savukārt, palīdz veicināt uzturēt labāku veselību. Turpretim, sliktā fiziskā veselība grauj savu kontroles uztveri, jo, cilvēki nav spējīgi patstāvīgi veikt ikdienas darbības (piemēram, pārtikas produktu iegādāšanās) (Drewelies, Tesch-Römer, Gerstorf, Wagner & Heckhausen, 2017).

Ir arvien vairāk pierādījumu, kas pierāda, ka vēlme veidot savus dzīves apstākļus tāds, lai cilvēks būtu spējīgs un tiktu galā ar problēmām, ir saistīti ar galvenajiem veselības, labklājības, un izzīņas rādītājiem (Drewelies, Tesch-Römer, Gerstorf, Wagner & Heckhausen, 2017).

Saskaņā ar teorētiskajiem pieņēmumiem, empīriskie dati liecina, ka labāka veselība ir patiešām saistīta ar augstāku uztverto kontroli (Caplan & Schooler, 2003; Infurna & Gerstorf, 2014;. Paquet et al, 2010).

Veselības problēmas, kā zināms, kļūst arvien biežākas, palielinoties vecumam (Baltes & Smith, 2003), tādējādi samazinot iespējas cilvēkiem īstenot kontroles mēģinājumus (Drewelies, Tesch-Römer, Gerstorf, Wagner & Heckhausen, 2017).

Veselības uzvedība

Veselības uzvedība ir definēta dažādos veidos. Piemēram, (Conner & Norman, 1996) to definē kā jebkuru darbību, kas veikta, lai novērstu vai atklātu slimības, vai uzlabotu veselību un labsajūtu. Gohmans (1997) "Veselības uzvedības pētījumu rokasgrāmatā" definē to kā "uzvedības modeļus, darbības un paradumus, kas attiecas uz veselības uzturēšanu, veselības atjaunošanu un veselības uzlabošanu". Šajā definīcijā ietvertie uzvedības veidi ietver medicīnisko pakalpojumu izmantošanu (piemēram, ārstu apmeklējumus, vakcināciju, skrīningu), atbilstību medicīniskām shēmām (piemēram, uztura, diabētiskās, antihipertensīvās terapijas shēmām) un pašpietiekamu veselības uzvedību (piemēram, diēta, fiziskā aktivitāte, smēķēšana, alkohols patēriņš). Aprakstot veselības uzvedību, parasti izdala veselības uzlabošanu no veselībai kaitējošas uzvedības. Veselību apdraudoša uzvedība kaitīgi ietekmē veselību vai citādi izraisa slimības. Šāda rīcība ietver smēķēšanu, pārmērīgu alkohola lietošanu un augstu uztura tauku patēriņu. Turpretim, iesaistīšanās veselību veicinošā

uzvedībā, sniedz labumu veselībai vai citādi aizsargā indivīdus no slimībām. Šāda uzvedība ietver fizisko aktivitāti, augļu un dārzeņu lietošanu uzturā, un prezervatīvu lietošanu, izvairoties no seksuāli transmisīvo slimību draudiem. (Conner, 2002).

Daudzos pētījumos ir aplūkotas attiecības starp veselības uzvedību un veselības rezultātiem (Blaxter 1990) un to saistības ir pierādījušas savu lomu gan saslimstības, gan mirstības ziņā. Viens no pirmajiem šādiem pētījumiem atklāja septiņas dzīvesveida pazīmes, kas saistītas ar zemāku saslimstību un ilgāku izdzīvošanu: nesmēķēt, mērens alkohola patēriņš, miegs 7-8 stundas naktī, regulāri izmantot, saglabāt vēlamo ķermeņa svaru, izvairīties no uzkodām, un regulāri ēst brokastis (Belloc & Breslow, 1972). Veselības uzvedība ietekmē arī indivīdu dzīves kvalitāti, aizkavējot hronisku slimību rašanos un aktīvo dzīves ilgumu. (Conner, 2002).

Pirmais veselības pārliecību modelis (*Health belief model*) izstrādāts pagājušā gadsimta vidū. Šis modelis paredz, ka cilvēku iesaistīšanos vai izvairīšanos no veselību veicinošām darbībām ietekmē viņu veselības pārliecības, uztvertie ieguvumi no konkrētās uzvedības, uzvedībai traucējošie faktori un pašefektivitāte. Šajā modelī ietverti četri aspekti, kas ietekmē cilvēku veselības uzvedību: uztvertais smagums, uztvertā uzņēmība, uztvertie ieguvumi un uztvertie šķēršļi. Uztvertais smagums ir indivīda subjektīvais veselības problēmas un iespējamo sekū smaguma vērtējums. Kā piemēru var minēt cilvēku, kurš saaukstēšanos uztver nopietni dēļ tā, ka slimošanas dēļ viņš kavēs darbu. Uztvertā uzņēmība skaidro indivīda subjektīvo novērtējumu par risku attīstīties veselības problēmai. Ja indivīds risku saslimt vai attīstīties veselības problēmām redz kā zemu, ticamāk, ka viņš iesaistīsies veselībai riskantā uzvedībā. Uztvertie ieguvumi ir indivīda novērtējums par to, ko viņš var iegūt iesaistoties vai neiesaistoties veselību veicinošā uzvedībā, piemēram, regulāra vakcinēšanās, lai izvairītos no saslimšanas ar ērcu encefalītu. Savukārt uztvertie šķēršļi ir viss, ko indivīds novērtē kā traucēkli veselību veicinošai uzvedībai, piemēram, izdevumi par zālēm (Janz & Becker, 1984, kā minēts Gulbis, 2016).

Plānotās uzvedības teoriju (*Theory of Planned Behavior, TPB*) izstrādāja sociālie psihologi, un to plaši izmantoja kā līdzekli, lai palīdzētu izprast uzvedību dažādību, tostarp veselības uzvedību (Ajzen, 1991; Godin & Kok 1996). TPB detalizēti skaidro, kā ietekme uz indivīdu, nosaka šīs personas lēmumu ievērot konkrētu uzvedību. TPB ietvaros uzvedības noteicošie faktori ir nodomi iesaistīties šajā uzvedībā un uztvert uzvedības kontroli (*Perceived behavioral control, PBC*) par šo rīcību. Nodomi simbolizē personas motivāciju. Saturs tiek konceptualizēts kā indivīda apzinātais plāns vai lēmums pielikt pūles, lai iesaistītos konkrētā uzvedībā. Uztvertās uzvedības kontrole ir personas izpratne, ka uzvedības izpilde ir viņa kontrolē. Mērķus nosaka trīs mainīgie. Pirmais ir attieksme, kas ir personas vispārējs

uzvedības novērtējums. Otrais ir subjektīvās normas, kas sastāv no cilvēka uzskatiem par to citi nozīmīga ir iesaistīšanās viņam/viņai šajā uzvedībā. Trešajā ir noteikts, cik lielā mērā indivīds uztver, ka uzvedība ir viņu personīgā kontrolē. Tātad, saskaņā ar TPB, lielāka iespējamība, ka indivīdi iesaistīsies veselības uzvedībā: ja uzskatīs, ka uzvedība novedīs pie konkrētiem rezultātiem, kurus novērtēs; ja uzskata, ka tuvi un svarīgi cilvēki, kuru viedokļus indivīds uztver kā vērā ņemamus, domā, ka viņam jāveic šī uzvedība; ja viņi uzskata, ka ir vajadzīgie resursi un iespējas veikt šādu uzvedību. (Conner, 2002).

Veselības uzvedība būtiski ietekmē gan dzīves kvalitāti, gan dzīves ilgumu, ietekmējot slimības iznākumu. Tomēr joprojām pastāv ievērojamas atšķirības to personu vidū, kas veic šo uzvedību. Sociālās izziņas modeļi nodrošina vienu pieeju, lai izprastu atšķirības, kas veic veselību uzvedību. Šie modeļi ir arī noderīgi, jo tie iesaka veidus, kā mainīt veselības uzvedību, lai uzlabotu veselību. Varbūt lielākais izaicinājums sociālajiem un uzvedības pētījumiem par veselības uzvedību ir pierādījums tam, ka šāda uz teoriju balstīta iejaukšanās, var radīt efektīvas un ilgstošas uzvedības izmaiņas, kas radīs reālus ieguvumus veselībai visiem cilvēkiem (Conner, 2002).

STRESA PĀRVARĒŠANAS STRATĒGIJAS SAISTĪBĀ AR VESELĪBAS UZVEDĪBU

Vairāki pētījumi liecina, ka ikdienas stress ir cieši saistīts ar sliktu garīgo un fizisko veselību. No stresa rezultatīvās sekas, piemēram, smēķēšanas, pārmērīga alkohola lietošanas, un mazkustīgs dzīvesveids (Holt-Lunstad et al., 2010), veido būtiskākas sekas saistībā ar slimībām un mirstību (Pedersen et al., 2011).

Jau 1894. gadā, Freids apgalvoja, ka negatīvas emocijas var izraisīt smagas slimības, piemēram, fobiju, neurozi vai konversijas histēriju (Freud, 1925/1999, kā minēts Mund & Mitte, 2012).

Stresa radītās sekas ir psiholoģiskās, emocionālās vai fizioloģiskās problēmas, kas radušās stresora iedarbībā. Agrākie Seljē (Selye, 1956) pētījumi, galvenokārt, ir vērsti uz fizioloģisko reakciju izpēti, uz stresu, un uz trīs iespējamām reakcijas pakāpēm: signalizāciju, izturību, un nogurumu. Organisma aizsargspēju izsīkums jeb tā “izsmelšana” stresa dēļ, bija saistīta ar virkni fiziskās veselības negatīvām izpausmēm, piemēram, augstu asinsspiedienu. Lielākā daļa mūsdienu sociālās psiholoģijas pētījumi koncentrējas uz emocionālo un psiholoģisko korekciju, tai skaitā uz depresijas simptomiem, trauksmi, kaitīgo vielu lietošanu, un subjektīvo veselības stāvokli (Carr & Umberson, 2013).

Pētījumi par stresa pārvarēšanu liecina, ka pieaug pārlicība, ka stresa pārvarēšanai ir saistība starp stresa pilniem notikumiem un to adaptācijas rezultātiem, kā, piemēram, depresija, psiholoģiskiem simptomiem, un somatiskām slimībām (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986).

Piedzīvot augsta līmeņa stresu ir galvenais veselības riska faktors tiem, kam ir zemi fiziskās veselības rezultāti (Cohen, Janicki-Deverts & Miller, 2007).

Lazarus un Folkmane izvirza trīs iespējas, caur kuriem stresa pārvarēšanas stratēģijas var nelabvēlīgi ietekmēt veselības stāvokli. Pirmkārt, stresa pārvarēšanas stratēģijas var ietekmēt biežumu, intensitāti, ilgumu, un atstāt sekas uz neiroķīmiskajiem procesiem organismā; otrkārt, stresa pārvarēšanas stratēģijas var ietekmēt veselību negatīvi, ja tā ietver pārmērīgu kaitīgo vielu izmantošanu, piemēram, alkohola, narkotiku un tabakas, vai, kad tas ir saistīts ar augstu darbības risku indivīda dzīvībai un veselībai; un treškārt, noteikti stresa pārvarēšanas stratēģiju veidi (piemēram, nolieguma procesi) var pasliktināt veselību kavējot adaptīvo veselību/slimību, kas saistīta ar uzvedību (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986).

Veselības saglabāšanas uzvedība mainās atkarībā no dzimuma, rases, un sociāli ekonomiskā statusa, un tā ir nozīmīgs instruments, lai izprastu apakšgrupu veselības

atšķirības. Kopumā, cilvēki ar zemāku izglītības līmeni un ienākumiem, biežāk smēķē un iesaistās problemātiskās dzeršanās nekā cilvēki ar augstāku sociālekonomisko stāvokli, un ir mazāka iespēja uzturēt veselīgu dzīvesveidu, regulāri nodarboties ar fiziskām aktivitātēm, un uzturēt veselīgu ķermeņa svaru. Sievietes retāk nekā vīrieši smēķē un dzer, lai gan šīs dzimumu atšķirības ir mazinājušās. Sievietēm, parasti, ir lielāki veselības riski saistībā ar lieko svaru un aptaukošanos, salīdzinot ar vīriešiem (Carr & Umberson, 2013).

Smēķēšana ir veselības uzvedība, kas visciešāk saistīta ar ilgtermiņa negatīviem veselības traucējumiem. Smēķētājiem pieaug sirds saslimstību un mirstības risks (Doll et al., 1994). Turklāt pastāv spēcīga pozitīva saikne starp katru dienu smēķētu cigarešu skaitu un sirds slimību sastopamību (Friedman et al. 1979). Smēķēšana ir bijusi saistīta arī ar dažiem vēža gadījumiem, tai skaitā plaušu, rīkles, kuņģa un zarnu vēzi, kā arī vairākas tūlītējas negatīvas ietekmes uz veselību, piemēram, samazinātu plaušu jaudu un bronhītu (Royal College of Physicians, 1983). Neskatoties uz negatīviem veselības traucējumiem, smēķētāji bieži ziņo par pozitīvu noskaņojumu, ko izraisa smēķēšana, un smēķēšanu kā stratēģiju stresa pārvarēšanai (Conner, 2002).

Tomēr stresa brīdis var būt svarīgs, nosakot kāda būs tā ietekme ilgtermiņā. Maz pētījumu ir veikti, lai pārbaudītu stresa ietekmi dažādos dzīves posmos, un ļoti maz pētījumi ir veikti, lai izpētītu stresa aizsardzības faktoros (Farrell, Simpson, Carlson, Englund & Sung, 2017).

Ir veikti vairāki pētījumi, ar kuru palīdzību pētnieki centušies noteikt, vai ir jūtīgi periodi, kad stresam ir lielāka ietekme uz pieaugušo fizisko veselību. Liela daļa šo darbu ir vērsta uz agrīnās bērnības ietekmi (Fagundes & Way, 2014; Miller, Chen & Parker, 2011). Millers un kolēģi (Miller, Chen & Parker, 2011), piemēram, ierosināja, ka agrīnās dzīves stress ietekmē pieaugušo veselību, tādējādi ieprogrammējot imūnsistēmu būt hiperaktīvai pret potenciālajiem draudiem. Šis process izraisa hronisku iekaisumu, kas savukārt prognozē vairākas negatīvas veselības stāvokļa sekas, piemēram, augstu asinsspiedienu un sliktu imūnsistēmas darbību. Liela stresa klātbūtne jau agri dzīvē prognozē daudzus veselībai kaitīgus iznākumus, tostarp koronāro sirds slimību (Dong et al., 2004) un agrāku mirstību (Galobardes, Smith, & Lynch, 2006).

Taču ir arī citi dzīves posmi, ne tikai agrīnā bērnība, kas var ietekmēt ilgtermiņa veselību. Liels un intensīvs stress ir saistīts arī ar zemākiem veselības rezultātiem (DeLongis, Folkman & Lazarus, 1988; Uchino, Cacioppo, Malarkey & Glaser, 1995). Pusaudža gados, cilvēki apgūst spēju kontrolēt veselības uzvedību, izveidojot ieradumus, kas bieži vien turpinās līdz pieauguša cilvēka vecumam. Lielāks stress pusaudža vecumā arī prognozē iekaisuma tendences (Ehrlich, Miller, Rohleder, & Adam, 2016), metabolo sindromu

(Gustafsson, Janlert, Theorell, Westerlund & Hammarström, 2012), un galvassāpes (Waldie, 2001).

Svarīgi, ka saņemot labvēlīgāku mātes aprūpi bērnībā, tiek mazināta stresa ietekme vēlāk dzīvē. Konkrēti, personām, kas piedzīvojuši lielāku stresu, bet arī vienlaikus saņēmuši vairāk mātes rūpes bērnībā, bija vienlīdz labi veselības rezultāti, kā tiem, kas piedzīvojuši mazāku stresu abos dzīves posmos un saņēma augstākas mātes rūpes, atklājot nozīmi starp agrīnām attiecībām un pieaugušo veselības stāvokļa (Farrell, Simpson, Carlson, Englund & Sung, 2017).

Sociālais atbalsts veicina labāku veselību, jo tas veido aizsardzību attiecībā pret stresu (Cohen & Syme, 1985; Uchino et al, 1996.). Augstas kvalitātes audzināšana mēdz būt aizsargājošs faktors dažādiem iznākumiem, kas saistīti ar bērna likstām, jo tas mazina bērna reakciju uz stresu. Tas liecina, ka augstākas kvalitātes bērna audzināšanai varētu būt buferizācijas ietekme uz attiecībām starp bērnības stresu un pieaugušo veselību (Cicchetti & Blender, 2006; Gunnar & Quevedo, 2007).

Tomēr, ikdienas dzīves stresa ietekme uz vispārējās fiziskās veselības vērtējumu un subjektīvajiem simptomiem ir samazināta saistībā ar neirotismu. Tas var būt saistīts ar ļoti neirotisku cilvēku tendenci pārāk cieši pārraudzīt savas veselības problēmas (Watson & Pennebaker, 1989).

Sievietes, kuras piedzīvo augstāka līmeņa darba un ģimenes stresu (piemēram, attiecību problēmas) bez pietiekamiem personīgajiem un sociālajiem resursiem, biežāk uzrāda fiziskos simptomus un psiholoģiskos traucējumus (Klainin, 2009).

Veidi, kā pusaudži izmanto stresa pārvarēšanas stratēģijas (piemēram, centienus regulēt emocijas, domas, uzvedību un fizioloģisko uzbudinājumu), atstāj iespaidu uz veselību (Compas & Boyer, 2001). Tas kā jaunieši tiek galā ar sāpēm var ietekmēt saistību starp sāpēm un ar tām saistītiem stresoriem, atstājot sekas uz fizisko un psiholoģisko veselību, kā arī labklājību (Walker, 1999). Kognitīvās un biheiviorālās pieejas iejaukšanās, lai uzlabotu sāpju vadības prasmes un mazinātu sāpes, bieži koncentrējās uz mērķi mācīt pusaudžiem stresa pārvarēšanas stratēģijas prasmes kā līdzekli, lai samazinātu sāpju radītās sekas (e.g., Holden, Deichmann, & Levy, 1999; Janicke & Finney, 1999).

Vispārīgi runājot, jaunāki, turīgāki, labāk izglītoti indivīdi ar zemu stresa līmeni un augstu sociālā atbalsta līmeni, visdrīzāk praktizē aizsargājošu veselības uzvedību. Lielāks stresa līmenis un/vai mazāk resursu, ir saistīti ar veselībai riskantu uzvedību, piemēram, smēķēšanu un alkohola lietošanu (Adler & Matthews, 1994). Sociālie faktori, šķiet, ir svarīgi, iedvesmojot bērnu uz veselības uzvedību. Vecāku, brāļu un vienaudžu ietekme ir svarīga, piemēram, uzsākot smēķēšanu. Kultūras vērtībām ir arī liela ietekme (Connor, 2002).

Pašreizējā teorija un pētījumi saskata saikni starp stresa notikumiem un adaptācijas statusa rādītājiem, piemēram, somatiskā veselība un psiholoģiskie simptomi, atspoguļo pārliedību, ka šo attiecību starpnieks ir stresa pārvarēšanas procesi (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986).

Uz problēmu vērsta stratēģijas ir mazāk saistītas ar psiholoģiskiem traucējumiem, bet uz emocijām vērsta stratēģijas, ir vairāk saistītas ar distresu un bezcerību (Billings & Moos, 1981).

Visbiežākās veselības problēmas ir sirds slimības, augsts asinsspiediens, un citi rezultāti, kas ir ticami saistīti ar stresu (Carr & Umberson, 2013).

Ja uztvertais stress ir neliels, ar to var tik galā izmantojot uz emocijām orientētās stresa pārvarēšanas stratēģijas, un tas palīdz mazināt psihosomatiskus simptomus, kas, iespējams, ir radušies, turpretim, ja uztvertā stresa līmenis ir augsts, tad tas tieši pastiprinās psihosomatiskas sūdzības (Fortes-Ferreira, et.al, 2006). Tostarp mijiedarbība starp aktīvu stresa pārvarēšanas stratēģiju un uz emocijām orientētu stresa pārvarēšanas stratēģiju norādīja uz psiholoģisku distresu un psihosomatiskām sūdzībām. Tie indivīdi, kas uzrādīja augstu aktīvo stresa pārvarēšanas stratēģiju izmantošanu un zemu uz emocijām orientētu stratēģiju izmantošanu uzrādīja arī viszemākos psiholoģiskā distresa un psihosomatisko sūdzību līmeņus. Savukārt, tie indivīdi, kas izmantoja gan aktīvās stresa pārvarēšanas stratēģijas, gan arī uz emocijām orientētu stresa pārvarēšanas stratēģiju uzrādīja arī pietiekami zemu psiholoģiskā distresa un psihosomatisko sūdzību līmeni. Bet tie indivīdi, kas maz izmantoja aktīvas stresa pārvarēšanas stratēģijas un vai nu daudz vai maz arī uz emocijām orientētās stresa pārvarēšanas stratēģijas, uzrādīja augstus psiholoģiskā distresa un somatisko sūdzību līmeņus. Šie rezultāti parāda, ka ir jābūt pietiekami elastīgiem un ir vairāk jāpēta, kā dažādas stresa pārvarēšanas stratēģijas ietekmē cilvēka psiholoģisko un fizisko labsajūtu un kāda ir dažādu stresa pārvarēšanas stratēģiju savstarpējā ietekme (Bong-Jae, 2007, kā minēts Auziņa, 2012).

Daudz pētījumu ir veikti, lai parādītu saikni starp stresa pārvarēšanu stratēģijas izvēli un fizisko veselību cilvēkiem, kas sirgst ar dažādām slimībām (HIV, asinsrites slimībām, artrītu u.c.), tomēr maz ir pētījumu, kas šo divu mainīgo lielumu saistību pētītu fiziski veseliem cilvēkiem. Tomēr kādā pētījumā tika konstatēts, ka stresa pārvarēšanas stratēģijas var ietekmēt cilvēka veselību gan veselīgiem indivīdiem, gan tiem, kam ir kāda slimība. Turklāt pētījumā iegūtie dati liecina, ka indivīdu izvēlētais stresa pārvarēšanas stratēģijas ir noturīgas laikā (Park & Adler, 2003).

Tomēr veiktajos pētījumos parādās ar pretēji secinājumi, vienos saikne starp izvēlēto stresa pārvarēšanas stratēģiju un fizisko veselību apstiprinās, citos - tieši pretēji- nekāda īpaša

saistība netiek pierādīta (Mc Conaghy & Caltabiano, 2005). Tāpēc šajā pētījumā tiek izvirzīts pētījuma jautājums kādas ir saistības starp stresa pārvarēšanas stratēģijām un veselības uzvedību studentiem.

PĒTĪJUMA METODE

Pētījuma dalībnieki

Pētījuma izlasi veidoja 81 respondents (63 sievietes un 18 vīrieši) vecumā no 18 līdz 49 gadiem ($M=25,26$; $SD=6,25$). Pētījuma dalībnieki ir studenti. Respondenti elektroniski aizpildīja trīs aptaujas. Papildus tika lūgts norādīt demogrāfiskos datus: dzimumu un vecumu. Visi respondenti precīzi aizpildīja dotos norādījumus aptauju aizpildīšanai, tāpēc visas aptaujas bija derīgas datu iegūšanai.

Instrumentārijs

Datu ievākšanai tika izmantotas trīs aptaujas:

1) Stresa pārvarēšanas stratēģiju aptauja (The Coping Orientation of Problem Experience /COPE/ Inventory, Carver, Scheier, & Weintraub, 1989, Petrovas, 2009, un Knipšes, 2010 adaptācijā latviešu valodā). Šī aptauja mēra cilvēka stresa stratēģiju izvēli stresa situācijās. Aptauja sastāv no 60 apgalvojumiem, kuri tiek vērtēti 4 punktu Likerta skalā gradācijā no „Es nekad tā nedaru (1)” līdz „Es tā vienmēr daru (4)”. Aptaujas rezultāti veido 15 skalas: pozitīva pārvērtēšana un attīstība, mentāla neiesaistīšanās, fokusēšanās uz emocijām un atbrīvošanās no tām, sociālā atbalsta meklēšana instrumentālos nolūkos, aktīva pārvarēšana, noliegums, pievēršanās reliģijai, humors, neiesaistīšanās rīcībā, savaldība, sociālā atbalsta meklēšana emocionālos nolūkos, alkohola/ narkotiku lietošana, pieņemšana, konkurējošo aktivitātes veidu apspiešana, plānošana (Knipše, 2011). Tā kā atsevišķu skalu iekšējās saskaņotības rādītāji nav pieņemami, saskaņā ar J. Hudek-Knezevica un I. Karduma autoru rekomendācijām no 15 skalām ir iegūstamas 3 augstāka līmeņa skalas, summējot atsevišķo apakšskalu rādītājus: Uz emocijām orientētas stratēģijas ($\alpha = 0,79$), kas ietver sevī 5 skalas (pozitīva pārvērtēšana un attīstība; fokusēšanās uz emocijām un atbrīvošanās no tām; pievēršanās reliģijai; sociālā atbalsta meklēšana emocionālos nolūkos; pieņemšana); Uz problēmām orientētas stratēģijas ($\alpha = 0,85$) (sociālā atbalsta meklēšana instrumentāliem mērķiem; aktīvā pārvarēšana; savaldība; konkurējošo aktivitātes veidu apspiešana; plānošana); Izvairīšanās stratēģijas ($\alpha = 0,81$) (mentālā neiesaistīšanās; noliegums; humors; neiesaistīšanās rīcībā; alkohola lietošana) (Hudek-Knezevic & Kardum, 2000).

2) Veselības pašnovērtējuma aptauja (Picalcelma, 2011). Veselības pašnovērtējuma izpētē tika lietota paša izveidotā (Picalcelma D. 2011) aptauja, kas izstrādāta uz Latvijas Statistikas pārvaldes (Veselības statusa modulis, 2010) un Eiropas aptaujas par dzīves kvalitāti (European Quality of Life Survey (2EQLS, 2009)) anketu bāzes. Aptaujā tika izslēgti jautājumi, kas attiecās uz pozitīvām emocijām, lai neveidotu pozitīvo vai negatīvo ietekmi. Skalā tika izmantoti jautājumi, kuros respondentiem bija jāizvērtē sava vispārējā veselība,

veselības problēmas un ar tām saistītā ikdienas dzīve un pašsajūta. Iekšējā saskaņotība bija $\alpha=0,61$. Mērījums sastāv no 3 jautājumiem un atbilžu varianti ir izveidoti Likerta skalā. Pirmajā jautājumā par vispārējo veselības stāvokli atbildes ir no 1 (ļoti laba) līdz 5 (ļoti slikta). Otrajā jautājumā par ilgstošām slimībām vai veselības problēmām atbildes ir no 0 (nē) līdz 1 (jā). Trešajā jautājumā par to cik lielā mērā veselības problēmas ir ierobežojušas ikdienas dzīvi atbildes ir no 0 (nav ierobežojusi nemaz) līdz 2 (stipri ierobežojusi). Augstāki rezultāti norāda uz lielāku iespējamību ar veselības problēmām.

3) Multidimensionālā veselības uzvedības aptauja (Multidimensional Health Behaviors Questionnaire, Burgan, 2011, adaptējusi Annija Mitrevica, 2016). Aptauja izstrādāta, lai mērītu dažādus veselības uzvedības paradumus. Tā sastāv no 30 apgalvojumiem, kas sadalīti piecās skalās: veselīga uztura paradumi ($\alpha = 0,86$), sportošanas paradumi ($\alpha = 0,83$), veselības uzturēšanas paradumi ($\alpha = 0,61$), ar medikamentu un alkohola (ne) lietošanu saistītie paradumi ($\alpha = 0,70$) un speciālista apmeklēšanas paradumi ($\alpha = 0,83$). Uz apgalvojumiem ir doti 6 atbilžu varianti intervālu skalā- neesmu drošs(0); nekad nedaru (1); reti (2); dažreiz (3); bieži (4); vienmēr (6). Respondentam tiek lūgts izvērtēt katru jautājumu un atzīmēt atbilstošu atbildi. Par izvēlēto atbilžu variantu respondents iegūst attiecīgi balli no 0 līdz 5. Jo lielāku punktu skaitu respondents iegūst, jo augstāki veselības uzvedības rādītāji.

Procedūra

Aptaujas tika ievāktas elektroniski un izpildes laiks nebija ierobežots. Pirmo aizpildīja Stresa pārvarēšanas stratēģijas aptauju, otrā bija Veselības pašnovērtējuma aptauja un pēdējā – Multidimensionālā veselības uzvedības aptauja. Respondentiem bija jānorāda arī demogrāfiskie dati: dzimums un vecums. Pēc tam iegūtie dati tika apkopoti, kodēti un analizēti. Aptauju aizpildīšana prasīja apmēram 10 – 15 minūtes.

REZULTĀTI

Iegūtie empīriskie dati tika apstrādāti saskaņā ar katra testa atslēgu. Katrai skalai tika veikta ticamības pārbaude un noteikta atbilstība normālam sadalījumam izmantojot Kolmogorova – Smirnova testu. Tika arī aprēķināti aprakstošās statistikas dati (skat. 1.tabulu).

Sākumā tika aprēķināts katras skalas iekšējās saskaņotības rādītāji izmantojot Kronbaha alfas koeficientu (skat. 1.tabulu), lai noskaidrotu aptauju skalu ticamību. Rezultāti uzrādīja, ka visām skalām ir pietiekami augsta iekšējā saskaņotība (augstākā $\alpha = 0,86$, zemākā $\alpha = 0,61$), kas nozīmē, ka visas pētījumā izmantotās metodes sniedz pietiekami ticamus rādītājus.

1.tabula

Stresa pārvarēšanas stratēģiju, Pašnovērtētās veselības un Multidimensionālās veselības uzvedības aptauju aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji (N = 81)

	M	SD	K-S tests	Kronbaha alfa
Stresa pārvarēšanas stratēģijas				
Uz emocijām orientētas stratēģijas	51,09	7,84	0,86	0,79
Uz problēmām orientētas stratēģijas	53,19	8,41	1,25	0,85
Izvairīšanās stratēģijas	39,10	7,87	0,74	0,81
Pašnovērtētā veselība	2,98	1,30	1,82	0,61
Veselības uzvedība				
Veselīga uztura paradumi	26,42	9,88	0,56	0,86
Sportošanas paradumi	7,67	3,78	0,83	0,83
Veselības uzturēšanas paradumi	20,02	4,82	0,95	0,61
Ar medikamentu un alkohola (ne) lietošanu saistītie paradumi	20,57	4,53	1,74	0,70
Speciālista apmeklēšanas paradumi	13,72	7,22	0,95	0,83

Pārbaudot vai rezultātu empīriskais sadalījums atbilst normālajam sadalījumam ar Kolmogorova – Smirnova testa palīdzību, var secināt, ka skalas neatbilst normālam sadalījumam. Korelācijas analīzē tika izmantots Spīrmena korelācijas koeficients.

Šī pētījuma ietvaros tika izvirzīts jautājums – kādas ir saistības starp stresa pārvarēšanas stratēģijām un veselības uzvedību studentiem, lai to noskaidrotu tika veikta korelācijas analīze. Pētījuma rezultāti uzrāda (skat. 2.tabulu), ka statistiski nozīmīgas pozitīvas korelācijas ir starp uz emocijām orientētām stratēģijām un veselīga uztura paradumiem ($r = 0,24, p < 0,05$); starp uz emocijām orientētām stratēģijām un veselības uzturēšanas paradumiem ($r = 0,24, p < 0,05$); starp uz emocijām orientētām stratēģijām un medikamentu un alkohola (ne) lietošanas paradumi ($r = 0,29, p < 0,01$); starp uz problēmu orientētām stratēģijām un medikamentu un alkohola (ne) lietošanas paradumiem ($r = 0,24, p < 0,05$). Savukārt, izvairīšanās stratēģijas ir negatīvi statistiski nozīmīgi saistītas ar medikamentu un alkohola (ne) lietošanas paradumiem ($r = -0,47, p < 0,01$).

2.tabula

Stresa pārvarēšanas stratēģijas, pašnovērtētās veselības un multidimensionālās veselības uzvedības korelācijas koeficienti (N= 81)

	Stresa pārvarēšanas stratēģijas		
	Uz emocijām orientētas stratēģijas	Uz problēmām vērstas stratēģijas	Izvairīšanās stratēģijas
Pašnovērtētā veselība	0,10	-0,02	0,04
Veselības uzvedība			
Veselīga uztura paradumi	0,24*	0,15	-0,14
Sportošanas paradumi	0,14	0,18	-0,06
Veselības uzturēšanas paradumi	0,24*	0,21	-0,21
Medikamentu un alkohola (ne) lietošanas paradumi	0,29**	0,24*	-0,47**
Speciālista apmeklējuma paradumi	0,09	0,06	0,10

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

DISKUSIJA

Bakalaura darba mērķis bija noskaidrot kādas ir saistības starp stresa pārvarēšanas stratēģijām un veselības uzvedību studentiem. Pētījumā tika izvirzīts jautājums: Kādas ir saistības starp stresa pārvarēšanas stratēģijām un veselības uzvedību studentiem?

Rezultāti norāda uz to, ka pastāv saistības starp uz emocijām orientētām stratēģijām ar veselīga uztura paradumiem, veselības uzturēšanas paradumiem un medikamentu un alkohola (ne) lietošanas paradumiem. Uz emocijām vērsta stresa pārvarēšanas stratēģija ietver distancēšanos, paškontroli, sociālo atbalstu meklējumus, izvairīšanos, pieņemt atbildību un pozitīvu pārvērtēšanu (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986). Tas nozīmē - jo vairāk indivīds izmanto uz emocijām orientētām stratēģijas, spēj kontrolēt savu reakciju uz stresa ietekmi un to apzināties, uzņemt atbildību, jo vairāk ievēro veselīga uztura paradumus, pievēršas veselīgam uzturam, nelieto alkoholu un medikamentus, kas varētu kaitēt veselībai. Saskaņā ar teorētiskajiem pieņēmumiem, empīriskie dati liecina, ka labāka veselība ir patiešām saistīta ar augstāku uztverto kontroli (Caplan & Schooler, 2003; Infurna & Gerstorf, 2014; Paquet et al, 2010). Cilvēks, kuram ir augsta uztvertā kontrole, spēj pieņemt atbildīgus lēmumus un apzināties savus resursus, ir lielāka iespēja pārvarēt izjusto stresu ar uz emocijām vērstām stratēģijām un neradīt kaitējumu savai veselībai.

Līdzīgi arī ir uz problēmu orientētām stratēģijām ir saistība ar medikamentu un alkohola (ne) lietošanas paradumiem. Lazarus un Folkmane uzsver, ka kontrolējamās situācijās cilvēki biežāk izmanto uz problēmu vērsta stresa pārvarēšanas stratēģijas (Lazarus & Folkman, 1984). Jo labāk cilvēks spēj pievērsties, kontrolēt, novērst stresa izraisīto avotu, jo mazāk tiek izmantotas veselībai kaitīgas vielas. Uz problēmu vērsta stresa pārvarēšanas stratēģija ietver agresīvus starp personu centienus mainīt situāciju, kā arī mierīgus, racionālus, nopietnus centienus, lai varētu problēmu atrisināt. (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis, 1986). Spēja tikt operatīvi galā ar stresoriem, palīdz uzturēt veselīgu uzvedību – nelietot pārmērīgi daudzās devās alkoholu un medikamentus.

Izvairīšanās stratēģijas negatīvi korelē ar medikamentu un alkohola (ne) lietošanas paradumiem. Kas nozīmē, jo augstākus rādītājus uzrāda izvairīšanās stratēģijas, jo zemāki rādītāji medikamentu un alkohola (ne) lietošanā, un otrādi. Ja indivīds vairāk izmanto izvairīšanās stratēģijas, tad vairāk lieto alkoholiskās vielas un medikamentus. Toties, ja cilvēks vairāk lieto šīs kaitīgās vielas, tad vairāk izmantos izvairīšanās stratēģijas. Pētījumos izvairīšanās stratēģija tiek definēta kā nevēlēšanās atzīt problēmas esamību, savas vainas noliegšana (Folkman, 2008). Cilvēks pasīvā pārvarēšanas stratēģijā izvairās no problēmas, grib samazināt spriedzi un nedomāt par to, nefokusējas uz problēmām, lai justos labāk, bet

tajā pašā laikā problēma netiek atrisināta (Elliot, et.al., 2011). Tātad šajā pētījumā iegūtie rezultāti liecina par to, ja indivīda ikdienā ir izjūtams stress un viņš papildus lieto alkoholiskās vielas, medikamentus, tad vairāk pielietos izvairīšanās stratēģijas. Šādā veidā indivīds "aizmirstas" no savām stresa problēmu avotiem un papildus kaitē savai veselībai.

Salīdzinot ar iepriekšējiem pētījumiem, to rezultātiem un teorētiskajām atziņām var secināt, ka pētījumā iegūtie rezultāti sakrīt ar iepriekšējiem pētījumiem. Tomēr turpmākajā pētījuma virzienā vajadzētu izmērīt katru aspektu atsevišķi un citādās situācijās, piemēram, kādā stresa situācijā indivīds pielietotu uz emocijām vērstas stratēģijas, kādās uz problēmām vērstas. Kādus izvairīšanās stratēģiju paņēmienus biežāk izmanto, kādas sekas tās atstāj uz veselību īstermiņā un ilgtermiņā u.t.t. Kādā pētījumā tika konstatēts, ka stresa pārvarēšanas stratēģijas var ietekmēt cilvēka veselību gan veselīgiem indivīdiem, gan tiem, kam ir kāda slimība. Turklāt citā pētījumā iegūtie dati liecina, ka indivīdu izvēlētais stresa pārvarēšanas stratēģijas ir noturīgas laikā (Park & Adler, 2003). Vēl ir iespējams izpētīt kādas stresa pārvarēšanas stratēģijas izvēlas veselīgi cilvēki un kādas cilvēki, kuriem ir kāda slimība, kā ar stresu tiek šie cilvēki galā. Tā kā indivīdu izvēlētais stresa pārvarēšanas stratēģijas ir noturīgas laikā, tad var arī izpētīt pēc kādiem kritērijiem vai pieejamiem resursiem indivīds izvēlas, kuru stresa pārvarēšanas stratēģiju pielietos.

Ir jāņem vērā arī ierobežojoši faktori turpmākai izpētei. Pētījuma respondentu vecums no 18 – 49 gadiem var ietekmēt iegūtos rezultātus, jo katrā vecumā grupā ir dažādas stresa izpausmes, spējas tikt galā un kontrolēt to. Pusaudža gados, cilvēki apgūst spēju kontrolēt veselības uzvedību, izveidojot ieradumus, kas bieži vien turpinās līdz pieauguša cilvēka vecumam. Lielāks stress pusaudža vecumā arī prognozē iekaisuma tendences (Ehrlich, Miller, Rohleder, & Adam, 2016), metabolo sindromu (Gustafsson, Janlert, Theorell, Westerlund & Hammarström, 2012), un galvassāpes (Waldie, 2001). Ja tiktu izdalītas konkrētas vecuma grupas, tad iegūtie rezultāti būtu precīzāki, vairāk atbilstoši konkrētajam grupas vecumam. Dzimuma atšķirības arī ietekmē iegūtos rezultātus. Šajā pētījumā dzimuma grupas netika izdalītas, bet turpmākā pētījumā virzienā būtu ieteicams izdalīt sievietu un vīriešu grupas, jo ir pierādīts, ka tieši veselības uzvedībā arī būtisku lomu spēlē dzimuma atšķirības. Veselības saglabāšanas uzvedība mainās atkarībā no dzimuma, rases, un sociāli ekonomiskā statusa, un tā ir nozīmīgs instruments, lai izprastu apakšgrupu veselības atšķirības. Kopumā, cilvēki ar zemāku izglītības līmeni un ienākumiem, biežāk smēķē un iesaistās problemātiskās dzeršanās nekā cilvēki ar augstāku sociālekonomisko stāvokli, un ir mazāka iespēja uzturēt veselīgu dzīvesveidu, regulāri nodarboties ar fiziskām aktivitātēm, un uzturēt veselīgu ķermeņa svaru. Sievietes retāk nekā vīrieši smēķē un dzer, lai gan šīs dzimumu atšķirības ir mazinājušās.

Sievietēm, parasti, ir lielāki veselības riski saistībā ar lieko svaru un aptaukošanos, salīdzinot ar vīriešiem (Carr & Umberson, 2013). Kā arī sievietes, kuras piedzīvo augstāka līmeņa darba un ģimenes stresu (piemēram, attiecību problēmas) bez pietiekamiem personīgajiem un sociālajiem resursiem, biežāk uzrāda fiziskos simptomus un psiholoģiskos traucējumus (Klainin, 2009).

No metodiskā viedokļa vājā puse vēl varētu būt aptauju iekšējā saskaņotība. Piemēram, pašnovērtētās veselības un veselības uzturēšanas paradumiem Kronbaha alfas koeficienti nav ļoti augsti, kam iemesls varētu būt pa maz uzdotie jautājumi respondentam. Lai šo novērstu vajadzētu sadalīt vienādu skaitu jautājumu katrai skalai, tādējādi paaugstinot iekšējo saskaņotību. Piemēram, Multidimensionālā veselības uzvedības aptaujā zem katras skalas bija dažāda skaita jautājumi.

Pētījumā iegūtos rezultātus turpmāk var izmantot padziļinātai psiholoģiskai izpētei par stresa pārvarēšanas stratēģijām un veselības uzvedību, veselības un stresa saistību vecumā no 18 – 49 gadiem.

SECINĀJUMI

Vairāki pētījumi liecina, ka ikdienas stress ir cieši saistīts ar sliktu garīgo un fizisko veselību. No stresa rezultatīvās sekas, piemēram, smēķēšanas, pārmērīga alkohola lietošanas, un mazkustīgs dzīvesveids (Holt-Lunstad et al., 2010), veido būtiskākas sekas saistībā ar slimībām un mirstību (Pedersen et al., 2011).

Bakalaura darba mērķis bija noskaidrot, kādas ir saistības starp stresa pārvarēšanas stratēģijām un veselības uzvedību studentiem. Bakalaura darba pētījumā piedalījās 81 respondents vecumā no 18 – 49 gadiem. Kā instrumentārijs tika izmantota Stresa pārvarēšanas stratēģiju aptauja (The Coping Orientation of Problem Experience /COPE/ Inventory, Carver, Scheier, & Weintraub, 1989, Petrovas, 2009, un Knipšes, 2010 adaptācijā latviešu valodā); Veselības pašnovērtējuma aptauja (Picalcelma, 2011) un Multidimensionālā veselības uzvedības aptauja (Multidimensional Health Behaviors Questionnaire, Burgan, 2011, adaptējusi Annija Mitrevica, 2016).

Bakalaura darba izvirzītais mērķis ir sasniegts un ir noskaidrotas kādas ir saistības starp stresa pārvarēšanas stratēģijām un veselības uzvedību studentiem. Pētījuma rezultāti norāda uz to, ka pastāv saistības starp uz emocijām orientētām stratēģijām ar veselīga uztura paradumiem, veselības uzturēšanas paradumiem un medikamentu un alkohola (ne) lietošanas paradumiem. Jo vairāk indivīds izmanto uz emocijām orientētām stratēģijas, spēj kontrolēt savu reakciju uz stresa ietekmi un to apzināties, jo vairāk ievēro veselīga uztura paradumus, pievēršas veselīgam uzturam, nelieto alkoholu un medikamentus, kas varētu kaitēt veselībai. Uz problēmu orientētām stratēģijām ir saistība ar medikamentu un alkohola (ne) lietošanas paradumiem. Spēja tikt operatīvi galā ar stresoriem, palīdz uzturēt veselīgu uzvedību – nelietot pārmērīgi daudzās devās alkoholu un medikamentus. Izvairīšanās stratēģijas negatīvi korelē ar medikamentu un alkohola (ne) lietošanas paradumiem. Ja indivīds vairāk izmanto izvairīšanās stratēģijas, tad vairāk lieto alkoholiskās vielas un medikamentus.

Turpmākajai temata izstrādei būtu lietderīgi izdalīt dzimuma grupas un secināt kādas ir saistības katrā grupā un atšķirības abās grupās kopā. Palielināt respondentu skaitu un ievērot vecuma ierobežojumus, jo katrā vecumā grupā pastāv iespēja par atšķirībām stresa pārvarēšanas stratēģiju izvēlē un veselības rezultātiem.

IZMANTOTĀS LITERATŪRAS SARAKSTS

Adler, N. & Matthews, K. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well? . *Annual Review of Psychology*, 45, 229–259.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, pp. 179–211.

Auziņa, A. (2012). Fiziskās veselības subjektīvā novērtējuma saistība ar stresa pārvarēšanas stratēģiju un psiholoģiskās labklājības novērtējumu sievietēm. Npublicēts materiāls. Bakalaura darbs.

Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123–135.

Belloc, N B and Breslow, L, (1972). Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 9, pp. 409–421.

Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 7 , 139–157.

Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Routledge.

Bong-Jae L. (2007). Moderating Effects of Religious/Spiritual Coping in the Relation Between Perceived Stress and Psychological Well-Being. *Pastoral Psychology*, 55, 751759

Caplan, L. J., & Schooler, C. (2003). The roles of fatalism, self-confidence, and intellectual resources in the disablement process in older adults. *Psychology and Aging*, 18, 551–561.

Carr, D., Umberson, D. (2013). The Social Psychology of Stress, Health, and Coping. *Handbook of Social Psychology*.

Carver, C.,S., Scheier, M., F., Weintraub, J., K.(1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56, 2, 267-283.

- Cicchetti, D., & Blender, J. A. (2006). A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: Implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 248–258.
- Cohen, S. E., & Syme, S. (1985). *Social support and health*. San Francisco, CA: Academic Press.
- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*, 298, 1685–1687.
- Compas, B. E., & Boyer, M. C. (2001). Coping and attention: Implications for child health and pediatric conditions. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, 323–333.
- Conner, M., & Norman, P. (1996). (eds.) *Predicting Health Behaviour*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Conner, M. (2002). *Health Behaviors*. University of Leeds UK.
- DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 486–495.
- Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R and Sutherland, I, (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 309, pp. 901–911.
- Dong, M., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williams, J. E., Chapman, D. P., & Anda, R. F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: Adverse childhood experiences study. *Circulation*, 110, 1761–1766.
- Drewelies, J., Tesch-Römer, C., Gerstorf, D., Wagner, J., Heckhausen, J.(2017) Perceived Control Across the Second Half of Life: The Role of Physical Health and Social Integration. *Psychology and Aging*. 32,76-92.
- Ehrlich, K. B., Miller, G. E., Rohleder, N., & Adam, E. K. (2016). Trajectories of relationship stress and inflammatory processes in adolescence. *Development and Psychopathology*, 28, 127–138.

- Fagundes, C. P., & Way, B. (2014). Early-life stress and adult inflammation. *Current Directions in Psychological Science*, 23, 277–283.
- Farrell, A., K., Simpson, J., A., Carlson, E., A., Englund, M., M., Sung, S. (2017). The Impact of Stress at Different Life Stages on Physical Health and the Buffering Effects of Maternal Sensitivity. *Health Psychology*. 36, 35-44.
- Folkman, S., Lazarus, R., S., Gruen, R., J., DeLongis, A. (1986). Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50, 3, 571-579.
- Folkman, S., Lazarus, R., S. (1988). Coping as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54, 3, 466-475.
- Folkman, S., Lazarus, R., S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R., J. (1986). Dynamics of a Stressful Encounter: Cognitive Appraisal, Coping, and Encounter Outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50, 5, 992-1003.
- Fortes-Ferreira, L., Peiró, J. M., González-Morales, M. G. & Martín, I. (2006). Work-related stress and well-being: The roles of direct action coping and palliative coping. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 293–302.
- Freud, S. (1915/1999). Die verdrängung [Repression.]. In A. Freud (Ed.), *Sigm. Freud: Gesammelte Werke, chronologisch geordnet: Zehnter Band, Werke aus den Jahren 1913–1917* [Sigm. Freud: Collected works in chronological order: Tenth volume, works from 1913–1917] (pp. 247–261). Frankfurt am Main, Germany: Fischer.
- Friedman, G D, Dales, L G and Ury, H. K. (1979). Mortality in middle-aged smokers and nonsmokers. *New England Journal of Medicine*, 300, pp. 213–217.
- Galobardes, B., Smith, G. D., & Lynch, J. W. (2006). Systematic review of the influence of childhood socioeconomic circumstances on risk for cardiovascular disease in adulthood. *Annals of Epidemiology*, 16, 91– 104.
- Gochman, D. S. (1997). Handbook of Health Behavior Research. *New York, Vols. 1–4: Plenum*.
- Godin, G and Kok, G, (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 11, pp. 87–98.

Gulbis, G., (2016). Veselības uzvedība saistībā ar apzinātības un depresijas rādītājiem sievietēm un vīriešiem. Npublicēts bakalaura darbs, Latvijas Universitātes PPMF Psiholoģijas nodaļa, Rīga.

Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 58, 145–173.

Gustafsson, P. E., Janlert, U., Theorell, T., Westerlund, H., & Hammarström, A. (2012). Do peer relations in adolescence influence health in adulthood? Peer problems in the school setting and the metabolic syndrome in middle-age. *PLoS ONE*, 7, e39385.

Holden, E. W., Deichmann, M. M., & Levy, J. D. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Recurrent pediatric headache. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 91–109.

Infurna, F. J., & Gerstorf, D. (2014). Perceived control relates to better functional health and lower cardio-metabolic risk: The mediating role of physical activity. *Health Psychology*, 33, 85–94.

Janicke, D. M., & Finney, J. W. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology: Recurrent abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 24, 115–127.

Janz, N.K. & Becker, M.H., (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Behavior*, 11, 1, 1–47.

Johnson, W., Corley, J., Starr, J. M. & Deary, I.J. (2011). Psychological and Physical Health at Age 70 in the Lothian Birth Cohort 1936: Links With Early Life IQ, SES, and Current Cognitive Function and Neighborhood Environment. *Health Psychology*, 30(1), 1-11.

Klainin, P. (2009). Stress and Health Outcomes: The Mediating Role of Negative Affectivity in Female Health Care Workers. *International Journal of Stress Management*. 16, 45-64.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984a). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *The handbook of behavioral medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984b). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Mārtinsone, K., Miltuze, A. (2015). *Psihologija 2: Personība, grupa, sabiedrība, kultūra*. Rīga: Zvaigzne ABC.
- Mc Conaghy, R. & Caltabiano, M.L. (2005). Caring for a person with dementia: Exploring relationships between perceived burden, depression, coping and well-being. *Nursing and Health Sciences*, 7, 81–91.
- Miller, G. E., Chen, E., & Parker, K. J. (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137, 959–997.
- Mund, M., Mitte, K. (2012). The Costs of Repression: A Meta – Analysis on the Relation Between Repressive Coping and Somatic Diseases. *Health Psychology*. 31, 5, 640-649.
- Ngamake, S., T., Raveepatarakul, J., Walch, S., E. (2016). Discrimination and Sexual Minority Mental Health: Mediation and Moderation Effects of Coping. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 3, 2, 213-226.
- Park, C. L. & Adler, N.E. (2003). Coping Style as a Predictor of Health and Well-Being Across the First Year of Medical School. *Health Psychology*, 22(6), 627-631.
- Paquet, C., Dubé, L., Gauvin, L., Kestens, Y., & Daniel, M. (2010). Sense of mastery and metabolic risk: Moderating role of the local fast-food environment. *Psychosomatic Medicine*, 72, 324–331.
- Royal College of Physician. (1983). *Health or Smoking: Follow- Up Report*. Pitman, London
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., Malarkey, W., & Glaser, R. (1995). Individual differences in cardiac sympathetic control predict endocrine and immune responses to acute psychological stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 736–743.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488–531.
- Waldie, K. E. (2001). Childhood headache, stress in adolescence, and primary headache in young adulthood: A longitudinal cohort study. *Headache*, 41, 1–10.

Walker, L. S. (1999). The evolution of research on recurrent abdominal pain: History, assumptions, and a conceptual model. In P. J. McGrath & G. A. Finley (Eds.), *Chronic and recurrent pain in children and adolescents* (pp. 141–172). Seattle: International Association for the Study of Pain.

Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234–254.