

Streszczenie

Wstęp: Kluczową komponentą osiągnięcia, utrzymania oraz przywrócenia zdrowia psychicznego jest umiejętność adaptacji do nowych wyzwań i trudności. Wśród czynników warunkujących reagowanie na wymogi danych sytuacji, szczególnie tych negatywnych, wymieniane są strategie radzenia sobie. Klasyfikowane są one jako czynniki intrapersonalne wpływające na dobrostan psychiczny. Strategie radzenia sobie obejmują ogół podejmowanych wysiłków, zarówno poznawczych i behawioralnych, mających na celu utrzymanie lub rozwój osobistych zasobów. Natomiast jednym z czynników interpersonalnych wpływających na zdolność adaptacji do zmieniających się warunków jest wsparcie społeczne, które odnosi się do interakcji międzyludzkich. Szczególny jego rodzaj, spostrzegane wsparcie społeczne, określa w jaki sposób odbierane jest wsparcie emocjonalne i materialne otrzymywane od rodziny, przyjaciół oraz osób znaczących, a także w jaki sposób rezonuje ono z poczuciem własnej wartości. Co więcej, spostrzegane wsparcie społeczne może mieć większe znaczenie w kontekście dobrostanu psychicznego niż to realnie otrzymywane. Zarówno czynniki intra- jak i interpersonalne mogą wpływać na pojawienie się lub nasilenie objawów psychopatologicznych, co z kolei manifestuje się zaburzeniami funkcjonowania w życiu codziennym. Podobne konsekwencje może nieść za sobą cyberchondria – nowy koncept medyczny na skraju hipochondrii oraz zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego. Cyberchondria wiąże się z narastającym lękiem o własne zdrowie spowodowanym wyszukiwaniem poszczególnych objawów w internecie, generującym dalszy wysiłek celem wykluczenia choroby.

Cel: Celami pracy były: (1) określenie dominujących konfiguracji strategii radzenia sobie wśród osób aktywnych zawodowo, zestawienie ich pod względem czynników indywidualnych oraz nasilenia objawów psychopatologicznych ze szczególnym uwzględnieniem różnic między pracownikami medycznymi i niemedycznymi, a także identyfikacja determinantów tych objawów w grupie badanej w czasie pandemii SARS-CoV-2, (2) oszacowanie nasilenia lęku o zdrowie oraz cyberchondrii

w grupie badanej oraz określenie czynników socjodemograficznych, klinicznych i pandemicznych związanych z jej bardziej nasilonym obrazem, (3) ocena roli mediującej spostrzeganego wsparcia społecznego i cyberchondrii na związek między lękiem o zdrowie oraz jakością życia.

Materiał i metody: Grupę badaną we wszystkich analizach stanowili dorośli przedstawiciele populacji ogólnej korzystającej z internetu, którzy po zapoznaniu się z informacją o badaniu zgodzili się na wypełnienie wszystkich kwestionariuszy oraz przesłali je do badaczy za pomocą formularzy internetowych (technika wspomaganego komputerowo wywiadu z użyciem formularzy internetowych CAWI). Pierwszy cel wiązał się z analizą danych pochodzących od 1831 respondentów, którzy wypełnili Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia (GHQ-28) Goldberga, Zrewidowaną Skalę Wpływu Wydarzeń (IES-R), Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem (MiniCOPE) oraz ankietę socjodemograficzną. Cel drugi oraz trzeci zrealizowane zostały z udziałem 538 respondentów, którzy badani byli za pomocą następujących narzędzi: Skali Cyberchondrii (polska adaptacja Cyberchondria Severity Scale, CSS-PL), Inwentarza Lęku o Zdrowie (Short Health Anxiety Inventory, SHAI), Skali Jakości Życia (The Quality of Life Scale, QOLS), Wielowymiarowej Skali Spostrzeganego Wsparcia Społecznego (polską adaptację Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) wraz ankiety socjodemograficznej.

Wyniki: (1) Analiza skupień pozwoliła na podział grupy badanej na trzy klastry odnoszące się do najczęściej stosowanych konfiguracji strategii radzenia sobie – adaptacyjny, nieadaptacyjny oraz niespecyficzny. Osoby stosujące nieadaptacyjne sposoby radzenia sobie osiągnęły istotnie wyższe wyniki całkowite i poszczególnych podskal IES-R oraz GHQ-28, w tym wyniki przekraczające punkt odcięcia w skali GHQ-28 zwane pozytywnymi dla rozpoznania istotnych zaburzeń psychicznych, w porównaniu do klastra adaptacyjnego i niespecyficznego. Kiedy porównano klaster adaptacyjny z niespecyficznym, odnotowano z kolei istotnie wyższe wyniki GHQ-28 w zakresie wyniku całkowitego, pozytywnego, jak i podskal dotyczących dysfunkcji

społecznej oraz nasilonych objawów depresyjnych w klastrze niespecyficznym. Utylizowanie nieadaptacyjnej konfiguracji strategii w grupie medyków i niemedyków wiązało się z uzyskaniem istotnie wyższej punktacji całkowitej oraz poszczególnych podskal GHQ-28 i IES-R w porównaniu do klastrów adaptacyjnego i niespecyficznego. Pracownicy ochrony zdrowia skupieni w klastrze adaptacyjnym zdobyli istotnie niższe wyniki całkowite, a także podskal badających objawy somatyczne, dysfunkcję społeczną i nasilone objawy depresyjne w porównaniu do klastra niespecyficznego. Jednocześnie, istotnie częściej manifestowali oni objawy psychopatologiczne w porównaniu do medyków używających strategii niespecyficznych. Podobnej zależności nie zaobserwowano wśród respondentów z branż niemedycznych. Różnice między wynikami całkowitymi oraz podskal IES-R wśród medyków i niemedyków stosujących strategie adaptacyjne oraz niespecyficzne nie okazały się istotne. Płeć żeńska determinowała wyższe wyniki całkowite oraz wszystkich podskal GHQ-28 oraz IES-R. Zawód niemedyczny determinował niższe wyniki całkowite w skali GHQ-28, a także podskal związanych z objawami somatycznymi, lękiem i bezsennością. Posiadanie dzieci z kolei determinowało niższe wyniki w podskali GHQ-28 dotyczącej nasilonych objawów depresyjnych. (2) Ponadto, wysoki poziom lęku o zdrowie i nasilone objawy cyberchondrii stwierdzono u 30,86% uczestników badania. Zasadniczymi determinantami nasilonego lęku o zdrowie oraz cyberchondrii w grupie badanej okazały się nieaktywność zawodowa, przewlekłe choroby psychiczne oraz subiektywne ograniczenie dostępu do opieki zdrowotnej z powodu pandemii SARS-CoV-2. (3) Lęk o zdrowie istotnie obniżał jakość życia zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio poprzez niskie spostrzegane wsparcie społeczne. Spostrzegane wsparcie społeczne częściowo mediowało związek między lękiem o zdrowie a jakością życia. Cyberchondria natomiast nie wpływała istotnie w sposób bezpośredni na jakość życia. Wynika z tego, że cyberchondria nie mediowała związku pomiędzy lękiem o zdrowie a jakością życia.

Wnioski: (1) Respondenci badania manifestowali objawy psychopatologiczne, w tym objawy zespołu stresu pourazowego, niezależnie od stosowanych sposobów radzenia sobie. W związku z tym, celem utrzymania dobrostanu zarówno pracowników sektora medycznego, jak i niemedycznego w obliczu kryzysu epidemiologicznego, konieczne jest dostosowane oraz oparte o dowody wsparcie psychologiczne. (2) Nasilone objawy lęku o zdrowie i cyberchondrii stwierdzono niemal u jednej trzeciej respondentów. Czynniki determinujące nasilony lęk o zdrowie oraz cyberchondrię korespondują z obszarami życia codziennego szczególnie dotkniętymi przez pandemię takimi jak stabilność zatrudnienia, zdrowie psychiczne czy dostęp do usług medycznych. (3) Cyberchondria nie wpływa istotnie na jakość życia w przeciwieństwie do lęku o zdrowie. Wzmacnianie spostrzeganego wsparcia społecznego może zmniejszać niekorzystny wpływ lęku o zdrowie na jakość życia.

Abstract

Introduction: Adapting to new challenges and difficulties is a key component of becoming healthy or maintaining and regaining health. Coping strategies are listed among elements crucial for reacting to a stressful situation. These are classified as interpersonal factors and defined as cognitive and behavioural self-referential strategies aimed at the maintaining or developing personal resources. An example of an interpersonal factor that affects the ability to adapt to changing conditions is social support related to interpersonal interactions. It is a particular type of perceived social support that determines how the emotional and material support received from family, friends and relevant people is regarded and how it resonates with one's self-esteem. Indeed, perceived social support may be more important regarding how social support resonates with mental wellness than received social support. Both intra- and interpersonal factors could facilitate the emergence or intensification of psychopathological symptoms, which in turn might reflect in impaired daily functioning. This also applies to cyberchondria – a novel phenomenon on the verge

of hypochondria and obsessive-compulsive disorder, which refers to the escalation of health anxiety during compulsive online searches related to reassurance seeking.

Objective: The objectives of the study were: (1) to identify the prominent combinations of coping strategies, to compare them in terms of individual factors and psychopathological responses with particular attention paid to medical and non-medical workers, as well as to recognize the determinants of psychopathology in the study group in the midst of the SARS-CoV-2 pandemic, (2) to estimate the severity of health anxiety and cyberchondria in the study group along with sociodemographic, clinical and pandemic-related factors that correspond with their higher intensity, (3) to test if perceived social support and cyberchondria mediate the association between health anxiety and quality of life.

Material and methods: The study groups in all mentioned analyses were adult representatives of the internet users who were familiarized with the study description, agreed to fill out the questionnaires and sent them to the researchers online. The first study encompassed the analysis of data received from 1831 respondents. The study participants completed the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28), the Impact of Event Scale - Revised (IES-R), the Coping Orientation to Problems Experienced questionnaire (MiniCOPE), and a sociodemographic survey. The second and third studies involved data collected from 538 participants who completed the Polish adaptation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS-PL), the Short Health Anxiety Inventory (SHAI), The Quality of Life Scale (QOLS), Multidimensional Perceived Social Support Scale (Polish adaptation of the Multidimensional Perceived Social Support Scale; MSPSS) along with a sociodemographic questionnaire.

Results: (1) Cluster analysis allowed three clusters referring to the most frequently used combinations of coping strategies to emerge. Therefore, adaptive, maladaptive and non-specific clusters were included in the further analysis. Individuals using maladaptive coping strategies achieved significantly higher total and subscale scores of IES-R and GHQ-28 compared to the adaptive and non-specific clusters. This also applied to exceeding the cut-off point in the GHQ-28 significantly more often, which

were named positive scores. Significantly higher GHQ-28 total and positive scores, along with social dysfunction and severe depressive symptoms subscales scores, were observed in the non-specific cluster compared to the adaptive cluster. Utilizing the maladaptive combination of strategies in medical and non-medical workers group resulted in significantly higher total and subscales' scores GHQ-28 and IES-R when collated with the adaptive and non-specific clusters.

Among the health care workers clustered as adaptive, significantly lower total scores, and lower scores on the subscales examining somatic symptoms, social dysfunction and severe depressive symptoms were obtained when contrasted with the non-specific cluster. At the same time, medical workers in the adaptive cluster manifested psychopathological symptoms significantly more often than respondents with a medical background using non-specific strategies. Such observation was not made in the group of non-medical participants. Differences between IES-R total and subscales' scores were insignificant among medical and non-medical respondents using adaptive and non-specific strategies. Female gender determined higher total scores and all subscales' scores of GHQ-28 and IES-R subscales. Non-medical occupation determined lower total scores of the GHQ-28 as well as its subscales related to somatic symptoms, anxiety and insomnia. Having children, in turn, determined lower scores in GHQ-28 subscale concerning severe depressive symptoms. (2) Severe health anxiety and cyberchondria were found in almost one-third of respondents. Severe health anxiety and cyberchondria were found in 30.86% of the study participants. The crucial determinants of increased health anxiety and cyberchondria in the study group turned out to be professional inactivity, chronic mental illness, and subjective limitation of access to healthcare due to the SARS-CoV-2 pandemic. (3) Health anxiety significantly impacted the quality of life both directly and indirectly through low perceived social support. Perceived social support partially mediated the relationship between health anxiety and quality of life. Cyberchondria, on the other hand, did not have a significant and direct effect on the quality of life. Consequently,

cyberchondria did not mediate the association between health anxiety and quality of life.

Conclusions: (1) The presence of psychopathological manifestations, including symptoms of post-traumatic stress disorder, might be expected regardless of the used coping strategies combination. Therefore, to maintain the well-being of medical and non-medical workers adequate and evidence-based support is needed. (2) Factors determining increased health anxiety and cyberchondria correspond to areas particularly affected by the pandemic, such as employment stability, mental resilience, or access to medical services. (3) Cyberchondria, unlike health anxiety, does not significantly affect the quality of life. Strengthening perceived social support may reduce the adverse impact of health anxiety on quality of life.