

CHOWANNA

TOM 1 (40)



W POSZUKIWANIU WYZNACZNIKÓW JAKOŚCI ŻYCIA



Wydawnictwo
Uniwersytetu Śląskiego
Katowice 2013

Nr indeksu 330566
PL ISSN 0137-706X

CHOWANNA

TOM 1 (40)

W POSZUKIWANIU WYZNACZNIKÓW JAKOŚCI ŻYCIA

pod redakcją Małgorzaty Górnik-Durose

Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Katowice 2013

Redaktor naczelny

Dr hab. Zbigniew Spendel

Recenzenci

Prof. zw. dr hab. Augustyn Bańka, prof. zw. dr hab. Stanisław Kowalik

Rada Naukowa

Prof. zw. dr hab. Jerzy Brzeziński
Prof. zw. dr hab. Maria Czerepaniak-Walczak
Prof. zw. dr hab. Kazimierz Denek
Prof. zw. dr hab. Adam Frączek
Prof. zw. dr hab. Stanisław Juszczyk
Prof. zw. dr hab. Stanisław Kawula
Prof. zw. dr hab. Wojciech Kojs
Prof. zw. dr hab. Stefan M. Kwiatkowski
Prof. zw. dr hab. Zbigniew Kwieciński
Prof. zw. dr hab. Tadeusz Lewowicki
Prof. zw. dr hab. Mieczysław Łobocki
Prof. zw. dr hab. Krystyna Marzec-Holka
Prof. zw. dr hab. Stefan Mieszalski
Prof. zw. dr hab. Aleksander Nalaskowski
Prof. zw. dr hab. Czesław Nosal
Prof. zw. dr hab. Irena Obuchowska
Prof. zw. dr hab. Stanisław Palka
Prof. zw. dr hab. Karol Poznański
Prof. zw. dr hab. Andrzej Radziejewicz-Winnicki
Prof. zw. dr hab. Bronisław Siemieniecki
Prof. zw. dr hab. Tomasz Szkudlarek
Prof. zw. dr hab. Bogusław Śliwerski
Prof. zw. dr hab. Andrzej de Tchorzewski
Prof. zw. dr hab. Janina Wyczęsany

Kolegium Redakcyjne

Prof. dr hab. Małgorzata Górnik-Durose
Dr hab. Ewa Jarosz
Prof. dr hab. Barbara Kożusznik
Prof. dr hab. Anna Nowak
Prof. dr hab. Jan M. Stanik
Prof. zw. dr hab. Adam Stankowski
Dr hab. Agnieszka Stopińska-Pająk
Prof. dr hab. Ewa Syrek

Sekretarz Redakcji

Dr hab. Beata Piłula

www.chowanna.us.edu.pl

Adres Redakcji / Editorial Adress
Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Śląskiego
40-126 Katowice, ul. M. Grażyńskiego 53
tel./fax (32) 258-94-82
e-mail: zbigniew.spendel@us.edu.pl

Publikacja będzie dostępna — po wyczerpaniu nakładu — w wersji internetowej:

Central and Eastern European Online Library

www.ceeol.com

Śląska Biblioteka Cyfrowa

www.sbc.org.pl

Spis treści

Wprowadzenie (<i>Małgorzata Górnik-Durose</i>)	7
--	---

Artykuły

AGATA CHUDZICKA-CZUPAŁA Zadowolenie z pracy jako komponent jakości życia współczesnego człowieka	13
---	----

MARIOLA PARUZEL-CZACHURA Jakość życia a poczucie sukcesu i merkantylizm psychiczny u osób aktywnych zawodowo	39
---	----

ANNA MARIA ZAWADZKA, TOMASZ SĘK, ANNA SZABOWSKA-WALASZCZYK Jak nadużywanie władzy wiąże się z dobrostanem jednostki?	65
---	----

GRAŻYNA WĄSOWICZ-KIRYŁO, TOMASZ BARAN Wpływ samooceny i dobrostanu ekonomicznego na satysfakcję z życia kobiet i mężczyzn w różnym wieku	85
---	----

JOANNA MATEUSIAK Indywidualne korelaty samooceny „dobrego” zdrowia	103
---	-----

ELEONORA BIELAWSKA-BATOROWICZ Menopauza a jakość życia	127
---	-----

MARIA FINOGENOW Psychologiczne wyznaczniki zadowolenia z życia osób w wieku emerytalnym	143
--	-----

ANITA GAŁUSZKA Akceptacja choroby przewlekłej i poziom dystresu pacjentów leczących się ambulatoryjnie	159
---	-----

EWA WOJTYNA, IWONA NAWARA Krótka grupowa racjonalna terapia zachowania a jakość życia chorych na nowotwory	179
---	-----

ŁUKASZ JACH Źródła ludzkiego zadowolenia z życia z punktu widzenia psychologii ewolucyjnej — wybrane zagadnienia	197
---	-----

Varia

IRENA PILCH	
Makiawelizm a psychopatia	219
ANNA MARIA ZAWADZKA, DOROTA DYKALSKA-BIECK	
Wartości rodziców i tendencje materialistyczne dzieci	235
AGNIESZKA SKORUPA	
Rak szyjki macicy w świadomości młodzieży ponadgimnazjalnej. Na przykładzie projektu kampanii społecznej dotyczącej profilaktyki raka szyjki macicy	255

Table of contents

Introduction (<i>Małgorzata Górnik-Durose</i>)	7
--	---

Articles

AGATA CHUDZICKA-CZUPAŁA Job satisfaction as a component of life quality of contemporary human	13
MARIOLA PARUZEL-CZACHURA Quality of life, sense of success and psychological mercantilism among professionally active people	39
ANNA MARIA ZAWADZKA, TOMASZ SEK, ANNA SZABOWSKA-WALASZCZYK Power abuse and well-being	65
GRAŻYNA WĄSOWICZ-KIRYŁO, TOMASZ BARAN The influence of self-esteem and economic well-being on satisfaction with life in various age groups of women and men	85
JOANNA MATEUSIAK Individual correlates of "good" subjective health	103
ELEONORA BIELAWSKA-BATOROWICZ Menopause and the quality of life	127
MARIA FINOGENOW Psychological determinants of life satisfaction in retirement age	143
ANITA GAŁUSZKA Acceptance of chronic disease and level of distress in ambulatory patients	159
EWA WOJTYNA, IWONA NAWARA Short group rational behavioural therapy and quality of life among cancer patients	179
ŁUKASZ JACH The sources of humans' satisfaction with life in terms of the evolutionary psychology — selected aspects	197

Varia

IRENA PILCH	
Machiavellianism and psychopathy	219
ANNA MARIA ZAWADZKA, DOROTA DYKALSKA-BIECK	
Parent's values and children's materialistic tendencies	235
AGNIESZKA SKORUPA	
Cervical cancer in awareness of high school youths. Analyse on the basis of the social campaign project	255

Wprowadzenie

Problematyka jakości życia jest obecna w badaniach naukowych już od kilku dekad. Łączy w sobie wyniki badań i refleksje teoretyczne z takich dyscyplin, jak socjologia, ekonomia, medycyna, w końcu — psychologia. Sięga jednakże swoimi korzeniami znacznie głębiej — do filozoficznej refleksji nad życiem dobrym i szczęśliwym w pismach Arystotelesa, Seneki, Epikura, Arystypa z Cyreny, filozofów chrześcijańskich — św. Augustyna i św. Tomasza, a później chociażby Thomasa Hobbesa czy Jeremy'ego Benthama i utilitarystów (by wspomnieć tych najczęściej przywoływanych).

Zainteresowanie jakością życia w obrębie różnych obszarów dociekań naukowych skutkuje ogromną ilością danych, które nie zawsze są „kompatybilne”, ponieważ badacze uzyskują je, stosując odmienne paradygmaty metodologiczne i teoretyczne. Problem zaczyna się zwykle już w momencie definiowania jakości życia i przyjęcia perspektywy jej analizowania — obiektywnej, kiedy to badacze posługują się wskaźnikami społeczno-ekonomicznymi lub medycznymi, albo subiektywnej — kiedy to w kontekście jakości życia mówimy o ocenach, poczuciach, emocjach, itp., odnoszących się do różnych sfer funkcjonowania człowieka.

W ujęciu socjologiczno-ekonomicznym jakość życia związana jest z istnieniem pewnych obiektywnych czynników, wskaźnikowanych przez „twarde” dane statystyczne, które — jak się zakłada — składają się na warunki, w jakich ludzie powinni doświadczać zadowolenia i czuć się szczęśliwymi. Czynniki te to poziom życia i rozwoju społecznego (niegdys wskaźnikowany jedynie przez PKB *per capita*, teraz ra-

czej przez Human Development Index), zdrowie i opieka medyczna, stan środowiska naturalnego, poziom konsumpcji, poziom przestępczości, poziom demokracji, funkcjonowanie społeczności lokalnych, itp. Ujęcie medyczne z kolei koncentruje się na jakości życia w chorobie i odnosi do możliwości człowieka chorego w zakresie prowadzenia „normalnego” życia, wolnego od bólu i dolegliwości, samodzielnego, niezależnego od innych. W ujęciu psychologicznym natomiast uznaje się rolę czynników obiektywnych, ale jednocześnie przyznaje szczególne miejsce czynnikom subiektywnym, czyli percepcji, doświadczaniu, nadawaniu sensu zdarzeniom i warunkom, w jakich człowiek żyje, co skutkuje poczuciem psychologicznego dobrostanu lub szczęścia w krótszej lub dłuższej perspektywie czasowej. Jakość życia odnosi się więc tu do subiektywnej oceny własnego życia, zakorzenionej w kontekście kulturowym, społecznym i środowiskowym. W podejściu psychologicznym zakłada się również, że jakość życia jednostki jest nierozzerwalnie związana z jakością życia innych osób.

Dodatkowe wyzwanie, jakie stoi przed „nauką o jakości życia”, polega na tym, że jest ona *de facto* nie tylko **przedmiotem**, lecz także **celem** badań i rozważań w jej ramach. To obszar badań, który nieustannie musi konfrontować się z pytaniem o aplikacyjne znaczenie wyników oraz sposoby ich implementacji w życiu jednostek i społeczeństw. Wysoka jakość życia to cel, do którego dąży współczesny człowiek. Poprawa jakości życia to także cel różnych organizacji i instytucji społeczno-politycznych (począwszy od lokalnych stowarzyszeń, po rządy państw i organizacje międzynarodowe, chociażby WHO), bo racja ich bytu opiera się na zaspokojeniu potrzeby i dążenia współczesnego człowieka do osiągnięcia właśnie wysokiej jakości życia.

Takie bogactwo i różnorodność paradygmatów i danych empirycznych oraz aplikacyjnych zapotrzebowań może być zarówno błogosławieństwem, jak i przekleństwem dla naukowej refleksji nad jakością życia. Błogosławieństwo ilości i zróżnicowania jest gwarancją, że żaden istotny aspekt ludzkiego bytowania i doświadczania świata w analizach nie zostanie pominięty. Przekleństwo stanowi natomiast dość daleko idąca nonszalancja w kwalifikowaniu wszelakich badań i ich rezultatów jako tych, które przynależą do obszaru jakości życia, i mnożenie prac na ten temat¹. Można się jednak spodziewać, że jeśli ta wielość badań osiągnie „masę krytyczną”, to przedstawiciele różnych dyscyplin zajmujący się jakością życia poszukają wspólnego języka, za pomocą którego można bę-

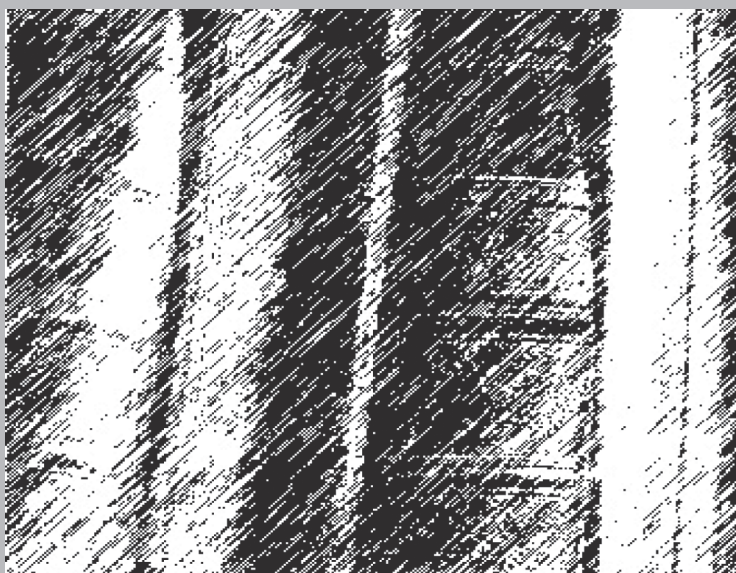
¹ Jeden z Recenzentów niniejszego tomu zwrócił uwagę na to, że istnieje swoista moda na prowadzenie badań wokół tej problematyki, skutkująca nadprodukcją publikacji odnoszących się do jakości życia, co — jego zdaniem — jest zjawiskiem niepokojącym.

dzie wyrazić istotę problemu na poziomie interdyscyplinarnym, a nawet transdyscyplinarnym.

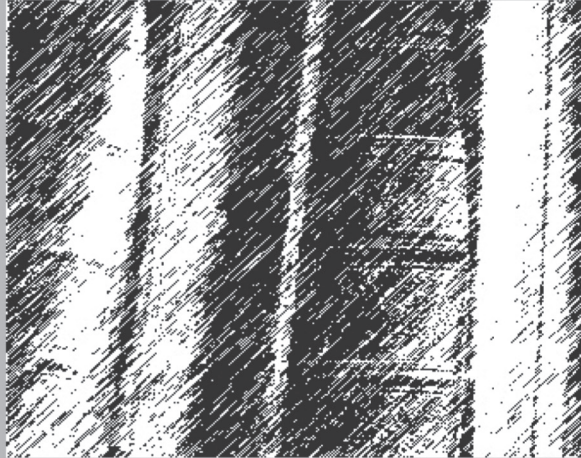
Prezentowany w niniejszym tomie „Chowanny” zbiór artykułów nie ma jednakże ambicji dotarcia do sedna problemu jakości życia i stworzenia modelu, który byłby akceptowany przez przedstawicieli różnych dziedzin nauki i sprawdzał się w działalności praktycznej. Przedstawiono tu badania psychologiczne i analizy, które bez wątplenia przyczyniają się do lepszego zrozumienia wybranych aspektów dobrostanu psychicznego, zadowolenia z różnych dziedzin życia, w końcu — jakości życia ujmowanej z różnych perspektyw teoretycznych. Tom ten nie jest spójny konceptualnie i metodologicznie; stanowi raczej wyraz wspomnianej różnorodności problemów i ich ujęć.

Autorzy poszczególnych artykułów przedstawili wyniki poszukiwań istotnych wyznaczników szeroko rozumianej jakości życia — odnoszących się z jednej strony do funkcjonowania człowieka w sferze społeczno-zawodowej i ekonomicznej, a z drugiej — do jego zdrowia i doświadczania choroby. W tomie znalazły się także teksty, które może nie wiążą się z jakością życia bezpośrednio, ale wpisują w szerokie tło czynników mających dla niej istotne znaczenie.

Małgorzata Górnik-Durose



Artykuły



AGATA CHUDZICKA-CZUPAŁA

Zadowolenie z pracy jako komponent jakości życia współczesnego człowieka*

Człowiek cywilizowany rezygnuje z szansy szczęścia
w imię powiększenia szansy bezpieczeństwa.

Zygmunt Freud (1995)

Ludzie ponowoczesni stracili dozę swego bezpieczeństwa
w zamian za przyrost szansy czy nadziei szczęśliwości.

Zygmunt Bauman (2000)

Job satisfaction as a component of life quality of contemporary human

Abstract: The author of the article presents the results of the studies conducted among the workers of Polish organizations concerned with the conditioning of job satisfaction. The analyses are conducted in the context of such variables as experiencing unethical behavior at work from the perspective of the victim and of the observer, organizational climate, the size and the type of the organization.

Key words: job satisfaction, organizational climate, unethical behavior.

* Artykuł powstał w ramach projektu finansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki (grant nr 106349540).

Jakość życia, dobrostan psychiczny, zadowolenie z pracy — ustalenia terminologiczne

Z pojęciem jakości życia wiąże się nierozzerwalnie pojęcie „dobrostan psychiczny”. W latach osiemdziesiątych XX wieku termin ten stał się ważną kategorią i elementem jakości życia, rozumianej jako wielowymiarowy konstrukt teoretyczny, który dotyczy oczekiwań osoby związanych z różnymi aspektami jej życia (Hoge, Luna, Miller, 1987; Rapley, 2003). Dobrostan psychiczny jest bardzo szeroką kategorią, która obejmuje zadowolenie osoby z własnego życia oraz pozytywne i negatywne emocje, w tym wysoki poziom odczuwanej przyjemności i niski poziom negatywnych emocji. Odzwierciedla się to w poznawczej i emocjonalnej ocenie własnego życia, dokonywanej przez jednostkę (Czapiński, red., 2008; Diener, Lucas, Oishi, 2004). Na ocenę tę wpływa wiele czynników i wartości. Są wśród nich rozwój osobisty i duchowy, życie towarzyskie, rekreacja, zdrowie, posiadanie partnera i rodziny, czynniki demograficzne, a także posiadanie satysfakcjonującej pracy (Biernacka, 2009). Jak podkreślają Romuald Derbis i Augustyn Bańka (1998, s. 151), duże znaczenie mają tu zmienne socjodemograficzne.

Współcześnie kładzie się bardzo duży nacisk na dobrostan psychiczny człowieka. Ludzie starają się postawić granicę między czasem wolnym a czasem pracy, dominuje dążenie do „pełnego, bogatego życia”, w którym liczą się konsumpcja, czas wolny, przyjemność i nowe interesujące doznania (Yankelovich, 1981; Bauman, 2000). Jednak niepewność człowieka i brak poczucia bezpieczeństwa wynikające ze zmian na rynku pracy, z przeobrażeń we współczesnych organizacjach, z rosnącego zagrożenia bezrobociem i rywalizacją każą psychologom badać wyznaczniki jakości życia jednostki i poszukiwać ich właśnie w środowisku pracy.

Współczesny Polak często ma do czynienia z krótkoterminowymi umowami o pracę, musi podejmować samozatrudnienie w warunkach rosnącej konkurencji ze strony firm i borykać się z sytuacją braku pracy. Przejście z systemu edukacyjnego do stałej pracy zawodowej wydłużyło się w czasie. Młodzi ludzie są zmuszeni do częstej zmiany miejsca zatrudnienia, mogą liczyć tylko na status pracowników dorywczych lub wykonywanie pracy w zawodzie o nieokreślonym statusie (Roberts, Parsell, 1987; Bańka, 1995). Pracownicy wielu organizacji muszą sobie także radzić z problemami spowodowanymi powstaniem i rozwojem nowych technologii oraz brakiem odpowiedniej wiedzy i umiejętności (Handy, 1996).

Zadowolenie z warunków, w jakich człowiekowi przychodzi wykonywać pracę, jest zaliczane do ważnych czynników wpływających na dobro-

stan człowieka. Wagę satysfakcji z pracy określa się terminem „jakość życia w pracy” (*quality of working life*). Równie znaczące dla ogólnej jakości życia, jak treść pracy i relacje społeczne w miejscu zatrudnienia, jest zachowanie równowagi między pracą i życiem prywatnym; równowaga ta wyraża się w proporcjach czasu pracy do czasu wolnego oraz w ilości sił i energii, jakie człowiek przeznaczna na czynności zawodowe i prace domowe (Ratajczak, 2007). Normy, które regulują wspomnianą równowagę, są wypadkową czasów, w jakich żyjemy, oraz kultury. Maja Biernacka (2009, s. 54, 57) podkreśla, że podczas gdy wartości protestanckie XIX wieku nakazywały pracę do upadłego, współcześnie w Polsce „instytucjonalny wymóg intensywnej pracy bywa uważany za przynoszący krzywdę, a pracoholizm — za uwarunkowany wchłonięciem pracownika przez wrogi i komercyjny system [...]. Dzisiejsi pracownicy, jeśli angażują się w obowiązki 70 godzin tygodniowo, traktowani są jako cierpiący na zaburzenie i wysyłani do psychologa”. Podejście takie nie jest typowe tylko dla Polski, obserwujemy je również w Stanach Zjednoczonych czy w krajach Europy Zachodniej. A przecież tak niedawno obowiązywał protestancki etos pracy, w którym wiara w cnotę ciężkiej pracy, a nawet niechęć do czasu wolnego i próżnowania stanowiły powszechnie panujący wzorzec; dopiero w dzisiejszym świecie skrajne wyczerpanie organizmu pracą zawodową uważane jest za anormalne (ibidem). Psycholodzy praktycy i teoretycy, a także specjaliści innych profesji zwracają uwagę na takie kwestie, jak wypalenie zawodowe, długotrwały stres, niemożność wykonania zadań czy brak motywacji. Są to jedne z ważniejszych problemów współczesności. Uważa się, że w radzeniu sobie z nimi jednostka wymaga wsparcia. Poziom zadowolenia z pracy stał się dzisiaj bardzo ważnym wskaźnikiem, albowiem jest miarą rozwoju osoby i jej samorealizacji.

Marry Holland Benin i Barbara Cable Nienstedt (1985) wskazują też na inne powiązanie stosunku człowieka do pracy z jakością jego życia. Uważają, że satysfakcja z pracy odgrywa mniejszą rolę jako wyznacznik ogólnego zadowolenia z życia niż inne czynniki, takie jak choćby satysfakcja z małżeństwa, ale — paradoksalnie — to właśnie niezadowolenie z pracy stanowi źródło największego nieszczęścia. Empiryczne dociekania tych autorek potwierdzają prezentowane przez nie stanowisko. Inspirowane do badań, których wyniki opisano w dalszej części artykułu i które poświęcone są związkowi między wielkością i rodzajem organizacji, panującym w niej klimatem i częstością doświadczania zachowań nieetycznych w kontaktach interpersonalnych w pracy a zadowoleniem z niej, ma swoje źródło w twierdzeniu Michaela Argyle’a; badacz ten przekonuje, że „praca jest częściej źródłem niezadowolenia i zmartwień niż źródłem satysfakcji” (Argyle, 2004, s. 40). Badania prezentowane w dalszej części

artykułu miały na celu znalezienie odpowiedzi na pytanie, czy tak jest w istocie, i ukazanie, jakie spośród objętych uwagą zmiennych leżących po stronie organizacji mają istotny wpływ na poziom zadowolenia z pracy. Wyniki pokazują, które z badanych czynników stanowią o poprawie jakości życia, które zdają się odgrywać ważniejszą, a które mniej ważną rolę, a także które jakoś życia obniżają, zmniejszając tym samym poczucie bezpieczeństwa człowieka.

Zadowolenie z pracy jako pochodna cech środowiskowych i indywidualnych Rola klimatu organizacyjnego, wielkości i formy własności firmy

Badania dowodzą, że podobnie jak zachowanie pracownika w organizacji, także jego zadowolenie z pracy jest wypadkową dwu grup czynników. Poziom tej drugiej zmiennej kształtują czynniki indywidualne (cechy osobowości oraz cechy społeczno-demograficzne) i zmienne środowiskowe (społeczne i organizacyjne). Czy można rozdzielić oraz jednoznacznie określić wpływ jednych i drugich na poziom zadowolenia człowieka z pracy?

Niektórzy, w tym Stephen P. Robbins, twierdzą, że zmienne związane z pracą i kulturą organizacji mają mniejsze znaczenie dla zadowolenia z wykonywanych obowiązków niż zmienne indywidualne (Robbins, 1998). Autor ten dowiódł w toku swoich długoletnich badań, że zadowolenie z pracy utrzymuje się u danej osoby na stałym poziomie w ciągu niemal całego życia i nie jest ono zależne od zmiany pracy czy wykonywanego zawodu.

Duane Schultz i Sydney Ellen Schultz (2006) uważają, że pracownicy, których cechuje lepsze przystosowanie oraz większa stabilność emocjonalna, a także silniejsze dążenie do osiągnięć, są bardziej zadowoleni ze swej pracy. Być może są oni bardziej elastyczni i lepiej się przystosowują do zmiennych warunków, dlatego też łatwiej u nich o satysfakcję. Podobnie Sonja Lyubomirsky, Laura King i Ed Diener (2005) dowodzą, że pozytywne emocje i ogólne zadowolenie z życia są źródłem satysfakcji z pracy. Osoby bardziej pogodne i optymistyczne, zadowolone z życia częściej doświadczają pozytywnych zdarzeń i zmian w pracy albo częściej interpretują sytuacje w pracy jako pozytywne. Wspomniane cechy (pogoda ducha i optymizm) są związane z osiągnięciem sukcesów

w życiu zawodowym, takich jak awans, otrzymywanie lepszych ocen, oraz z dobrymi relacjami ze współpracownikami. Sprzyjają także większemu zadowoleniu z pracy. Dopatrując się przyczyn braku zadowolenia z pracy w cechach jednostki, za negatywne predyktory zadowolenia uznano między innymi niecierpliwość czy łatwość irytacji, brak tolerancji, wrogość wobec otoczenia — niechęć do współpracowników (Bluen, Barling, Burns, 1990).

Autorzy różnią się opiniami na temat czynników, które należy uwzględniać podczas badania zadowolenia z pracy, oraz zmiennych z nim związanych. Heinz Leymann (1996) podkreśla, że w badaniach mobbingu i zachowań nieetycznych w organizacji kluczową rolę odgrywają czynniki organizacyjne: warunki pracy i problemy związane z funkcjonowaniem całej społeczności firmy. Czynniki osobowościowe są znacznie mniej istotne i nie powinny być — zdaniem Leymanna — brane pod uwagę. Badania nad poczuciem zadowolenia z pracy powinny koncentrować się na warunkach pracy i relacjach panujących wewnątrz organizacji. Zdaniem tego badacza, to zwykle niesprzyjająca sytuacja decyduje o tym, kto stanie się ofiarą przemocy w środowisku pracy, kto będzie cierpiał i kto będzie niezadowolony.

Jednymi z ważniejszych czynników środowiskowych warunkujących zadowolenie z pracy, którym poświęcono wiele badań, są kultura i klimat organizacyjny. Mirosław Laszczak twierdzi, że „zachowanie pracownika [...] to wieczne ścieranie się indywidualnych predyspozycji z wymogami kultury firmy. Dla tych, którzy uważają, że praca pozwala im się zrealizować, jest to czas szczęścia. Pozostali przeżywają mniejsze lub większe dramaty” (Laszczak, 1999, s. 140).

„Kultura organizacji” i „klimat organizacji” to pojęcia zbliżone. Klimat organizacyjny bywa ujmowany jako synonim kultury organizacyjnej, jej przejaw, zespół cech organizacji uwarunkowanych przez kulturę lub jako jej komponent (Kozusznik, 2007). Kultura i klimat organizacyjny są rozumiane jako pewien swoisty dla danej organizacji kontekst, który wpływa zarówno na zachowanie pracownika, jak i na sposób postrzegania przez niego rzeczywistości (Schein, 1996), co warunkować może również percepcję przez tę osobę własnej pracy i roli, a pośrednio także poziom zadowolenia pracownika. Na klimat organizacyjny składają się wspólne i jednoczące wszystkich pracowników firmy wartości, symbole oraz idee, a także wynikające z nich normy zachowania (Kreitner, Kinicki, 1992).

W teorii Davida A. Kolba klimat organizacyjny jest ujmowany jako zespół właściwości charakterystycznych dla danej organizacji, subiektywnie spostrzegany w określony sposób przez jej członków. Sposób percepcji tych właściwości — jak przekonuje Kolb (podaje za: Lipińska-

-Grobelny, 2007) — wpływa na motywację i zadowolenie pracowników. Nie da się mierzyć kultury organizacyjnej, gdyż — jak twierdzi Kolb — można ją jedynie opisywać, natomiast możliwa jest diagnoza klimatu organizacyjnego. Służy do tego metoda opracowana przez wspomnianego autora (Kolb, Rubin, McIntyre, 1974).

Zgodnie z teorią Kolba, klimat organizacji bywa przez pracownika postrzegany jako autokratyczny bądź wspierający. Klimat autokratyczny jest oparty na silnej władzy, piastowanej przez nieakceptowanych zwierzchników, jednokierunkowej komunikacji, w której często ignoruje się pracownika. W organizacji o takim klimacie nie udziela się podwładnym wsparcia, zadania są mało precyzyjne, panuje chaos, a odpowiedzialność jest nieduża. W organizacji o klimacie wspierającym stawia się pracownikom ambitne i jednoznaczne zadania, które są ciekawe, stanowią wyzwanie i stymulują. Sposób wykonywania tych zadań wynika z jednoznacznych przepisów i wskazanych przez organizację procedur. Pracownicy są tam częściej nagradzani niż karani, komunikacja jest dwustronna, a w razie doświadczanych trudności kompetentni przełożeni zawsze służą wsparciem (por. Lipińska-Grobelny, 2007).

Wydaje się, że w organizacji o wspierającym klimacie człowiek będzie bardziej zadowolony z pracy niż tam, gdzie klimat jest autokratyczny. Opisane przez Kolba kryteria diagnozy klimatu organizacyjnego sugerują taką właśnie interpretację. Czy na pewno tak jest? Czy zawsze ludzie czują się lepiej tam, gdzie brakuje swobody w wyborze sposobu realizacji zadań, albo tam, gdzie zadania są zawsze ambitne, nowatorskie i stanowią wyzwania? Czy wszyscy pracownicy czują się komfortowo, gdy muszą ponosić pełną odpowiedzialność za wyniki wykonywanych przez siebie zadań? Podejmowanie zadań, które muszą spełniać wysokie kryteria jakości, czy przejmowanie funkcji kierowniczych, jeśli zachodzi taka potrzeba, niekoniecznie przyczynia się do wzrostu zadowolenia z pracy. Podobne uwagi można odnieść do kryterium nagradzania — pracownicy co prawda wolą nagrody od kar, lecz czasami bardziej mobilizujące i lepiej oceniane jest sprawiedliwe karanie niż niesprawiedliwe nagradzanie. W kwestiach dotyczących wymiaru ciepła i poparcia oraz zorganizowania pracownicy nie mają takich wątpliwości — ludzie z reguły są bardziej zadowoleni, gdy doświadczają pomocy od współpracowników czy zwierzchnika, i nie lubią pracować w chaosie. Mimo to wydaje się, że i tutaj zadowolenie zależeć może od celów, cech i indywidualnych preferencji jednostki. Wspomniane wątpliwości stanowią inspirację do sprawdzenia kierunku zależności między poszczególnymi, opisanymi przez Kolba, wymiarami klimatu a zadowoleniem z pracy.

Kolejne czynniki, które zdają się znacząco wpływać na zadowolenie z pracy i zostały uwzględnione w prezentowanym dalej badaniu,

to wielkość organizacji i forma jej własności. Nie ulega wątpliwości, że funkcjonowanie pracownika i stawiane mu wymagania mogą być inne w firmach małych, inne w dużych korporacjach, inne w przedsiębiorstwach prywatnych, inne w budżetowych, samorządowych czy w firmach państwowych. Może to decydować o możliwości czerpania satysfakcji z pracy.

Zachowanie nieetyczne a zadowolenie z pracy

Badania pokazują, że jakość relacji ze współpracownikami jest jednym z najważniejszych składników zadowolenia z pracy. Dające satysfakcję współdziałanie i pomoc ze strony kolegów czy przełożonego przy realizacji wspólnych celów nie tylko cieszy, lecz także może prowadzić do osiągnięć i uznania ze strony innych oraz do wzrostu prestiżu. Wyniki badań dowodzą również, że zależność jest tu obustronna. Zadowolenie z pracy wpływa na nasze kontakty z innymi, powoduje, iż jesteśmy postrzegani bardziej pozytywnie, bardziej lubiani, popularni i akceptowani przez osoby, z którymi pracujemy. Sympatia z ich strony natomiast przyczynia się wtórnie do wzrostu naszego zadowolenia z pracy (Argyle, 2004).

W jednym z nurtów badawczych ukazuje się zależność decyzji etycznych i zachowania jednostki od satysfakcji z pracy, a raczej od jej braku. Teoria sprawiedliwości Johna Stacey'a Adama (1965) zakłada, że ludzie dokonują bilansu zysków i strat — dostrzeganie różnicy między włożonym wysiłkiem a osiągniętymi w pracy korzyściami skłania ich do poszukiwania równowagi. Próba jej osiągnięcia może sprzyjać nieetycznym poczynaniom. Zachowanie jednostki jest tu uzależnione od tła społeczności organizacyjnej, jako że analiza korzyści i kosztów odbywa się w odniesieniu do wkładu i zysku innych osób, z którymi jednostka się porównuje. Porównania pracownika z innymi, w wypadku odczuwanej krzywdy, mogą potęgować frustrację i stać się przyczyną łamania przez jednostkę norm moralnych.

Ważną zmienną pośredniczącą między sposobem percepcji rzeczywistości i zadowoleniem z pracy są emocje. Howard M. Weiss i Russell Cropanzano (1996) podkreślają wpływ emocji związanych z codziennymi wydarzeniami na satysfakcję z pracy. Dowodzą, że wydarzenia negatywne, także te doświadczane w pracy, wywołują wyraźnie silniejszą reakcję emocjonalną niż wydarzenia pozytywne; wpływają na pracownika, powodując jego niezadowolenie, które może skutkować

zachowaniami szkodliwymi dla organizacji i patologicznymi formami zachowania, takimi jak agresja wobec współpracowników. Zachodzi tu więc najpewniej mechanizm reakcji łańcuchowej — negatywne zachowania ludzi, z którymi osoba pracuje, skutkować mogą krzywdą innych osób. Wyniki przeprowadzonych wcześniej przez autorkę tego artykułu badań przekonują, że jednostki, które czują się ofiarami przemocy, same częściej są krzywdzicielami (Chudzicka, Makselon-Kowalska, 2004; Chudzicka-Czupała, Makselon-Kowalska, 2005).

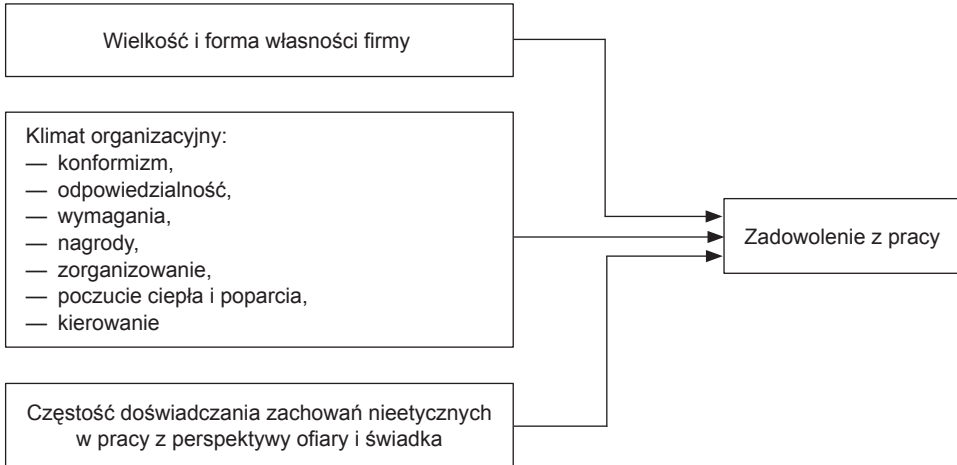
Badania Jennifer J. Kish-Gephart, Davida A. Harrisona i Lindy Klebe Trevino (2010) wskazują na ważną zmienną pośredniczącą związaną z funkcjonowaniem emocjonalnym jednostki; zmienna ta bywa skutkiem jakości relacji ze współpracownikami i na tę jakość rzutuje. Chodzi o koncentrację na sobie, na swoim złym samopoczuciu i negatywnych emocjach, wywołanych niechętnym nastawieniem do współpracowników. Większa koncentracja na sobie niż na otoczeniu i na pracy, odrzucanie innych powodują, że łatwiej jest kogoś skrzywdzić, bo wydaje się to usprawiedliwione, a jakość pracy osoby w takiej sytuacji także może pozostawiać wiele do życzenia.

Drugi, znacznie szerszy nurt empirycznych dociekań dotyczy bezpośredniego wpływu doświadczanych zachowań nieetycznych na zadowolenie z pracy. Kirsi Appelberg, Kalle Romanov, Marja-Liisa Honkasalo i Markku Koskenvuo (Appelberg et al., 1991) twierdzą, że istnieje silny związek między doświadczaniem problemów interpersonalnych w pracy i ogólnym brakiem zadowolenia z życia oraz brakiem satysfakcji z pracy. Osoby badane relacjonowały, że niezadowolenie z pracy wywołane nieprzychylnością innych przyczynia się do odczuwania przez jednostkę różnorodnych silnych symptomów stresu. Potwierdzają to badania poświęcone skutkom zachowań agresywnych i prześladowczych w miejscu pracy. Dowiedziono w nich, że koszty ponoszone przez prześladowanego pracownika mogą być bardzo wysokie. Kosztem prześladowania pracownika jest także spadek jego satysfakcji z pracy. Zachowania nieetyczne, objęte uwagą w badaniach relacjonowanych w tym artykule, opisywane są jako jedno z ważniejszych uwarunkowań zadowolenia z pracy.

Cel badań, model badawczy i hipoteza

Celem przeprowadzonych badań była weryfikacja modelu badawczego (por. rys. 1.), który ukazuje wpływ następujących zmiennych na zadowolenie z pracy:

1. Wielkości i formy własności firmy.
2. Siedmiu wymiarów klimatu organizacyjnego (konformizmu, odpowiedzialności, wymagań, nagród, zorganizowania, poczucia ciepła i poparcia oraz kierowania).
3. Częstości doświadczania zachowań nieetycznych w kontaktach interpersonalnych w pracy z perspektywy ofiary i świadka (w percepcji badanego).



Rys. 1. Model badawczy

Źródło: Opracowanie własne.

Hipoteza. Wielkość i forma własności firmy, klimat organizacyjny oraz częstość doświadczania zachowań nieetycznych w kontaktach interpersonalnych w pracy z perspektywy ofiary i świadka wyznaczają poziom zadowolenia z pracy.

Celem drugorzędnym prowadzonych badań było sprawdzenie, jakich zachowań nieetycznych najczęściej, a jakich najrzadziej doświadczają badani pracownicy różnych organizacji.

Metody badawcze

Zadowolenie z pracy. W celu zdiagnozowania stopnia zadowolenia z pracy posłużono się pytaniem. Badany był proszony o ocenę zadowolenia ze swojej pracy i zakreślenie na skali typu Likerta swojej odpowiedzi (od 1 — „wcale nie jestem zadowolony” do 5 — „jestem bardzo zadowolony”) (zob. załącznik 1).

Wielkość i forma własności firmy. Wielkość organizacji i formę własności firmy, w której pracuje badany, określał on przez zaznaczenie odpowiedniej rubryki (zob. załącznik 1).

Klimat organizacyjny. Metodą wykorzystaną do diagnozy poszczególnych wymiarów klimatu organizacyjnego była polska wersja Kwestionariusza Klimatu Organizacyjnego Kolba (Kolb's Organizational Climate Questionnaire — Kolb, Rubin, McIntyre, 1974) w tłumaczeniu Barbary Kożusznik i Tomasza Jezierskiego (1984, por. Kożusznik, 1998). Klimat organizacyjny jest tutaj rozumiany jako formalny, ale i zinternalizowany przez pracownika system norm i wartości typowych dla zakładu pracy, wyznaczający specyficzny sposób pracowniczego zachowania się (Katz, Kahn, 1979; Bratnicki, Kryś, Stachowicz, 1988). Narzędzie to służy do diagnozowania klimatu panującego w organizacji z uwzględnieniem siedmiu wymiarów:

1. Konformizm — poczucie, że istnieje wiele wymuszonych, narzuconych ograniczeń w instytucji, zespole; stopień, w którym pracownicy czują, że istnieje wiele zasad, procedur, przepisów i sposobów, jakim muszą się poddawać, zamiast wykonywać swoją pracę tak, jak uważają za stosowne.
2. Odpowiedzialność — członkowie zespołu (organizacji) są osobiście odpowiedzialni za realizację przydzielonych im zadań; stopień, w jakim pracownicy czują, że mogą samodzielnie decydować i rozwiązywać problemy bez uzgodnienia każdego kroku z kierownictwem.
3. Wymagania — nacisk organizacji na jakość wykonania i produkcji oraz stopień, w jakim pracownicy mają poczucie, że organizacja ustala im ambitne zadania i zachęca do ich podejmowania.
4. Nagrody — stopień, w jakim pracownicy mają poczucie, że są w zespole (organizacji) raczej nagradzani i uznawani za swoją pracę aniżeli ignorowani, krytykowani lub karani, gdy coś im się nie powiedzie.
5. Zorganizowanie — poczucie, że działania zespołu (organizacji) są dobrze zorganizowane, a cele jasno określone; stan przeciwny do dezorganizacji czy zamieszania.
6. Poczucie ciepła i poparcia — poczucie, że przyjaźń jest w zespole (organizacji) wartością cenioną, że pracownicy ufają sobie nawzajem i udzielają sobie poparcia; poczucie, że w zespole przeważają dobre stosunki.
7. Kierowanie — członkowie zespołu (organizacji) dobrowolnie akceptują kierownictwo i wskazówki fachowców; jeśli zachodzi potrzeba kierowania, to członkowie potrafią przejąć role kierownicze i są popierani przez pozostałych uczestników zespołu; kierowanie jest oparte na wysokich kompetencjach zawodowych.

W zależności od stopnia natężenia poszczególnych wymiarów w subiektywnym odczuciu osoby badanej klimat organizacyjny może przybierać formę od zdecydowanie autokratycznej do zdecydowanie wspierającej.

Doświadczenie zachowań nieetycznych w pracy. W celu diagnozy częstości doświadczania zachowań nieetycznych w pracy z perspektywy ich ofiary i świadka oraz kategorii doświadczanych zachowań posłużono się autorską metodą — Kwestionariuszem Zachowań Nieetycznych w Pracy (załącznik 1). Badany był proszony o określenie częstości bycia ofiarą i świadkiem poszczególnych zachowań nieetycznych w miejscu pracy. Kategorie zachowań nieetycznych w pracy wyróżniono na podstawie The Questionnaire to Name Emotional Abuse on the Job (Nicarthy, Gottlieb, Coffman, 1993) oraz na podstawie prac innych autorów (Adams, 1992; Brodsky, 1976; Leymann, 1990; McKenna et al., 2003; Quine, 1999; Vartia, 1991, 1996). Badane zachowania nieetyczne polegają na izolacji, ignorowaniu, poniżaniu, deprecjacji, demonstrowaniu siły i władzy przez zwierzchnika oraz dyskryminacji pracowników.

Badanie doświadczania przemocy ze strony innych nie jest najprostszym zadaniem. Ludzie, z różnych względów, niechętnie przyznają się do tego, że ktoś im dokucza i robi krzywdę. W relacjonowanym badaniu pomiar częstości doświadczania zachowań nieetycznych ujęto z dwu perspektyw: ich ofiary oraz świadka. Okazuje się bowiem, że perspektywa ma tu znaczenie.

We wcześniejszych analizach sprawdzano percepcję zachowań nieetycznych poprzez odwołanie się badanego wyłącznie do jego własnych doświadczeń (perspektywa ofiary, *self-report*). Obecnie podkreśla się, że badanie percepcji zachowań nieetycznych innych ludzi jest bardziej obiektywne i w znacznie większym stopniu przybliża nas do rzeczywistości (perspektywa świadka). Pytanie badanego o postępowanie czy doświadczania innych ludzi „minimalizuje spostrzegane zagrożenie, jakie wiąże się [...] z idealizowaniem siebie stosownie do społecznych oczekiwań” (Vardi, 2001, s. 319), i zmniejsza lęk, który może wynikać z odkrywania przed innymi intymnych prawd na własny temat. Nicole Andreoli i Joel Lefkowitz (2008) podkreślają potrzebę badania zachowań nieetycznych poprzez odniesienie do zachowań współpracowników badanego zamiast proszenia go o relacjonowanie jego własnych zachowań. Autorzy ci, odwołując się do psychoanalitycznej teorii mechanizmów obronnych, sugerują, że ludzie często projektują zachowania własne na innych, dlatego w uproszczeniu można przyjąć, że relacja na temat innych obrazuje ich własne poglądy i potencjalne zachowanie.

Czasami podkreślana jest potrzeba łączenia obu tych perspektyw w podejściu badawczym i analizy zachowań nieetycznych poprzez odnie-

sienie do własnych doświadczeń oraz do doświadczeń współpracowników badanego. Otrzymujemy wtedy pełniejszy obraz sytuacji. Jacob Joseph, Kevin Berry i Satish P. Deshpande (2009) dowiedli, że osoby, które relacjonowały wyższy poziom moralności we własnym zachowaniu, znacząco częściej wykazywały też etyczne zachowanie swoich współpracowników i kolegów, natomiast pisząc o swojej krzywdzie, częściej sugerowały, że innym także dzieje się krzywda. To pokazuje, że percepcja zachowania etycznego współpracowników jest odzwierciedleniem naszego własnego zachowania etycznego i własnych sposobów postępowania oraz że sposób postrzegania siebie samego warunkuje sposób patrzenia na innych.

Analiza doświadczeń osoby jako ofiary przemocy najlepiej więc zastępować badaniem doświadczeń tej osoby jako świadka przemocy albo przynajmniej łączyć obie perspektywy. Osoba, relacjonując doświadczenia z perspektywy świadka, jest znacznie bardziej skłonna przyznawać, że dane zachowanie miało miejsce, nie ma powodu do ukrywania swoich doświadczeń. Można też założyć, że działa tutaj mechanizm projekcji i że ukazane z perspektywy świadka zachowania dotyczyć mogły samego badanego, że był on ich ofiarą. Nie można mieć jednak co do tego pewności, dlatego w prezentowanym badaniu posłużono się obiema perspektywami, przy pełnej świadomości ograniczeń będących następstwem takiej decyzji.

Dodatkowo warto podkreślić, że badając zachowania nieetyczne, można bazować na wskaźnikach obiektywnych, trudniejszych do uchwycenia w empiryczne ramy, albo spojrzeć na te zachowania z perspektywy podmiotu, osoby, która czuje się ofiarą. Drugie podejście jest naznaczone subiektywizmem, niemniej wydaje się słuszniejsze, trudno bowiem znaleźć obiektywne kryteria krzywdy. „Jednostki ludzkie interpretują albo »definiują« wzajemnie podejmowane działania zamiast jedynie na nie reagować. Ich »odpowiedź« nie jest formułowana bezpośrednio w stosunku do wzajemnych działań, lecz zamiast tego bazuje na znaczeniu, jakie przywiązują do tych działań” (Blumer, 1969, s. 78–79, cyt. za: Chomczyński, 2008, s. 11). Oczywiście możemy twierdzić, iż miało miejsce zachowanie nieetyczne, nawet jeśli ofiara nie ma świadomości, że stała się ofiarą, i gdy nie czuje się pokrzywdzona. Jednak siła poczucia pokrzywdzenia, jakiego doświadcza jednostka, staje się wyznacznikiem i podstawową miarą krzywdy, jaka miała miejsce. W pewnym sensie konkretne zachowanie staje się nieetyczne dzięki nadaniu mu znaczenia przez ofiarę, ze względu na kategorię moralną, jaką posługuje się pokrzywdzony w swej percepcji tegoż zachowania. Konstrukcja Kwestionariusza Zachowań Nieetycznych w Pracy uwzględnia takie właśnie podejście.

Próba badawcza, czas i miejsce badań

Badania przeprowadzono w Polsce, na Śląsku, w 2011 roku. Zbadano 352 osoby zatrudnione w organizacjach różnego rodzaju i różnej wielkości. Uzyskano 326 poprawnie wypełnionych ankiet, które włączono do dalszej analizy; taka jest też liczebność próby badawczej. Badani to osoby w wieku od 20 do 63 lat (średnia wieku wynosi 32 lata); 63,8% kobiet i 36,2% mężczyzn. Udział osób z wykształceniem wyższym wynosi 54,9%, ze średnim — 39,3%, pozostałe osoby (5,8%) mają wykształcenie zawodowe. Osoby na stanowisku kierowniczym stanowią 12,9% osób badanych.

Najwięcej osób (137) pracuje w przedsiębiorstwach prywatnych (spółkach), 114 osób w jednostkach budżetowych lub samorządowych, a pozostali w firmach państwowych lub komunalnych (35 osób), w przedsiębiorstwach spółdzielczych (15 osób). 25 badanych pracuje w prywatnych firmach prowadzonych przez nich samych lub kogoś bliskiego.

W grupie badanych 89 osób pracuje w dużych organizacjach zatrudniających ponad 250 pracowników, 94 osoby — w firmach zatrudniających od 50 do 249 ludzi, 92 osoby — w organizacjach, w których pracuje od 10 do 49 ludzi i 51 osób w małych firmach, zatrudniających do 9 pracowników.

Wyniki badań

Ogólną charakterystykę badanych zmiennych (uzyskane średnie i odchylenia standardowe) przedstawiono w tabeli 1.

Jak wynika z zamieszczonych w tabeli danych, średnia wartość zmiennej „zadowolenie z pracy” wynosi 3,7 i jest wyższa od środkowej wartości skali. Średnie wartości „częstości doświadczenia zachowań nieetycznych z perspektywy ofiary i świadka” wynoszą kolejno 55,32 i 61,71. Średnie te są niższe od środkowego wyniku skali. Średnia częstości doświadczenia zachowań nieetycznych jest wyższa dla perspektywy świadka niż dla perspektywy ofiary. Wszystkie wartości średnich dla poszczególnych wymiarów „klimatu organizacyjnego” są wyższe od wartości środkowej skali. Najwyższą średnią otrzymano dla wymiaru „odpowiedzialność”, najniższą dla wymiaru „nagrody”.

Tabela 1

Statystyki opisowe zmiennych badawczych ($N = 326$)

Zmienna	Średnia	Min.	Max	Odchylenie standardowe
Zadowolenie z pracy	3,70	1	5	1,01
Doświadczanie zachowań nieetycznych z perspektywy ofiary	55,32	39	116	14,36
Doświadczanie zachowań nieetycznych z perspektywy świadka	61,71	39	117	15,51
Konformizm	6,45	1	10	2,55
Odpowiedzialność	7,50	1	10	2,23
Wymagania	6,90	1	10	2,16
Nagrody	6,05	1	10	2,38
Zorganizowanie	6,96	1	10	2,43
Poczucie ciepła i poparcia	6,83	1	10	2,41
Kierowanie	6,49	1	10	2,26

Źródło: Badania własne.

Predyktory zadowolenia z pracy — analiza regresji

W celu weryfikacji przyjętego modelu badawczego wykonano krokową (wsteczną) analizę regresji dla każdej z cech traktowanych jako zmienne zależne. W wyniku wspomnianej analizy wśród zmiennych tworzących model pierwotny (zob. rys. 1) istotnymi predyktorami zadowolenia z pracy okazały się następujące zmienne: „częstość doświadczania zachowań nieetycznych w pracy z perspektywy ofiary”, a także trzy spośród siedmiu wymiarów klimatu organizacyjnego: „kierowanie”, „wymagania”, „konformizm” (związek dodatni), oraz „forma własności firmy”. Zmienne te zostały włączone do modelu wynikowego.

Największy udział w wyjaśnianiu zmienności zmiennej zależnej ma predyktor „częstość doświadczania zachowań nieetycznych z perspektywy ofiary” (32%). Jest to predyktor negatywny, co oznacza, że im częściej osoba doświadczła zachowań nieetycznych jako ich ofiara, tym mniejszą odczuwa satysfakcję z pracy. Okazało się, że duży wpływ na zadowolenie z pracy mają trzy wymiary klimatu organizacyjnego, które są predyktorami pozytywnymi. Najsilniej na zadowolenie z pracy wpływa wymiar „kierowanie” (21% wariacji zmiennej zależnej), następnie „wymagania” (13% wariacji) oraz „konformizm” (12% wariacji).

Ostatnią zmienną niezależną włączoną do modelu jest „forma własności firmy”, która wyjaśnia 15% zmienności zmiennej zależnej. Największe zadowolenie z pracy wiąże się z zatrudnieniem w firmach budżetowych i samorządowych oraz państwowych i komunalnych, a z najmniejszą satysfakcją z zatrudnienia mamy do czynienia w firmach prywatnych i rodzinnych.

Nieistotnymi zmiennymi okazały się: „częstość doświadczania zachowań nieetycznych z perspektywy świadka”, pozostałe wymiary klimatu organizacyjnego („odpowiedzialność”, „nagrody”, „zorganizowanie”, „poczucie ciepła i poparcia”) oraz „wielkość firmy”.

Wyniki analizy regresji wielorakiej dla zmiennej zależnej „zadowolenie z pracy” przedstawia tabela 2. Dobroć dopasowania modelu mierzona testem F jest wysoka ($F = 26,58$).

Tabela 2

**Wyniki analizy regresji wielorakiej
dla zmiennej zależnej „zadowolenie z pracy” ($N = 326$)**

Zmienne niezależne włączone do modelu	β	t	Statystyki modelu
Doświadczanie zachowań nieetycznych z perspektywy ofiary	-0,32	-6,62**	skorygowane $R^2 = 0,28$; $F = 26,58^{**}$
Konformizm	0,13	2,63**	
Wymagania	0,14	2,60**	
Kierowanie	0,21	4,04**	
Forma własności firmy	-0,16	-3,24**	

** $p < 0,01$ (poziom istotności dla testów t i F).

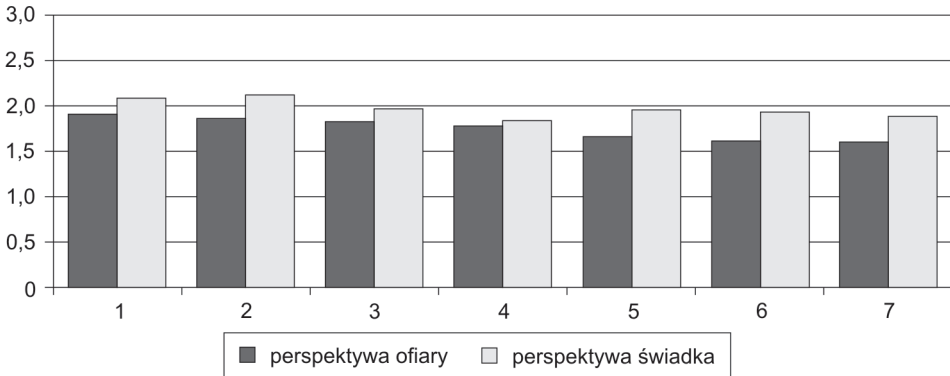
Poziom istotności włączenia zmiennej do modelu wynosi $p < 0,05$.

W tabeli zawarto jedynie zależności istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Na rys. 2. zaprezentowano częstość doświadczania zachowań nieetycznych w pracy (kategorie doświadczanych zachowań) z perspektywy ich ofiary i świadka.

Zachowania nieetyczne najczęściej doświadczane w pracy przez badanych (zob. rys. 2) to: przerywanie pracownikowi wypowiedzi, bycie obmawianym i rozsiewanie plotek przez współpracowników, poczucie ciągłej kontroli i oceny, bycie traktowanym z pozycji władzy (przymuszanie, nakazywanie, nietolerowanie sprzeciwu, podkreślanie własnej pozycji), bycie krzywdzonym (np. pomijanie osoby przy awansie, przy przydzielaniu zadań przynoszących dodatkowe korzyści), bycie ignorowanym oraz otrzymywanie zadań przekraczających możliwości i umiejętności osoby.



Rys. 2. Częstość doświadczania zachowań nieetycznych w pracy z perspektywy ich ofiary i świadka (wartość średnia)

Objaśnienia: 1 — doświadczenie przerywania wypowiedzi; 2 — bycie obmawianym; 3 — poczucie ciągłej kontroli i oceny; 4 — bycie traktowanym z pozycji władzy; 5 — bycie krzywdzonym; 6 — bycie ignorowanym; 7 — otrzymywanie zadań przekraczających możliwości i umiejętności.

Źródło: Badania własne.

Zachowania nieetyczne najrzadziej doświadczane przez badanych pracowników to dyskryminacja (ze względu na stan zdrowia i ze względu na wyznanie), skracanie dystansu i molestowanie seksualne (doświadczanie obraźliwych gestów czy propozycji seksualnych). Pracownicy rzadko też doświadczają ze strony innych sugestii, że nie są całkiem zdrowi psychicznie.

Podsumowanie wyników badań i wnioski

Wyniki badań potwierdzają zaproponowany w modelu związek między niektórymi ze zmiennych niezależnych a deklarowanym przez badanych zadowoleniem z pracy. Niektóre zmienne można uznać za sprzyjające zadowoleniu z pracy, a tym samym podnoszące jakość życia człowieka.

Zmienne, które w największym stopniu warunkują możliwość czerpania satysfakcji z wykonywanej przez człowieka pracy, to: „częstość doświadczania zachowań nieetycznych z perspektywy ofiary” (im rzadziej osoba czuje się ofiarą, tym bardziej jest zadowolona z pracy), „kierowanie” oparte na wysokich kompetencjach zwierzchników, którzy są akceptowani i uznawani przez podwładnego za dobrych fachowców, „wykonanie” (poczucie, że organizacja zachęca pracownika do podejmowania ambitnych zadań, nacisk organizacji na jakość wykonania), „konformizm” (poczucie,

że istnieje wiele narzuconych zasad, procedur, przepisów i sposobów, jakim pracownik musi się poddawać, zamiast wykonywać swoją pracę tak, jak uważa za stosowne) oraz forma własności firmy (praca w jednostkach budżetowych lub samorządowych oraz w firmach państwowych i komunalnych wiąże się z większym zadowoleniem niż praca w firmach prywatnych własnych lub rodzinnych i w spółkach).

Wyniki podjętych badań prowadzą do wniosku, który wydaje się oczywisty: im rzadziej osoba czuje się ofiarą zachowań nieetycznych, tym jest bardziej zadowolona z pracy. Podobnie, im bardziej wspierający jest klimat organizacji w opisanych trzech wymiarach, tym większe zadowolenie z pracy osób tam zatrudnionych. Można przypuszczać, że pracownikom łatwiej czerpać satysfakcję z pracy w organizacjach kierowanych przez kompetentnych zwierzchników, profesjonalistów, mających fachową wiedzę i doświadczenie, powierzających podwładnym ambitne, ciekawe zadania, w których wykonaniu kładzie się nacisk na wysokie standardy i jakość. Okazuje się też, że ludzie preferują porządek, a chaos im nie odpowiada. Konformizm w sytuacji wielości przepisów, narzuconych z zewnątrz procedur i zasad, jakim trzeba się podporządkować, może nie zawsze jest łatwy, ale prowadzi do porządku i jednoznaczności.

Z większym zadowoleniem z pracy wiąże się zatrudnienie w firmach budżetowych, samorządowych i państwowych, a nie w firmach prywatnych; być może dlatego, że organizacje te stawiają całkiem inne wymagania pracownikowi i różna jest odpowiedzialność osób w nich zatrudnionych. Osoby pracujące w jednostkach budżetowych i państwowych mogą czuć się bardziej bezpieczne oraz mniej odpowiedzialne, a tym samym mniej obciążone kosztami psychologicznymi i stresem, jakie wiążą się z pracą. Oczywiście takie spostrzeżenia wymagają dalszych eksploracji empirycznych.

Badani, relacjonując częstość doświadczania przez siebie poszczególnych zachowań nieetycznych, wskazali jako najczęściej i najrzadziej występujące te same kategorie zachowań, z tym, że przyznawali się do częstszego ich obserwowania jako świadkowie niż bezpośredniego doświadczania tych zachowań (bycia ich ofiarą).

Zmienne „częstość doświadczania zachowań nieetycznych z perspektywy ofiary” i „częstość doświadczania zachowań nieetycznych z perspektywy świadka” były w modelu pierwotnym zmiennymi nadmiarowymi (niskie wskaźniki tolerancji sugerowały ich powiązanie). Usunięcie zmiennej o niższej tolerancji, czyli zmiennej „częstość doświadczania zachowań nieetycznych z perspektywy świadka”, spowodowało istotną poprawę modelu. Nie podważa to jednak w żaden sposób omówionej wcześniej metody pomiaru doświadczanych zachowań nieetycznych z perspektywy ich świadka. Prośba o odniesienie się do obserwacji za-

chowania się współpracowników badanego zamiast relacjonowania jego własnych doświadczeń w badaniu zachowań nieetycznych wydaje się zasadna — wyższe wyniki wskazują, że badanym najwyraźniej łatwiej było przyznać się do doświadczania zachowań nieetycznych z perspektywy ich obserwatora niż ofiary.

Zachowania nieetyczne, które zdarzają się badanym najczęściej, przynależą do kategorii „bycie ignorowanym” (doświadczanie przerywania wypowiedzi, nieodwzajemnianie ich pozdrowienia, bycie traktowanym „jak powietrze”), demonstrowanie władzy i siły (doznawanie traktowania z pozycji władzy, poczucie ciągłej kontroli i oceny, krzywdzenie polegające na pomijaniu przy awansie i przydzielaniu mniej ciekawych i mniej intratnych zadań lub zadań przekraczających możliwości i umiejętności jednostki). Badanym rzadko zdarza się być dyskryminowanymi, rzadko też zaznaczali oni kategorię „molestowanie seksualne i obraźliwe gesty”. Najczęściej wskazywane przez badanych zachowania nieetyczne należą do sfery relacji międzyludzkich, związane są z brakiem relacji partnerskich, z brakiem szacunku oraz poszanowania praw podwładnego przez zwierzchnika. Głównie stąd wynika poczucie pokrzywdzenia relacjonowane przez badanych, które skutkuje najpewniej spadkiem zadowolenia z pracy i obniżeniem jakości ich życia.

Uzyskane rezultaty analiz są zgodne z wynikami wcześniejszych badań, które potwierdzają wpływ przełożonego na odczuwanie zadowolenia z pracy przez podwładnego. Badania te wskazują, że stosunki ze zwierzchnikami oraz nagradzanie przez nich są jednymi z ważniejszych źródeł satysfakcji z pracy. Szefowie mogą zapewniać korzyści materialne i społeczne, są źródłem bardziej wymiernego wsparcia niż współpracownicy, bo mogą pomóc w awansie, uzyskaniu podwyżki i polepszeniu warunków pracy; wsparcie kierownictwa redukuje także wpływ stresu oraz lęki i depresje. Inne badania wskazują, że uznanie ze strony przełożonych, bycie członkiem spójnego zespołu oraz odpowiedzialność i awans to główne źródła satysfakcji z pracy (Argyle, 2004; Kaplan, Cowen, 1981).

Kierunki dalszych badań

Badanie, którego wyniki zaprezentowano w tym artykule, koncentrowało się na środowiskowych i organizacyjnych uwarunkowaniach zadowolenia z pracy. Dowiodło wpływu formy własności firmy, wybranych wymiarów klimatu organizacyjnego oraz częstości doświadczania zachowań nieetycznych w pracy z perspektywy ofiary na zadowolenie z pracy.

Zastanawiający jest jednak związek satysfakcji z pracy z czynnikami indywidualnymi. Czy, a jeśli tak, to które z nich odgrywają kluczową rolę, przyczyniając się do czerpania radości z pracy? Janusz Czapiński (1998) podkreśla związek zadowolenia z pracy z poziomem optymizmu, samopoczuciem i wolą życia. Należałoby ustalić, co jest pierwotne, a co wtórne, co jest przyczyną, a co skutkiem zadowolenia: czy jest tak, że satysfakcja z pracy to warunek naszego szczęścia i wyższej jakości życia, czy też odwrotnie — pewne skłonności osoby, w tym jej optymizm, warunkują poziom zadowolenia z pracy. Oznaczałoby to, że jakość życia jest pochodną tych cech. A może obie hipotezy są słuszne? Wyniki badań (por. Schmitt, Bedeian, 1982), dotyczące przyczynowo-skutkowego modelu związku między satysfakcją z pracy a zadowoleniem z życia, wydają się to potwierdzać.

Bibliografia

- Adams A., 1992: *Bullying at work: How to confront and overcome it*. London.
- Adams J.S., 1965: *Inequity in social exchange*. In: *Advances in experimental social psychology*. Ed. L. Berkowitz. New York, s. 267—299.
- Andreoli N., Lefkowitz J., 2008: *Individual and organizational antecedents of misconduct in organizations*. "Journal of Business Ethics", vol. 85 (3), s. 309—332.
- Appelberg K. et al., 1991: *Interpersonal conflicts at work and psychosocial characteristics of employees*. "Social Science Medicine", vol. 32 (9), s. 1051—1056.
- Argyle M., 2004: *Psychologia szczęścia*. Przeł. T. Kunz. Wrocław.
- Bańka A., 1995: *Jakość życia w psychologicznym doświadczeniu codzienności związanym z rozwojem zawodowym, pracą i bezrobociem*. W: *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*. Red. A. Bańka, R. Derbis. Poznań—Częstochowa, s. 9—23.
- Bauman Z., 2000: *Ponowoczesność jako źródło cierpienia*. Warszawa.
- Benin M.H., Nienstedt B.C., 1985: *Happiness in single- and dual-earner families: the effects of marital happiness, job-satisfaction and life cycle*. "Journal of Marriage and the Family", vol. 47, s. 975—984.
- Biernacka M., 2009: *Człowiek korporacji. Od normatywizmu do afirmacji własnego Ja*. Warszawa.
- Bluen S.D., Barling J., Burns W., 1990: *Predicting sales performance, job satisfaction, and depression by using the Achievement Strivings and Impatience-Irritability dimensions of Type A behavior*. "Journal of Applied Psychology", vol. 75 (2), s. 212—216.
- Bratnicki M., Kryś R., Stachowicz D., 1988: *Kultura organizacyjna przedsiębiorstw. Studium kształtowania procesu zmian w zarządzaniu*. Wrocław.
- Brodsky C.M., 1976: *The harassed worker*. Toronto, Ontario.
- Chomczyński P., 2008: *Proces stawiania się ofiarą*. Łódź.

- Chudzicka A., Makselon-Kowalska B., 2004: *Zachowania nieetyczne w środowisku pracy. Kontekst interpersonalny*. W: *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy. Zjawiska współczesnej cywilizacji*. Red. K. Popiołek. Poznań, s. 232—234.
- Chudzicka-Czupała A., Makselon-Kowalska B., 2005: *Sprawca mobbingu czy ofiara? Psychologiczna charakterystyka nieetycznych zachowań interpersonalnych w organizacji*. W: *Kapitał ludzki w dobie integracji i globalizacji*. Red. B. Kożusznik. Katowice, s. 279—290.
- Czapiński J., 1998: *Jakość życia Polaków w czasie zmiany społecznej*. Warszawa.
- Czapiński J., red., 2008: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Warszawa.
- Derbis R., Bańka A., 1998: *Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność*. Poznań.
- Diener E., Lucas R.E., Oishi S., 2004: *Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia*. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 35—50.
- Freud Z., 1992: *Kultura jako źródło cierpień*. Przeł. J. Prokopiuk. Warszawa.
- Freud Z., 1995: *Kultura jako źródło cierpień*. Przeł. R. Reszke. Warszawa.
- Handy C., 1996: *Wiek paradoksu. W poszukiwaniu sensu przyszłości*. Przeł. T. Jesień. Warszawa.
- Hoge D.R., Luna C.L., Miller D.K., 1987: *The return of the fifties: Trends in college students' values between 1952 and 1984*. "Sociological Forum", vol. 2, no. 3, s. 500—551.
- Joseph J., Berry K., Deshpande S.P., 2009: *Impact of emotional intelligence and other factors on perception of ethical behavior of peers*. "Journal of Business Ethics", vol. 89, s. 539—546.
- Kaplan E.M., Cowen E.L., 1981: *Interpersonal helping behavior of industrial foremen*. "Journal of Applied Psychology", vol. 66, s. 633—638.
- Katz D., Kahn R., L., 1979: *Spoleczna psychologia organizacji*. Przeł. B. Czarniawska. Warszawa.
- Kish-Gephart J.J., Harrison D.A., Trevino L.K., 2010: *Bad apples, bad cases, and bad barrels: Meta-analytic evidence about sources of unethical decisions at work*. "Journal of Applied Psychology", vol. 95, s. 1—31.
- Kolb D., Rubin I., McIntyre J., 1974: *Organizational psychology. An experimental approach*. New Jersey.
- Kożusznik B., 1998: *Psychologia zespołu pracowniczego*. Katowice.
- Kożusznik B., 2007: *Zachowania człowieka w organizacji*. Warszawa.
- Kożusznik B., Jezierski T., 1984: *Psychologia doskonalenia zespołów. Wybrane zagadnienia*. Katowice.
- Kreitner R., Kinicki A., 1992: *Organizational behaviour*. Burr Ridge.
- Laszczak M., 1999: *Patologie w organizacji. Mechanizmy powstawania. Zwalczanie. Zapobieganie*. Kraków.
- Leymann H., 1990: *Mobbing and psychological terror at workplaces*. "Violence and Victims", vol. 5, s. 119—126.
- Leymann H., 1996: *The content and development of bullying at work*. "European Journal of Work and Organizational Psychology", vol. 5, s. 165—184.
- Lipińska-Grobelny A., 2007: *Kultura i klimat organizacyjny — zarys problematyki*. W: *Klimat organizacyjny i jego konsekwencje dla funkcjonowania pracowników*. Red. A. Lipińska-Grobelny. Łódź, s. 11—33.
- Lyubomirsky S., King L., Diener E., 2005: *The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success*. "Psychological Bulletin", vol. 131, 6, s. 803—855.

- McKenna B.G. et. al., 2003: *Horizontal violence: experiences of registered nurses in their first year of practice*. "Journal of Advanced Nursing", vol. 42 (1), s. 90—96.
- Nicarthy G., Gottlieb N., Coffman S., 1993: *You don't have to take it! A woman's guide to confronting emotional abuse at work*. Washington, Seattle.
- Quine L., 1999: *Workplace Bullying in NHS Community Trust: Staff Questionnaire Survey*. "British Medical Journal", vol. 318, s. 228—232.
- Rapley M., 2003: *Quality of life research — a critical introduction*. London.
- Ratajczak Z., 2007: *Psychologia pracy i organizacji*. Warszawa.
- Roberts K., Parsell G., 1987: *Recent changes in the pathways from school to work*. In: *The social world of adolescents. International perspectives*. Eds. K. Hurrelmann, U. Engel. Berlin, s. 369—391.
- Robbins S.P., 1998: *Zachowania w organizacji*. Przel. A. Ehrlich. Warszawa.
- Schein E.H., 1996: *Culture: The missing concept in organization studies*. "Administrative Science Quarterly", vol. 41, s. 229—240.
- Schmitt N., Bedeian A.G., 1982: *A comparison of LISREL and two-stage least squares analysis of a hypothesized life-job satisfaction, reciprocal relationship*. "Journal of Applied Psychology", vol. 67, s. 806—817.
- Schultz D.P., Schultz S.E., 2006: *Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy*. Przel. G. Kranas. Warszawa.
- Sirota D.L., Mischkind A., Meltzer M.I., 2005: *The enthusiastic employee: How companies profit by giving workers what they want*. New Jersey.
- Weiss H.M., Cropanzano R., 1996: *Affective events theory: A theoretical discussion of the structure, causes, and consequences of affective experiences at work*. "Research in Organizational Behavior", vol. 18, s. 1—74.
- Vardi Y., 2001: *The effects of organizational and ethical climates on misconduct at work*. "Journal of Business Ethics", vol. 29, s. 325—337.
- Vartia M., 1991: *Bullying at workplaces*. In: *Towards the 21st century, work in the 1990s, International Symposium on Future Trends in the Changing Working Life, 13—15 August 1991, Helsinki, Finland*. Eds. S. Lehtinene et al. Helsinki, s. 131—135.
- Vartia M., 1996: *The sources of bullying — psychological work environment and organizational climate*. "European Journal of Work and Organizational Psychology", vol. 5, s. 203—214.
- Yankelovich D., 1981: *The new rules: Searching for self-fulfillment in a world turned upside down*. New York.

Aneks

Załącznik 1

Metoda oceny satysfakcji z pracy oraz wielkości i formy własności organizacji

1. Oceń, jak bardzo jesteś zadowolony ze swojej pracy zawodowej (zaznacz wybraną liczbę, która określa stopień Twego zadowolenia z pracy)

wcale nie jestem zadowolony

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 jestem bardzo zadowolony

Proszę, zaznacz krzyżykiem wybraną odpowiedź:

2. Forma własności firmy, w której pracujesz, to:
- jednostka budżetowa lub samorządowa
 - przedsiębiorstwo państwowe lub komunalne
 - przedsiębiorstwo spółdzielcze
 - firma prywatna (spółka)
 - firma prywatna (moja własna lub rodzinna)

3. Liczba osób zatrudnionych w Twojej firmie (wielkość firmy):

do 9 osób

od 10 do 49 osób

od 50 do 249 osób

250 osób i więcej

Kwestionariusz Zachowań Nieetycznych w Pracy

W tabeli opisano zachowania, które mogą mieć miejsce tam, gdzie pracujesz.

Ty sam(a) możesz doświadczać poszczególnych rodzajów zachowania ze strony innych — Twoich współpracowników, szefa, możesz również być świadkiem takich form zachowania ze strony innych w stosunku do Twoich koleżanek/kolegów z pracy (obserwować, jak doświadczają tego inni).

Pamiętaj, że badania są anonimowe. Każda odpowiedź jest dobra, jeśli jest szczerą.

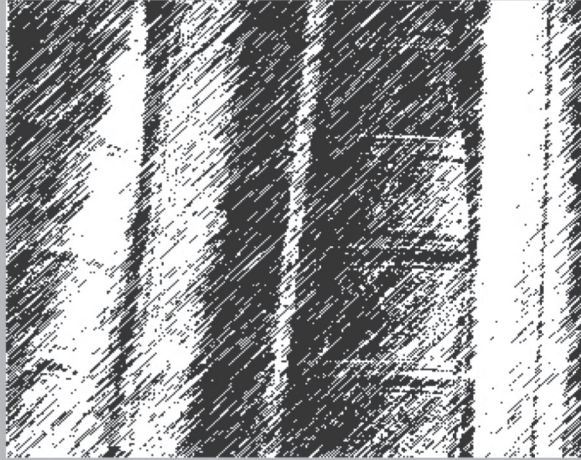
Ustosunkuj się do każdego z tych zachowań i wskaż odpowiedź, która oznacza częstość ich występowania: 1 — „nigdy”, 2 — „czasem”, 3 — „często”.

W moim miejscu pracy:	Doświadczyłam(-em)/ doświadczam tego osobiście w mojej firmie			Wiem, że zdarzyło/zdarza się to pracownikom mojej firmy		
	nigdy 1	czasem 2	często 3	nigdy 1	czasem 2	często 3
1. Traktuje się niektórych pracowników jak powietrze, ignoruje się ludzi, np. poprzez nieodwzajemnianie pozdrowienia, zbywanie						
2. Nie reaguje się na prośbę pracownika o rozmowę czy spotkanie						
3. Nie informuje się wszystkich osób o wspólnych spotkaniach w pracy, np. czyichś urodzinach w pracy, spotkaniu wigilijnym						
4. Przerывa się ludziom wypowiedzi w pół zdania						
5. Nie odpowiada się na wiadomości e-mail lub nie odbiera się z premedytacją telefonu od niektórych pracowników						
6. Ukrywa się przed niektórymi pracownikami informacje lub materiały, których potrzebują						

7. Odbiera się zadania pracownikowi i oddaje się je komuś innemu, młodszemu lub zajmującemu niższe stanowisko						
8. Daje się niektórym pracownikom do wykonania zadania przekraczające ich umiejętności i możliwości						
9. Pociąga się jedną osobę do odpowiedzialności za zadania wykonane w grupie						
10. Oskarża się pracownika o rzeczy, za które on nie odpowiada						
11. Naciska się na niektórych pracowników, aby zmienili pracę, odeszli z firmy						
12. Obmawia się, rozsiewa się plotki na czyjś temat, także na temat prywatnego życia pracowników						
13. Podważa się poczucie odpowiedzialności czy uczciwość niektórych pracowników						
14. Kwestionuje się zawodowe kompetencje niektórych pracowników						
15. Ma miejsce pisanie donosów, skarg na niektórych pracowników						
16. Sugeruje się, że niektórzy pracownicy nie są całkiem zdrowi psychicznie						
17. Ma miejsce skracanie dystansu (np. nadmierne spoufalanie się, wszczynanie rozmów na intymne tematy czy kierowanie niestosownych próśb)						
18. Zdarza się składanie się prozycji seksualnych						

19. Niektórzy pracownicy doświadczyli obraźliwych gestów (np. klapsy, podszczypywanie)						
20. Poniża się kogoś w obecności innych za pomocą gestów, tzw. mowy ciała (np. złośliwe uśmiechy, spojrzenia)						
21. Mówi się o niektórych pracownikach w sposób lekceważący lub poniżający ich w obecności osób trzecich						
22. Negatywnie ocenia się sposób, w jaki niektóre osoby wykonują swoją pracę, niezależnie od ich starań i faktycznych osiągnięć						
23. Podkreśla się, że czyjaś praca jest bezwartościowa i nieważna						
24. Z premedytacją doszukuje się błędów w rezultatach czyjejś pracy						
25. Ogranicza się pracownikowi możliwość kontroli i wpływania na sytuację (np. poprzez decydowanie o losie pracownika bądź o przydzielonych mu zadaniach bez konsultacji z nim)						
26. Pracownikom towarzyszy poczucie, jakby byli cały czas kontrolowani i oceniani						
27. Krzywdzi się pracowników (np. pomija się niektóre osoby przy awansie, przy przydzielaniu zadań przynoszących dodatkowe korzyści)						
28. Traktuje się pracowników z pozycji władzy (np. przymuszanie, nakazywanie, nietolerowanie sprzeciwu, podkreślanie własnej pozycji)						

29. Nie dotrzymuje się warunków umowy (np. nie wypłaca się pensji czy premii na czas, zmusza do pracy po czasie)						
30. Szantażuje się pracowników						
31. Zastrasza się niektórych pracowników i grozi się im negatywnymi skutkami (np. wyrzuceniem z pracy, kompromitacją)						
32. Wywołuje się negatywne emocje u pracowników (np. doprowadza się kogoś do płaczu, wywołuje silne i niezasłużone poczucie winy)						
33. Używa się przemocy fizycznej wobec niektórych pracowników						
34. Niszczy się czyjeś rzeczy, dokumenty						
35. Dyskryminuje się pracowników ze względu na wiek						
36. Dyskryminuje się pracowników ze względu na płeć						
37. Dyskryminuje się pracowników ze względu na orientację seksualną						
38. Dyskryminuje się pracowników ze względu na wyznanie						
39. Dyskryminuje się pracowników ze względu na stan zdrowia						



MARIOLA PARUZEL-CZACHURA

Jakość życia a poczucie sukcesu i merkantylizm psychiczny u osób aktywnych zawodowo

Niekiedy mówił o nowej jakości życia, podkreślał fakt, że każdy z nas może i powinien ją odkryć.

Mircea Eliade (1990, s. 145)

Quality of life, sense of success and psychological mercantilism among professionally active people

Abstract: This article presents empirical research on quality of life, success and psychological mercantilism among entrepreneurs, employees of state and private companies (2010). Among the many psychological theories have been selected concepts that stress multidimensionality: personalistic-existential concept of quality of life of Maria Straś-Romanowska, the concept of success of Dominika Dej, Ute Stephan, Marian Gorgievsky and the mental concept of mercantilism by Małgorzata Górnik-Durose. The results indicate significant differences in the level of quality of life, psychological mercantilism and success among the professionally active people and the existence of weak or moderate correlation between the quality of life, success and psychological mercantilism.

Key words: quality of life, economic activity, success, psychological mercantilism.

Założenia teoretyczne

W czasach współczesnych większość ludzi niewątpliwie chce osiągnąć szczęście, żyć na określonym „poziomie” oraz odnosić sukcesy. Z tymi zjawiskami związane są psychologiczne kategorie jakości życia, sukcesu i materialnego poziomu życia (dobrobytu). Celem działań jednostki jest stałe podnoszenie jakości swojej egzystencji lub też utrzymywanie jej na tym samym poziomie, o ile satysfakcjonuje on człowieka. W psychologii — jako dziedzinie nauki zajmującej się różnymi aspektami funkcjonowania człowieka — podejmowane są próby odpowiedzi na pytanie o to, kiedy tak naprawdę człowiek ma poczucie wysokiej jakości życia i odniesionego sukcesu. Do tej pory udało się psychologom ustalić istotny fakt, iż dla wysokiej jakości życia i poczucia sukcesu ważne są nie tylko czynniki materialne, lecz także psychiczne, takie jak cechy osobowości, temperament czy kompetencje (por. np. Straś-Romanowska, 1992a, 1992b; Bańka, Derbis, 1995; Dej, 2007, 2009; Dej, Stephan, Richter, 2007; Dej et al., 2009). W niniejszym artykule zostaną przedstawione wyniki badań, których celem było zmierzenie poziomu jakości życia, merkantylnizmu psychicznego i poczucia sukcesu osób aktywnych zawodowo oraz relacji między jakością życia, poczuciem sukcesu i merkantylnizmem psychicznym u osób w tej grupie.

Praca niewątpliwie stanowi znaczącą część życia każdego z nas, powinna zaspokajać nie tylko nasze potrzeby fizyczne, lecz także społeczne, emocjonalne, a nawet duchowe. W Polsce mamy do czynienia z trzema najczęściej spotykanymi formami zatrudnienia: praca w firmie państwowej, prywatnej lub też samozatrudnienie. Powstają tym samym trzy ważne grupy społeczne, które zostały uwzględnione w prezentowanych tu badaniach empirycznych: ci, którzy pracują w warunkach najbezpieczniejszych psychologicznie, czyli w sferze „państwowej”, ci, którzy ponoszą większe ryzyko, pracując jako pracownicy najemni w prywatnych przedsiębiorstwach, oraz ci, którzy akceptują ryzyko w sferze ekonomicznej i ponoszą je na co dzień jako przedsiębiorcy (por. Marody, Hauser, 1999; Marody, 2000, 2007). Psychologowie stale zgłębiają zmienne psychiczne cechujące osoby w każdej z tych grup, a niniejszy artykuł ma na celu uzyskanie odpowiedzi na pytanie o różnice między nimi pod względem jakości życia, merkantylnizmu psychicznego i sukcesu. Poznanie tych różnic może pozwolić na ustalenie, która z form aktywności zawodowej w największym stopniu sprzyja utrzymaniu zdrowia psychicznego.

W zależności od konkretnych ujęć różnie rozumie się jakość życia, sukces, orientację materialistyczną oraz wyróżnia odmienne czynniki

je warunkujące. Prezentowane badania oparte zostały na teoriach, których walorami są wieloaspektowe ujęcie człowieka oraz podkreślenie roli czynników subiektywnych w osiągnięciu wysokiej jakości życia i poczucia sukcesu.

Jakość życia analizowana jest w kontekście koncepcji Marii Straś-Romanowskiej (1992a). Koncepcja ta uwzględnia cztery wymiary jakości życia: psychospołeczny, psychofizyczny, podmiotowy i metafizyczny, a więc duchowy, jakże często pomijany w nauce. **Sfera psychofizyczna** (zwana także biologiczną) dotyczy szeroko pojętej cielesności, popędowości człowieka. Przejawem zakłócenia tej sfery jest choroba, a rządzącą nią prawo to homeostaza. **Sfera psychospołeczna** (zwana również społeczną) obejmuje świat społeczny jednostki, a więc zapewnia jej poczucie przynależności, bezpieczeństwa i tożsamości społecznej. Istotne jest, by każdy człowiek odnalazł swoje miejsce w społeczeństwie i utrzymywał więzi z innymi ludźmi, co sprzyja poczuciu akceptacji i własnej wartości. **Sfera podmiotowości** podkreśla indywidualność i niezależność człowieka jako członka szerszej grupy społecznej. Wyraża się w poczuciu odpowiedzialności za własne życie, samodzielnym podejmowaniu decyzji. Przejawem sfery podmiotowości jest realizacja osobistych zainteresowań, celów, pomagająca w osiągnięciu samorealizacji i prowadzeniu życia autentycznego. **Sfera metafizyczna** obejmuje aspekt duchowy człowieka, a więc uniwersalne, ponadczasowe wartości, takie jak dobro, prawda, miłość, które wyróżniam za filozofem Maxem Schelerem. Doświadczenia w tej sferze wiążą się z przeżyciami metafizycznymi, ale i granicznymi (np. śmierci, cierpienia), dialogowość dotyczy jedności z bytami transcendentnymi, zachowania jednostki zgodne są z wartościami absolutnymi, jakie wyznaje, a proces twórczy — z autotranscendencją. Uwzględnia się w tej sferze również przeżycia religijne, chociaż w sferze duchowej nadawanie sensu życiu może odbywać się poza obszarem wiary. Na podstawie teorii Straś-Romanowskiej można stwierdzić, że człowiek mający wysoką jakość życia to osoba zadowolona z relacji z innymi ludźmi, ze swojego zdrowia, z samorozwoju, posiadająca także poczucie sensu własnej egzystencji.

Sukces rozumiany jest tu — zgodnie z ujęciem Dominiki Dej, Ute Stephan i Marian Gorgiewski (Dej, 2007, 2009; Dej, Stephan, Richter, 2007; Dej et al., 2009) — wieloaspektowo, tzn. uwzględnia się nie tylko jego wymiar materialny (zwiększenie własnych dochodów, życie na wysokim poziomie, bezpieczeństwo finansowe przedsiębiorcy i jego rodziny), lecz także osobisty sukces niefinansowy (równowaga między życiem prywatnym a zawodowym, czas dla siebie, podejmowanie decyzji i wyzwania, rozwój osobisty), sukces społeczny (przyczynianie się do rozwoju dobra społecznego, społeczna odpowiedzialność za pracowników,

tworzenie nowych miejsc pracy, reputacja profesjonalisty), relacje z pracownikami i klientami firmy (pozytywne stosunki z klientami, satysfakcja pracowników i ich lojalność wobec firmy, pozytywny i wspierający klimat pracy). Istotne jest to, że uwzględnia się tu ważność danego kryterium sukcesu dla jednostki oraz stopień realizacji tej wartości.

Sukces często rozumiany jest przede wszystkim w kategoriach materialnych. Warto zatem zapytać o to, czy indywidualna orientacja, która stawia w centrum aspiracji życiowych osiągnięcia i komfort materialny, czyli orientacja materialistyczna, ma znaczenie zarówno dla definiowania sukcesu w różnych kategoriach, jak i dla jakości życia. Materializm jako konstrukt pojawia się w badaniach psychologicznych już od kilku dekad, jednakże wątpliwości budzi jego konceptualizacja (por. Górnik-Durose, 2007). Za podstawę własnych badań przyjąłam zatem opracowaną przez Małgorzatę Górnik-Durose koncepcję merkantylizmu psychicznego (ibidem), która terminologicznie nawiązuje do koncepcji Ericha Fromma (1995). Filozof ten uważał, że da się wyróżnić tzw. charakter merkantylny, który polega na patrzeniu na siebie jak na „towar”, „wartość wymienną” oraz na łatwości adaptacji do oczekiwań innych ludzi. Dla osób o takim charakterze najbardziej liczą się efekty materialne, a wartości egzystencjalne, emocje, bliskie relacje z innymi są mniej istotne. Istnienie tych osób opiera się na biernym posiadaniu, nie zaś na „byciu”, będącym odejściem od egoizmu w stronę dawania samego siebie w relacjach z innymi ludźmi i aktywnej realizacji zdolności tkwiących w człowieku. Górnik-Durose redefiniuje pojęcie materializmu, uwzględniając człowieka wartości, motywację i specyficzną wizję świata, która leży u podłoża materializmu, oraz preferencje co do sposobu autoprezentacji jednostki. Według autorki, materializm wiąże się z cenieniem wartości zewnętrznych, motywacją zewnętrzną, pewnym „zespołem przekonań na temat tego, jak świat jest zorganizowany i jakimi zasadami się rządzi” (Górnik-Durose, 2007, s. 13). Zespół ten dotyczy uzależniania poczucia własnej wartości, odniesionego sukcesu i szczęścia od posiadanych dóbr, popularności, a także wiąże się z uprzedmiotawianiem innych ludzi oraz związanymi z tym manipulacjami. Merkantylizm psychiczny jest tutaj rozumiany jako „kompleks psychiczno-behawioralny (czyli zespół procesów psychicznych i tendencji do zachowywania się w określony sposób), którego rdzeniem jest przekonanie, iż w relacjach społecznych najważniejsze jest uzyskiwanie rezultatów w postaci korzyści zewnętrznych (tzn. pieniędzy, wizerunku i popularności, czyli *money, image & fame*)” (ibidem, s. 16). Osoba o wysokim poziomie merkantylizmu psychicznego w centrum będzie stawiała wartości materialistyczne, takie jak bogactwo, sukcesy, a nie mądrość, wiarę, szacunek dla tradycji czy tolerancję. Osobę tę będzie również ce-

chowala merkantylna wizja swiata, której przykładem mogą być stwierdzenia podkreślające, że warto mieć wpływowych znajomych lub też robić w życiu to, co się finansowo opłaca. Dla osób merkantylnych istotny jest również sposób wchodzenia w relacje z innymi ludźmi, charakteryzujący się podkreślaniami roli przedmiotów materialnych w dobrym życiu ze szkodą dla relacji z bliskimi. Ponadto, jednostki o wysokim poziomie merkantylizmu psychicznego w specyficzny sposób prezentują się innym ludziom. Materialistyczna „pawia” autoprezentacja dotyczy ludzi, którzy lubią chwalić się posiadanymi dobrami, w ich mniemaniu podkreślającymi wartościowość ich właściciela. Jeśli uwzględnimy się w badaniach kategorię merkantylizmu psychicznego, zaproponowaną — w miejsce tradycyjnie rozumianego materializmu — przez Górnika-Durose, to warto zapytać, czy osoby o wysokim poziomie merkantylizmu psychicznego, charakteryzujące się takimi cechami psychicznymi i zachowaniami, które związane są z przekonaniem, iż z każdej międzyludzkiej relacji należy wynieść jakąś korzyść, będą inaczej spostrzegać swój sukces niż osoby niemarkantylne oraz czy taka orientacja będzie się wiązała w jakiś sposób z poczuciem jakości życia.

Problem badawczy, pytania i hipotezy

Jak już wspomniano na wstępie, rozważania na temat jakości życia i poczucia sukcesu nie mogą pomijać niezwykle istotnej sfery funkcjonowania człowieka, jaką jest sfera zawodowa. W prezentowanych badaniach — w nawiązaniu do koncepcji Mirosławy Marody (2000, 2007; Marody, Hauser, 1999), która podzieliła Polskę na tzw. sprywatyzowaną, państwową i na zasiłku — skupiono się na trzech grupach osób aktywnych zawodowo: przedsiębiorcach, pracownikach firm prywatnych oraz pracownikach firm państwowych. W opinii Marody, sektor instytucji prywatnych charakteryzuje się tym, iż dochód jednostek zależy od wykonanej pracy, w sektorze instytucji publicznych zaś istotniejsze dla wysokości dochodu jest zajmowane stanowisko pracy niż wysiłek włożony w wypełnianie swoich obowiązków. Zgodnie z mechanizmami rynkowymi, pracownicy firm prywatnych muszą sprzedać swoje zasoby, a więc liczą się ich indywidualne osiągnięcia. Taki stan rzeczy wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zawodowym i z większym prawdopodobieństwem utraty pracy, ale także z wyższymi zarobkami. Sektor ten tworzą przedsiębiorcy i pracownicy firm prywatnych. Polska „państwowa” działa według praw narzuconych przez daną instytucję, za którą kryją się idee

społeczno-ideologiczne (np. prestiż danego etatu). Najważniejsza w pracy „państwowej” jest pozycja w siatce etatów i maksymalizacja bezpieczeństwa, która pociąga za sobą niższe dochody. Trzeci sektor obejmuje Polskę „na zasiłku”, a więc osoby, które nie są aktywne zawodowo. Ta grupa nie została uwzględniona w niniejszej analizie.

Można przypuszczać, iż wzrost jakości życia pociąga za sobą wzrost poczucia odniesionego sukcesu, i odwrotnie — poczucie odniesionego sukcesu podnosi ocenę jakości własnego życia. Negatywnej relacji można się spodziewać zarówno między poczuciem sukcesu, jak i między jakością życia a merkantylizmem psychicznym. Jak stwierdziła Katarzyna Biegańska (2000), jakość życia może być uznana za miarę sukcesu, stąd też zmienne te stanowią dwa nierozłączne elementy wpływające na psychologiczne funkcjonowanie jednostki. Można również zauważyć, iż skoro poczucie sukcesu koreluje ze zdrowiem przedsiębiorcy — co potwierdziło już wiele badań, w których sukces był ujmowany także od strony subiektywnej (por. Gorgievski-Duijvesteijn et al., 2005; Stephan, Richter, 2006) — to jest prawdopodobne, że sukces będzie pozytywnie korelował z jakością życia, której jeden z aspektów stanowi zdrowie (por. Dziurawicz-Kozłowska, 2002). Ponadto, sukces i jakość życia zawierają podobne elementy, bliskie są sobie zwłaszcza sukces niefinansowy i sfera podmiotowa oraz psychospołeczna. Jeśli chodzi o sukces finansowy, to prawdopodobnie jego wysoki poziom również będzie pozytywnie korelował z jakością życia. Przykładowo, by osiągać wysokie wyniki na skali psychofizycznej, trzeba cieszyć się dobrym zdrowiem lub też posiadać środki finansowe, by utrzymywać swój stan zdrowia.

Obecnie koncepcja merkantylizmu psychicznego dopiero się rozwija, nie posiadamy dotąd danych na temat relacji tego konstruktów z jakością życia człowieka. Można jednak przypuszczać, że skoro liczne badania wskazują na negatywną korelację materializmu z dobrostanem psychicznym (ang. *psychological well-being*) (por. LaBarbera, Gürhan, 1997; Christopher et al., 2004), satysfakcją życiową (ang. *life satisfaction*) (por. Ryan, Dziurawiec, 2001), ze szczęściem (ang. *happiness*) (por. Kasser, Ahuvia, 2002), które są psychologicznymi aspektami jakości życia (ang. *quality of life*), to również istnieje negatywna korelacja merkantylizmu psychicznego z poziomem jakości życia we wszystkich pięciu jej aspektach. Przykładowo, Tim Kasser i Richard Ryan (1993) udowodnili istnienie związku między materializmem a gorszym przystosowaniem, obniżonym dobrostanem psychicznym i zaburzeniami w zachowaniu. Wydaje się też, że dla osób o podwyższonym poziomie merkantylizmu ważniejsze niż aspekty społeczne czy metafizyczne będą materialne aspekty jakości życia, tj. poziom życia (warunki bytu w danym społeczeństwie) i dobrobyt (ilość posiadanych zasobów, dóbr).

Brak również danych na temat związku merkantylnizmu psychicznego z poczuciem odniesionego sukcesu. Analiza pojęć zdaje się jednak prowadzić do wniosku, iż związek ten może przybrać postać negatywnej korelacji. Oznaczałoby to, iż osoby o wysokim poziomie merkantylnizmu psychicznego mają niższe poczucie odniesionego sukcesu, jeśli sukces ten rozumiemy całościowo, tzn. uwzględniając nie tylko wyniki w pracy i dochód, lecz także relacje z innymi ludźmi w życiu zawodowym i prywatnym, utrzymywanie życia towarzyskiego (a więc sukces osobisty finansowy i niefinansowy). Jest to prawdopodobne dlatego, że jednostki takie skupione będą głównie na osiągnięciu dóbr materialnych, a nie — przykładowo — na pielęgnowaniu relacji z innymi ludźmi czy też własnej równowagi między życiem prywatnym a zawodowym. Jeśli jednak weźmiemy pod uwagę tylko relację między ważnością danych kryteriów sukcesu a sposobem ich osiągnięcia, to możliwe, iż osoby o wysokim poziomie merkantylnizmu psychicznego będą cechować się wysokim poziomem sukcesu. W niniejszej pracy przyjmuje się jednak, iż osoba osiągająca sukces osiąga go we wszystkich wymiarach, stąd też przypuszcza się, iż korelacja między odniesionym sukcesem a poziomem merkantylnizmu psychicznego będzie ujemna.

Brakuje także danych na temat poziomu jakości życia w zależności od rodzaju aktywności zawodowej, tzn. bycia przedsiębiorcą, pracownikiem w firmie prywatnej lub państwowej. Wydaje się jednak, iż występują w tych grupach istotne różnice ze względu na przeciętnie różną liczbę godzin spędzanych w pracy, bezpieczeństwo i tożsamość społeczną związaną ze stanowiskiem pracy (por. Marody, 2000, 2007; Marody, Hauser, 1999). Na podstawie ustaleń Marody (ibidem) można przypuszczać, iż sukces przedsiębiorców i pracowników Polski „sprywatyzowanej” będzie zależeć od wkładu pracy, natomiast sukces pracowników Polski „państwowej” wiąże się z zajmowanym przez nich stanowiskiem. Prawdopodobnie przedsiębiorcy i pracownicy firm prywatnych osiągną wyższy poziom osobistego sukcesu finansowego ze względu na przeciętny wyższy poziom zarobków, pracownicy firm państwowych zaś osiągną wyższy poziom osobistego sukcesu niefinansowego ze względu na większą ilość wolnego czasu, wyższe poczucie bezpieczeństwa itp. Można także przypuszczać, iż przedsiębiorcy i pracownicy firm prywatnych charakteryzują się wyższym poziomem merkantylnizmu psychicznego we wszystkich aspektach ze względu na naturalne podkreślanie w tych zawodach mechanizmów rynkowych, a więc maksymalizacji zysku i minimalizacji strat.

W opisywanych badaniach postawiono pytanie o to, czy istnieją różnice między aktywnymi zawodowo przedsiębiorcami, pracownikami firm państwowych i prywatnych w poziomie jakości życia, merkantylnizmu psychicznego i sukcesu, a także o związek pomiędzy poczuciem odnie-

sionego sukcesu a poziomem jakości życia, związek pomiędzy poziomem merkantylnizmu psychicznego a poziomem jakości życia oraz związek pomiędzy poziomem merkantylnizmu psychicznego a poczuciem odniesionego sukcesu. Przyjęto następujące hipotezy ogólne:

- H1:** Poczucie odniesionego sukcesu koreluje pozytywnie z poziomem jakości życia — im wyższy poziom poczucia odniesionego sukcesu, tym wyższy poziom jakości życia.
- H2:** Poziom merkantylnizmu psychicznego koreluje negatywnie z poziomem jakości życia — im wyższy poziom merkantylnizmu psychicznego, tym niższy poziom jakości życia.
- H3:** Poziom merkantylnizmu psychicznego koreluje negatywnie z poczuciem odniesionego sukcesu — im wyższy poziom merkantylnizmu psychicznego, tym niższy poziom poczucia odniesionego sukcesu.
- H4:** Pracownicy firm państwowych, pracownicy firm prywatnych oraz przedsiębiorcy różnią się między sobą w zakresie poczucia jakości życia.
- H5:** Pracownicy firm państwowych, pracownicy firm prywatnych oraz przedsiębiorcy różnią się między sobą w zakresie poczucia odniesionego sukcesu.
- H6:** Pracownicy firm państwowych, pracownicy firm prywatnych oraz przedsiębiorcy różnią się między sobą w zakresie poziomu merkantylnizmu psychicznego.

Metodologia badań własnych

Prezentowane w niniejszym artykule badania zostały przeprowadzone w latach 2009—2010 w grupie przedsiębiorców (czyli osób posiadających swoją firmę i zarządzających nią, które niekoniecznie musiały założyć swoje przedsiębiorstwo; podają za: Rauch, Frese, 2007), pracowników firm państwowych (zatrudnionych przez okres powyżej jednego roku w firmie będącej własnością państwa) i pracowników firm prywatnych (zatrudnionych powyżej jednego roku przez osoby prywatne). W badaniach wykorzystano Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia autorstwa Marii Straś-Romanowskiej, Anny Oleszkowicz, Tomasza Frąckowiaka (Frąckowiak, 2004), skalę sukcesu autorstwa Dominiki Dej, Ute Stephan oraz Marian Gorgiewski (Dej, 2009) oraz Kwestionariusz Przekonań o Świecie (KwePoS) autorstwa Małgorzaty Górnik-Durose (2008).

Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia służy do oceny jakości życia w sferze psychofizycznej, psychospołecznej, podmiotowej i metafizycz-

nej. Składa się z 60 stwierdzeń (np. „Mam dobry sen”, „Są osoby, z którymi łączą mnie głębokie więzi”, „Akceptuję siebie takim, jakim jestem”, „Mimo przeciwności losu uważam, że moje życie ma głęboki sens”) ocenianych przez badanych na czterostopniowej skali (od „zdecydowanie nie zgadzam się” do „zdecydowanie zgadzam się”). Ogólny wskaźnik jakości życia oblicza się, sumując wyniki odnoszące się do wszystkich sfer.

Skala sukcesu dotyczy sukcesu osiągniętego przez przedsiębiorców; na potrzeby badań została rozszerzona, a narzędzie zostało odpowiednio zmodyfikowane w odniesieniu do pracowników firm państwowych i prywatnych. Sukces jest tutaj definiowany jako osiąganie celów. Osoba badana najpierw ocenia na pięciostopniowej skali Likerta ważność danego kryterium sukcesu (od zupełnie nieważnego do bardzo ważnego), a następnie ocenia stopień jego realizacji (od zupełnie niezrealizowanego do całkowicie zrealizowanego). Suma iloczynów danych wartości i ich osiągnięć jest wskaźnikiem sukcesu ogólnego. Tak więc w badaniu sukcesu bierze się pod uwagę stopień realizacji następujących wartości i osiągnięć: wartości osobiste (np. równowaga pomiędzy pracą a życiem prywatnym), wartości związane z pracą (np. innowacyjność), osiągnięcia osobiste (stopień realizacji ważnych wartości osobistych), osiągnięcia związane z pracą (stopień realizacji ważnych wartości związanych z pracą). Tym samym możemy mówić o sukcesie związanym z pracą oraz o sukcesie osobistym. Dodatkowo, badani oceniali na pięciostopniowej skali dwa stwierdzenia dotyczące ogólnej oceny własnego sukcesu finansowego (lub — w przypadku przedsiębiorców — sukcesu finansowego własnej firmy) oraz oceny sukcesu własnego dokonanej przez innych ludzi.

W badaniach wykorzystano także wersję skróconą **Kwestionariusza Przekonań o Świecie**, w której przyjęto, iż wskaźnik merkantylnizmu psychicznego to suma wartości materialistycznych, pragmatyzmu decyzyjnego i pawiej autoprezentacji. Badani oceniali ważność poszczególnych 12 wartości (np. dostatnie życie, doświadczanie przyjemności, władza i wpływy czy piękno ciała) na skali od 0 („nieważne”) do 7 („ważne”). Następnie określali swoje relacje ze światem. Oceniali na skali od 1 („zdecydowanie nie”) do 7 („zdecydowanie tak”), w jakim stopniu zgadzają się z przedstawionymi poglądami charakterystycznymi dla pragmatyzmu decyzyjnego (np. „Aby ułatwić sobie życie, warto mieć wpływowych znajomych”) lub wewnętrznego zaangażowania (np. „Potrzebujących przyjaciół i krewnych trzeba wspierać, nawet ponosząc znaczne koszty”). Na koniec wskazywali swój stosunek do osób cechujących się pawią autoprezentacją na skali od 1 (stosunek negatywny) do 7 (stosunek pozytywny).

Liczba badanych osób wyniosła 341. Wśród badanych znalazło się 178 kobiet (52% osób badanych) i 163 mężczyzn (48% osób badanych). Badani należeli do jednej z trzech grup: pracowników firm państwowych

(136 osób, w tym 70 kobiet i 66 mężczyzn), pracowników firm prywatnych (101 osób, w tym 58 kobiet i 43 mężczyzn) oraz przedsiębiorców (104 osoby, w tym 50 kobiet i 54 mężczyzn). Średni wiek pracowników firm państwowych wyniósł 40,16 lat, pracowników firm prywatnych — 31,04 lat, a przedsiębiorców — 38,45 lat. Średni wiek kobiet w firmach państwowych wyniósł 39 lat, mężczyzn — 41 lat. Średni wiek kobiet w firmach prywatnych wyniósł 28 lat, mężczyzn zaś — 35 lat. Średni wiek kobiet posiadających własną firmę wyniósł 37 lat, mężczyzn — 39 lat.

Wyniki badań własnych Zależności między jakością życia, sukcesem i merkantylizmem psychicznym oraz poziom zmiennych wśród osób aktywnych zawodowo

Sukces a jakość życia. Analiza statystyczna wykazała istnienie słabej dodatniej korelacji między sukcesem a jakością życia wraz z ich podskalami (od 0,2 do 0,4) (por. tabela 1). Hipoteza 1 została więc potwierdzona. Analiza statystyczna wyników wykazała umiarkowaną zależność między osiągnięciami osobistymi a sferą psychospołeczną jakości życia ($r = 0,366$) oraz oceną sukcesu własnego przez innych a sferą podmiotową jakości życia ($r = 0,380$). Ponadto, badania wykazały, że wśród pracowników firm państwowych istnieje umiarkowana — a nie słaba, jak w przypadku przedsiębiorców i pracowników firm prywatnych — korelacja między jakością życia a sukcesem osobistym ($r = 0,4$).

Tabela 1

Sukces i jakość życia — współczynniki korelacji Pearsona

Zmienna	Sfera				Jakość życia
	psychofizyczna	psycho-społeczna	podmiotowa	metafizyczna	
1	2	3	4	5	7
Wartości związane z pracą	0,048	0,115	0,100	0,140*	0,127*
Osiągnięcia związane z pracą	0,067	0,200**	0,181**	0,084	0,163*
Sukces związany z pracą	0,069	0,208**	0,189**	0,133*	0,185**

cd. tab. 1

1	2	3	4	5	6
Sukces finansowy firmy	0,141*	0,255**	0,121	0,073	0,178**
Ocena sukcesu firmy przez innych	0,113	0,158*	0,035	0,039	0,104
Wartości osobiste	0,059	0,091	0,052	0,143**	0,113*
Osiągnięcia osobiste	0,294**	0,366**	0,268**	0,165**	0,343**
Sukces osobisty	0,179**	0,226**	0,297**	-0,019	0,211**
Sukces finansowy własny	0,175**	0,285**	0,272**	0,046	0,241**
Ocena sukcesu własnego przez innych	0,247**	0,263**	0,380**	0,127*	0,321**

* Korelacja jest istotna przy $p < 0,05$ (dwustronnie).** Korelacja jest istotna przy $p < 0,01$ (dwustronnie).

Źródło: Badania własne.

Merkantylizm psychiczny a jakość życia. Wyniki badań nie wskazują na istnienie silnych zależności między jakością życia a merkantylizmem psychicznym, nie została więc potwierdzona hipoteza 2 (por. tabela 2). Oznacza to, iż osoby o wysokim poziomie merkantylizmu psychicznego mogą osiągać tak samo wysokie, jak i niskie wyniki w ocenie jakości swojego życia. Warto jednak dodać, iż widoczne są słabe ujemne zależności między zmiennymi (od 0,2 do 0,3).

Tabela 2

Merkantylizm psychiczny i jakość życia — współczynniki korelacji Pearsona

Zmienna	Sfera				Jakość życia
	psychofizyczna	psycho-społeczna	podmiotowa	metafizyczna	
Wartości materialistyczne	0,115*	0,104	0,066	-0,035	0,075
Pragmatyzm decyzyjny	0,062	0,002	0,097	-0,019	0,045
Pawia autoprezentacja	-0,013	-0,024	-0,106	-0,204**	-0,119*
Merkantylizm psychiczny	0,092	0,057	0,046	-0,096	0,026

* Korelacja jest istotna przy $p < 0,05$ (dwustronnie).** Korelacja jest istotna przy $p < 0,01$ (dwustronnie).

Źródło: Badania własne.

Sukces a merkantylizm psychiczny. Między sukcesem i merkantylizmem psychicznym wystąpiły słabe korelacje dodatnie (por. tabela 3), hipoteza 3 została więc odrzucona. Korelacje te są widoczne zwłaszcza

między merkantylizmem psychicznym i sukcesem osobistym. Analiza statystyczna wykazała istotne umiarkowane zależności dla wartości osobistych oraz wartości materialistycznych ($r = 0,374$). Obserwuje się również tendencję do dodatniej korelacji między merkantylizmem psychicznym a sukcesem związanym z pracą.

Tabela 3

Merkantylizm psychiczny i sukces — współczynniki korelacji Pearsona

Zmienne	Wartości materialistyczne	Pragmatyzm decyzyjny	Wewnętrzne zaangażowanie	Pawia autoprezentacja	Merkantylizm psychiczny
Wartości związane z pracą	0,099	0,062	0,156*	-0,017	0,083
Osiągnięcia związane z pracą	0,133*	-0,005	0,015	0,091	0,110
Sukces związany z pracą	0,141*	0,033	0,090	0,052	0,119
Sukces finansowy firmy	0,088	0,110	0,032	0,119	0,138*
Ocena sukcesu firmy przez innych	0,092	0,076	0,079	0,065	0,110
Wartości osobiste	0,374**	0,216**	0,163**	-0,069	0,297**
Osiągnięcia osobiste	0,124*	-0,126*	0,183**	0,060	0,043
Sukces osobisty	0,199**	0,039	0,130*	0,045	0,153**
Sukces finansowy własny	0,118*	-0,081	0,109*	0,030	0,048
Ocena sukcesu własnego przez innych	0,208**	-0,003	0,059	-0,016	0,121*

* Korelacja jest istotna przy $p < 0,05$ (dwustronnie).

** Korelacja jest istotna przy $p < 0,01$ (dwustronnie).

Źródło: Badania własne.

Jakość życia przedsiębiorców, pracowników firm prywatnych i pracowników firm państwowych. Średnia jakość życia w całej grupie badanych ($N = 341$) wyniosła 142,34. Jest to przeciętny wynik w poziomie jakości życia (por. Frąckowiak, 2004). Wyniki w poszczególnych grupach badawczych przedstawiają się następująco: przedsiębiorcy osiągają istotnie najwyższe wyniki w sferze podmiotowej jakości życia, a pracownicy firm państwowych — w sferze metafizycznej. Szczegółowe dane przedstawia tabela 4.

Tabela 4

**Różnice w poziomie jakości życia
w zależności od formy aktywności zawodowej**

Zmienna		Suma kwadratów	<i>df</i>	Średni kwadrat	<i>F</i>	Istotność
Sfera psychofizyczna	między grupami	58,053	2	29,026	1,866	0,156
	wewnątrz grup	5 258,557	338	15,558		
	ogółem	5 316,610	340	—		
Sfera psychospołeczna	między grupami	60,513	2	30,256	2,416	0,091
	wewnątrz grup	4 232,959	338	12,524		
	ogółem	4 293,472	340	—		
Sfera podmiotowa	między grupami	261,956	2	130,978	8,044	0,000
	wewnątrz grup	5 503,674	338	16,283		
	ogółem	5 765,630	340	—		
Sfera metafizyczna	między grupami	121,608	2	60,804	3,018	0,050
	wewnątrz grup	6 809,184	338	20,146		
	ogółem	6 930,792	340	—		
Jakość życia	między grupami	422,268	2	211,134	1,336	0,264
	wewnątrz grup	53 407,949	338	158,012		
	ogółem	53 830,217	340	—		

Źródło: Badania własne.

Nie wystąpiły istotne różnice między badanymi w sferze psychospołecznej i psychofizycznej w jednoczynnikowej analizie wariancji ANOVA. Analiza testów *post hoc* (LSD, $p = 0,029$) wykazała jednak istnienie różnic w sferze psychospołecznej pomiędzy przedsiębiorcami i pracownikami firm państwowych. Przedsiębiorcy uzyskują statystycznie wyższe wyniki w sferze psychospołecznej.

Poczucie sukcesu osobistego przedsiębiorców, pracowników firm prywatnych i pracowników firm państwowych. Średni poziom sukcesu osobistego wyniósł w całej grupie badanych 214,12. Oceny sukcesu związanego z pracą (miejscem pracy) dokonywali tylko pracownicy firm prywatnych i państwowych. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic w poziomie sukcesu związanego z pracą, ale wykazała istnienie różnic w zakresie wartości osobistych, sukcesie osobistym, sukcesie finansowym własnym, ocenie sukcesu własnego przez innych. Szczegółowe dane przedstawia tabela 5.

Tabela 5

**Różnice w poziomie sukcesu osobistego
w zależności od formy aktywności zawodowej**

Zmienna		Suma kwadratów	<i>df</i>	Średni kwadrat	<i>F</i>	Istotność
Wartości osobiste	między grupami	6,677	2	3,339	12,911	0,000
	wewnątrz grup	87,400	338	0,259		
	ogółem	94,077	340	—		
Osiągnięcia osobiste	między grupami	0,589	2	0,295	0,762	0,467
	wewnątrz grup	130,608	338	0,386		
	ogółem	131,197	340	—		
Sukces osobisty	między grupami	3 782 204,430	2	1 891 102,215	599,356	0,000
	wewnątrz grup	1 066 466,010	338	3 155,225		
	ogółem	4 848 670,440	340	—		
Sukces finansowy własny	między grupami	15,329	2	7,664	7,387	0,001
	wewnątrz grup	350,689	338	1,038		
	ogółem	366,018	340	—		
Ocena sukcesu własnego przez innych	między grupami	26,926	2	13,463	14,554	0,000
	wewnątrz grup	312,652	338	0,925		
	ogółem	339,578	340	—		

Źródło: Badania własne.

Najwyższy poziom sukcesu osobistego, własnego sukcesu finansowego oraz oceny sukcesu własnego przez innych odnotowano wśród przedsiębiorców. Dodatkowo, wystąpiły istotne różnice w zakresie wartości osobistych (najwyższe wśród pracowników firm prywatnych).

Merkantylizm psychiczny przedsiębiorców, pracowników firm prywatnych i pracowników firm państwowych. Średnia merkantylizmu psychicznego wyniosła w całej grupie badanych 124,5. Okazuje się, iż wyższy poziom merkantylizmu psychicznego jest widoczny u pracowników firm prywatnych i przedsiębiorców niż u pracowników firm państwowych. Badanie wykazało również, że przedsiębiorcy przywiązują większą wagę do wartości materialistycznych. Z kolei pracownicy firm prywatnych osiągają najwyższe wyniki w pragmatyzmie decyzyjnym. Szczegółowe dane przedstawia tabela 6.

Tabela 6

**Różnice w poziomie merkantylizmu psychicznego
w zależności od formy aktywności zawodowej**

Zmienna		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	Istotność
Wartości materialistyczne	między grupami	1244,005	2	622,002	3,046	0,049
	wewnątrz grup	69 025,174	338	204,216		
	ogółem	70 269,179	340	—		
Pragmatyzm decyzyjny	między grupami	1 819,943	2	909,972	9,888	0,000
	wewnątrz grup	31 105,822	338	92,029		
	ogółem	32 925,765	340	—		
Wewnętrzne zaangażowanie	między grupami	9,052	2	4,526	0,229	0,796
	wewnątrz grup	6 688,901	338	19,790		
	ogółem	6 697,953	340	—		
Pawia autoprezentacja	między grupami	173,258	2	86,629	1,465	0,233
	wewnątrz grup	19 991,416	338	59,146		
	ogółem	20 164,674	340	—		
Merkantylizm psychiczny	między grupami	7 135,579	2	3 567,790	6,679	0,001
	wewnątrz grup	180 545,653	338	534,159		
	ogółem	187 681,232	340	—		

Źródło: Badania własne.

Interpretacja wyników

Analiza statystyczna wykazała istnienie słabej dodatniej korelacji między sukcesem a jakością życia (por. hipoteza H1). Wyjaśniając tę zależność, można odwołać się do twierdzenia, iż ludzie często oceniają swój sukces jako wysoką jakość życia (Biegańska, 2000). Uzyskane w przedstawianych tu badaniach wyniki pozwalają na uzupełnienie myśli autorki — sama jakość życia może być miarą sukcesu. Co więcej, jeśli przyjrzymy się tym koncepcjom teoretycznym, możemy dojść do wniosku, iż zawierają one podobne elementy, tj. sukces osobisty niefinansowy bliski jest sferze psychospołecznej i podmiotowej. Bada się więc w tych koncepcjach podobne rzeczy, tylko z innej perspektywy. Przykładowo, utrzymywanie bliskich relacji może być wyjaśnione jako przejaw wysokiej jakości życia lub wskaźnik sukcesu. Pracownicy firm

państwowych w większym stopniu niż pracownicy firm prywatnych i przedsiębiorcy uzależniają ocenę jakości życia od odniesionego sukcesu i na odwrót (wśród pracowników firm państwowych istnieje umiarkowana — a nie słaba, jak w przypadku przedsiębiorców i pracowników firm prywatnych — korelacja między jakością życia a sukcesem osobistym). Prawdopodobnie jest to związane ze stylem pracy osób zatrudnionych w firmach państwowych, w którym trudniej jest awansować, otrzymać podwyżkę, uczestniczyć w szkoleniach, a więc rozwijać się w miejscu pracy, a być może także w życiu prywatnym ze względu na najniższe średnie dochody (por. Paruzel, 2010). Jeśli więc pracownik firmy państwowej ocenia swój poziom sukcesu jako wysoki, to bardziej przekłada się to na jakość życia takiego pracownika niż w pozostałych dwóch grupach. Analiza statystyczna wyników wykazała również umiarkowaną zależność między osiągnięciami osobistymi a sferą psychospołeczną jakości życia oraz oceną sukcesu własnego przez innych a sferą podmiotową jakości życia. Pierwsza zależność wskazuje na fakt, że jeśli dana osoba ma wysoki wynik w sferze psychospołecznej, to istnieje umiarkowane prawdopodobieństwo, iż osiąga ważne dla niej wartości osobiste. Związek ten wydaje się wynikać z tego, iż zazwyczaj osiąganie pewnych wartości wymaga wchodzenia w relacje z innymi ludźmi. Druga korelacja sugeruje, iż osoby, które posiadają wysokie wyniki w sferze podmiotowej, uważają, że inni ludzie oceniają ich sukces wysoko. Przyпускаjąc, iż percepcja tej oceny jest elementem samej rozwiniętej sfery podmiotowej, zgodnie z którą osoby takie są przekonane o swej indywidualności i mają wysokie poczucie własnej wartości.

Badania nie potwierdziły negatywnej korelacji między poziomem jakości życia a merkantylizmem psychicznym (por. hipoteza H2), aczkolwiek odnotowano ujemne zależności między zmiennymi. Wynik ten sugeruje, iż osoby o wysokim poziomie merkantylizmu psychicznego mogą osiągać zarówno wysokie, jak i niskie wyniki w ocenie jakości swojego życia. Tak więc, mimo uzyskiwanych w innych badaniach związków materializmu z jakością życia, odnośnie do merkantylizmu istnieją tylko pewne tendencje do korelacji ujemnej. Prawdopodobnie wynika to z faktu, iż materializm stanowi pewien aspekt szerszego konstruktów, jakim jest merkantylizm psychiczny.

Uzyskane wyniki pozwoliły odrzucić hipotezę H3, gdyż między sukcesem i merkantylizmem psychicznym pojawiły się słabe korelacje dodatnie, a nie ujemne. Są one widoczne zwłaszcza pomiędzy merkantylizmem psychicznym i sukcesem osobistym. Istnieje także tendencja do dodatniej korelacji między merkantylizmem psychicznym a sukcesem związanym z pracą. Oznacza to, że osoby o wysokim poziomie merkantylizmu psychicznego mają większą skłonność do osiągania wysokich wyników

w ocenie własnego sukcesu. Wynika to prawdopodobnie z tego, iż jednostki te cenią sobie określone wartości i konsekwentnie do nich dążą, wchodzą w odpowiednie relacje z innymi ludźmi czy też tak planują swój czas prywatny i rozwój zawodowy, by realizować swoje potrzeby; w efekcie mają wyższe poczucie sukcesu. Ponadto, analiza statystyczna wykazała istotne umiarkowane zależności między wartościami osobistymi oraz wartościami materialistycznymi. Należy podkreślić, iż wartości osobiste i wartości materialistyczne to dwie odmienne grupy wartości. Korelacja ta może być wyjaśniana tym, iż są pewne osoby, które mają tendencje do podkreślania ważności wielu wartości w ich życiu, co może być warunkowane czynnikami psychologicznymi, takimi jak cechy osobowości, oraz społecznymi, np. uwarunkowaniami rodzinnymi.

Badania wykazało również, że przedsiębiorcy osiągają najwyższe wyniki w sferze podmiotowej, a pracownicy firm państwowych — w sferze metafizycznej (por. hipoteza H4). Ponadto, przedsiębiorcy cechują się wyższymi wynikami w sferze psychospołecznej w porównaniu z pracownikami firm państwowych. Wysokie wyniki w sferze podmiotowej wśród przedsiębiorców prawdopodobnie w znacznej mierze są efektem ich niezależności finansowej związanej z prowadzeniem własnej działalności gospodarczej. Wydaje się, iż osoba posiadająca własną firmę rzadziej zmienia swoje miejsce pracy niż osoby zatrudnione na etacie, stąd też być może przedsiębiorcy mają wyższy stopień tożsamości Ja, która w znacznej części kształtowana jest przez życie zawodowe. Swoboda decydowania o trybie i rodzaju wykonywanej pracy przez przedsiębiorców może przyczyniać się też do osiągania przez nich wysokich wyników w sferze podmiotowej. Maria Straś-Romanowska (2005) wskazuje, iż wysoki poziom w sferze podmiotowej prowadzi do wzrostu poczucia własnej wartości i osiągnięcia życiowej satysfakcji. Taki stan rzeczy może być wyjaśniany formą aktywności zawodowej przedsiębiorców; osoby te codziennie decydują o statusie zatrudnienia innych osób i pełnią ważną rolę w ich życiu. To dzięki przedsiębiorcy pewni ludzie posiadają pracę, która pozwala im żyć. Przedsiębiorcy, którzy mają stabilną pozycję na rynku, zazwyczaj dbają też o różne rodzaje zabezpieczenia swojej sytuacji finansowej (np. w formie oszczędności, możliwości założenia innej firmy, zmiany branży), a to powoduje u tych osób wyższe poczucie bezpieczeństwa. W grupie tej odnotowano statystycznie najniższe wyniki w sferze metafizycznej jakości życia, co świadczy o tym, że najmniej istotny jest dla tych osób aspekt duchowy/religijny, wartości ponadczasowe, przeżycia metafizyczne i graniczne. Być może wiąże się to z tym, iż prowadzenie własnego przedsiębiorstwa zajmuje znacznie więcej czasu niż praca na etacie, co zostało potwierdzone w badaniach (Dej, 2008), stąd też przedsiębiorcy — nawet jeśli są osobami na przykład wierzącymi — to

i tak nie mają czasu na swój rozwój duchowy. Wynik ten zdaje się zgodny z tym, iż przedsiębiorcy najbardziej cenią sobie wartości materialistyczne, a nie humanistyczne czy tradycjonalistyczne (por. Paruzel, 2010). Bardziej jednak prawdopodobne jest wyjaśnienie, iż osoby, które nie koncentrują się na sferze duchowej, mają skłonności do zakładania własnej działalności gospodarczej.

Wyniki uzyskane przez pracowników firm prywatnych także mogą być wyjaśniane formą ich zatrudnienia. Organizacje zazwyczaj wymagają od pracowników identyfikacji z celami i wartościami firmy, w której pracownik nie posiada zbyt dużej swobody podejmowania ważnych decyzji. Zastanawiające jednak jest to, dlaczego pracownicy firm prywatnych osiągają niskie poczucie tożsamości Ja. Można to wyjaśnić tym, iż mimo chęci dużych organizacji do identyfikacji pracownika z firmą, pracownicy wciąż oddzielają siebie od przedsiębiorstw, w których pracują. Stale zmieniająca się sytuacja na rynku pracy, częste zmiany miejsc zatrudnienia powodują więc brak wykształcenia silnego poczucia tożsamości Ja, której elementem jest aktywność zawodowa. Pracownicy ci mają więc niskie poczucie wolności, samorealizacji, autentyczności (związane z pracą w firmie prywatnej), a tym samym niskie poczucie tożsamości Ja (związane z niestabilnością na rynku pracy).

Z kolei wysokie wyniki w sferze metafizycznej pracowników firm państwowych są zgodne z najniższymi wynikami w sferze ważności wartości materialistycznych w tej grupie (por. Paruzel, 2010). Wyniki te można wyjaśniać istnieniem pewnej orientacji życiowej nastawionej na wartości duchowe, a nie materialne. Pracownicy firm państwowych charakteryzują się również najniższymi wynikami w sferze psychospołecznej, a więc posiadają najniższe statystycznie poczucie bezpieczeństwa i mocy społecznej, niskie poczucie wspólnoty, transgresji, cechują się najmniejszym przyrostem kompetencji społecznych, najrzadziej rozwiązują jakiegokolwiek zadania i najrzadziej pełnią ważne role społeczne. Można to tłumaczyć formą ich pracy, która uniemożliwia pracownikom średniego szczebla podejmowanie ważnych decyzji, a tym samym wpływanie na inne osoby. Niski przyrost kompetencji społecznych może wiązać się z niewielką ilością szkoleń oraz innych możliwości rozwoju, jakie są oferowane w firmach państwowych.

Warto w tym miejscu przytoczyć wyniki badań empirycznych przeprowadzonych w 2010 roku przez Anetę Markwicę (2010). Autorka również zainteresowała się poziomem jakości życia osób aktywnych zawodowo. Jednakże w badaniach Anety Markwicy prowadzonych w ujęciu personalistyczno-egzystencjalnym grupami porównawczymi były osoby zajmujące stanowiska na różnych szczeblach struktury organizacyjnej przedsiębiorstw. Na najniższym szczeblu hierarchii znaleźli się pracow-

nicy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, mający niewielki wpływ na zarządzanie firmą. Pracownicy średniego szczebla to kierownicy, będący pośrednikami między pracownikami a prezesami, znajdującymi się na najwyższym szczeblu struktury przedsiębiorstw i mającymi największą moc sprawczą w organizacji. W badaniu A. Markwicy wzięło udział 90 osób, w tym 70% mężczyzn w wieku około 30 lat, pracujących od 5 do 9 lat w swoim zawodzie (po 30 osób na daną grupę badawczą). Analiza statystyczna wykazała istotne różnice w trzech grupach pod względem poziomu jakości życia. Najwyższe wyniki w sferze psychofizycznej jakości życia uzyskali kierownicy (średni szczebel organizacyjny), następnie pracownicy (najniższy szczebel organizacyjny) i prezesi (najwyższy szczebel organizacyjny). Z kolei najwyższe wyniki w sferze psychospołecznej uzyskali pracownicy, najniższe zaś — prezesi. W sferze podmiotowej najlepsze wyniki uzyskali prezesi, potem kolejno kierownicy i pracownicy, natomiast w sferze metafizycznej najwyższe wyniki osiągnęli kierownicy, pracownicy i prezesi. Najwyższe wyniki w ogólnym wyniku jakości życia uzyskali kierownicy, dalej pracownicy, a na końcu prezesi.

Porównanie dwóch przedstawionych badań empirycznych: badań własnych i badań Anety Markwicy, przynosi istotne informacje na temat jakości życia osób aktywnych zawodowo. W obu badaniach potwierdzono, że najlepiej rozwiniętą sferę podmiotową mają osoby na najwyższym szczeblu w organizacjach (przedsiębiorcy, prezesi). Badania wykazały również, że z jednej strony przedsiębiorcy w porównaniu z pracownikami firm prywatnych i państwowych mają wyższe wyniki w sferze psychospołecznej, z drugiej strony jednak jeśli porównamy ich wyniki z wynikami osób znajdujących się na niższych szczeblach tych samych firm, to okazuje się, iż sfera psychospołeczna przedsiębiorców jest rozwinięta w najmniejszym stopniu. Oznacza to, że w badaniach nad jakością życia niezmiernie ważna jest perspektywa porównawcza uwzględniana w badaniu określonej grupy.

Najwyższy poziom sukcesu osobistego i sukcesu finansowego odnotowano wśród przedsiębiorców (por. hipoteza H5). Dodatkowo, badanie wykazało istnienie istotnych różnic w zakresie wartości osobistych (najwyższe wśród pracowników firm prywatnych, następnie pracowników firm państwowych i przedsiębiorców) i ocenie sukcesu własnego przez innych (najwyższa wśród przedsiębiorców). Jak widać, przedsiębiorcy cechują się statystycznie wyższym niż pracownicy firm państwowych i prywatnych poczuciem sukcesu (zmienna: sukces osobisty), a więc w porównaniu z pracownikami wykazują wyższe wyniki w różnych sferach sukcesu. Ponadto, wyżej oceniają sukces finansowy własny oraz uważają, iż inni ludzie oceniają wysoko ich sukces. Wysokie poczucie sukcesu może być wyjaśnione prowadzeniem własnej firmy, która dostarcza nie tylko

wysokich dochodów finansowych, lecz także korzyści psychologicznych w postaci sukcesu niefinansowego. Przedsiębiorcy wykazują najniższe wyniki w wartościach osobistych, tzn. w tej części kwestionariusza mierzącego sukces, w której badani wskazują na ważność pewnych wartości związanych z osiągnięciem sukcesu. Na tej podstawie można wnioskować, iż dla przedsiębiorców deklaracja ważności wartości jest mniej istotna niż ich osiągnięcie (przedsiębiorcy bowiem mają najwyższy poziom sukcesu mierzonego właśnie poziomem wyznawanych wartości i stopniem ich osiągnięcia). To bardzo ciekawy wynik, sugeruje bowiem, iż w osiągnięciu sukcesu nie jest istotne to, ile wartości jest ważnych i jak wysoko są one oceniane przez badanych, lecz to, jakie wartości faktycznie realizuje się w życiu, a więc to, czy wartości, jakie uważamy za ważne, są przez nas osiągane. Na przykład pracownicy firm prywatnych cechują się najwyższymi wynikami w wartościach osobistych, samo jednak wskazanie na to, że tak wiele wartości jest dla nich ważnych, nie wystarcza do osiągnięcia poczucia sukcesu. Przedsiębiorcy natomiast odwrotnie, mają najniższe wyniki w sferze wartości osobistych, a mimo to osiągają najwyższy poziom sukcesu, co można łączyć z tym, iż realizują wartości uznawane przez siebie za ważne. Być może taki wynik związany jest z tym, iż przedsiębiorcy są nastawieni bardziej na działanie, stałą aktywność, produktywność itp., co stanowi konsekwencję ich formy zatrudnienia, która z kolei może wynikać z pewnych cech osobowościowych (por. Biegańska, 2000).

Pracownicy firm prywatnych cechują się najwyższym stopniem deklarowanych wartości osobistych, a więc wartości związanych z sukcesem niefinansowym, nie mają jednak wysokich wyników zarówno w ich osiągnięciu, jak i w sukcesie. Taki stan rzeczy być może jest wynikiem kultur organizacyjnych, w jakich przyszło badanym pracować. Mimo iż współcześnie kultury w organizacjach nastawione są na rywalizację, tzw. wyścig szczurów, to i tak przedsiębiorcy mają większe prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu, gdyż są podmiotami ostatecznie odpowiedzialnymi za rozwój firmy.

Pracownicy firm państwowych osiągają najniższy poziom sukcesu osobistego oraz sukcesu finansowego. Ponadto, badani uważają, że inni ludzie oceniają nisko ich sukces w porównaniu z sukcesem osób z innych grup badawczych. Niski poziom sukcesu finansowego można wyjaśnić najniższym średnim miesięcznym dochodem w firmach państwowych (por. ogólnopolskie badanie wynagrodzeń prowadzone przez Sedlak&Sedlak — Sedlak, 2009). Najniższy poziom sukcesu osobistego niefinansowego można wyjaśnić zaś tym, iż praca na stanowisku państwowym wiąże się z trudnościami z awansem, brakiem możliwości samodzielnego podejmowania ważnych decyzji, trudnościami w rozwoju osobistym,

niskimi zarobkami, które uniemożliwiają rozwój w życiu prywatnym i zawodowym, niskim wpływem społecznym na innych ludzi (uwaga: badaniem nie zostali objęci pracownicy zajmujący w przedsiębiorstwach państwowych bardzo wysokie pozycje), być może mniej wspierającym klimatem pracy, trudnościami organizacyjnymi w podwyższaniu jakości swojej pracy, biurokracją.

Badanie wykazało, że wyższy poziom merkantyizmu psychicznego jest widoczny wśród pracowników firm prywatnych i przedsiębiorców niż u pracowników firm państwowych (por. hipoteza H6). Przedsiębiorcy przywiązują większą wagę do wartości materialistycznych, a pracownicy firm prywatnych osiągają najwyższe wyniki w pragmatyzmie decyzyjnym. Tym samym pracownicy firm państwowych w najmniejszym stopniu cechują się pragmatyzmem decyzyjnym, wywyższaniem wartości materialistycznych i merkantyлизmem psychicznym. Wyższy poziom merkantyizmu psychicznego widoczny u pracowników firm prywatnych i przedsiębiorców oznacza, że cechują się oni w najwyższym stopniu przekonaniem, iż w relacjach społecznych najważniejsze jest uzyskiwanie rezultatów w postaci korzyści zewnętrznych, a w relacjach ze światem osoby te charakteryzują się podkreśleniem roli przedmiotów materialnych w dobrym życiu. Wchodząc w relacje z innymi ludźmi, kierują się więc częściej pragmatyzmem decyzyjnym niż wewnętrznym zaangażowaniem. Prawdopodobnie wiąże się to z ich orientacją życiową nastawioną bardziej na aspekty materialne niż duchowe. Badanie wykazało, iż przedsiębiorcy przywiązują większą wagę do wartości materialistycznych. Być może właśnie wywyższenie tych wartości przyczyniło się do odniesienia sukcesu zawodowego, gdyż skierowanie się ku wartościom takim jak bogactwo, sukces może zwiększać motywację do ich osiągnięcia. Trudno tu jednak wskazać na jednoznaczne czynniki warunkujące to, że wartości materialistyczne są ważne dla jednostki; na taki stan rzeczy wpływać mogą czynniki rodzinne, społeczne, kulturowe itd. Z kolei pracownicy firm prywatnych osiągają najwyższe wyniki w pragmatyzmie decyzyjnym, czyli podejmują najczęściej takie decyzje, które pozwolą im zdobyć określone korzyści materialne. Prawdopodobnie wynika to z ich orientacji życiowej nastawionej na wartości materialne.

Pracownicy firm państwowych w najmniejszym stopniu cechują się pragmatyzmem decyzyjnym, wywyższaniem wartości materialistycznych i merkantyлизmem psychicznym. Oznacza to, iż w relacjach społecznych kierują się częściej wewnętrznym zaangażowaniem, a nie uzyskiwaniem rezultatów w postaci korzyści zewnętrznych. Nie są dla tych osób istotne wartości materialistyczne w tak wysokim stopniu jak dla pracowników firm prywatnych i przedsiębiorców. Być może wiąże się to z tym, iż zatrudnieni w firmach państwowych nie są nastawieni na rywalizację,

bogactwo czy sukces w tak dużym stopniu jak osoby z innych grup zawodowych.

Uzyskane wyniki badań własnych pozwalają na nakreślenie psychologicznych portretów wybranych aktywności zawodowych. Wyniki przedsiębiorców w sferze podmiotowej jakości życia świadczą o ich poczuciu indywidualności i niezależności od społeczeństwa, odpowiedzialności za własne życie, częstszym samodzielnym podejmowaniu decyzji, realizacji osobistych zainteresowań, celów, poczuciu wolności i autentyczności, samorozumienia, samoakceptacji i tożsamości Ja, zachowaniach respektujących siebie oraz samoaktualizacji. Przedsiębiorcy osiągają również wyższe statystycznie wyniki niż pracownicy firm państwowych w sferze psychospołecznej jakości życia. Oznacza to, iż pojawia się u przedsiębiorców statystycznie wyższe poczucie bezpieczeństwa i mocy społecznej, poczucie wspólnoty, transgresja, przyrost kompetencji społecznych; osoby te lepiej rozwiązują zadania i pełnią ważne role.

Pracownicy firm prywatnych osiągają najniższe wyniki w sferze podmiotowej, co sugeruje, iż grupa ta cechuje się najniższym stopniem poczucia swej indywidualności, niezależności od społeczeństwa, odpowiedzialności za własne życie, najrzadziej osoby z tej grupy samodzielnie podejmują decyzje; pracowników firm prywatnych cechuje najniższy poziom realizacji osobistych zainteresowań, celów, najmniejsze poczucie wolności i autentyczności, samorozumienia, samoakceptacji i tożsamości Ja, najrzadziej badani ci stosują zachowania respektujące siebie oraz charakteryzują się najniższym stopniem samoaktualizacji.

Z kolei pracownicy firm państwowych osiągają statystycznie najwyższe wyniki w sferze metafizycznej, mają najwyższy stopień rozwoju duchowości/religijności, a więc uniwersalnych, ponadczasowych wartości. Najbliższe są im przeżycia metafizyczne, ale i graniczne (np. śmierć, cierpienie). Człowiek w tej sferze widziany jest jako część wszechświata i jako jednostka odpowiedzialna moralnie za swe postępowanie.

Podsumowanie i wnioski

Badanie wykazało, iż między „Polskami” wyróżnionymi przez Mirosławę Marody (2000, 2007; Marody, Hauser, 1999), a więc Polską „państwową” i „sprywatyzowaną”, istnieją ważne różnice z perspektywy psychologicznej. Co więcej, wyniki sugerują — czego Marody już nie podkreślała — iż w samej Polsce sprywatyzowanej mamy do czynienia z dwiema odmiennymi pod względem psychologicznym formami aktyw-

ności zawodowej, a więc z przedsiębiorcami i pracownikami firm prywatnych. Analizy statystyczne wykazały istotne zależności między jakością życia, sukcesem i merkantylizmem psychicznym osób z badanych grup. Ciekawych wyników dostarczyła analiza różnych grup osób aktywnych zawodowo, która udowodniła występowanie istotnych między nimi różnic pod względem badanych zmiennych. Okazuje się, iż z perspektywy psychologicznej — gdy uwzględnimy trzy wybrane zmienne — najkorzystniejsze jest prowadzenie własnej działalności gospodarczej, przedsiębiorcy bowiem cechują się najwyższymi wynikami w sferze podmiotowej i psychospołecznej, w poczuciu sukcesu w ocenie własnej i innych ludzi, w wysokości dochodów finansowych. I chociaż te ostatnie nie korelują ze szczęściem, to i tak podwyższają poczucie własnego sukcesu, który — zgodne z koncepcją Dej, Stephan i Gorgiewski (Dej, 2007, 2009; Dej, Stephan, Richter, 2007; Dej et al., 2009) — wiąże się ze spełnieniem we wszystkich wymiarach swojego życia, także materialnym. Ponadto, mimo iż przedsiębiorcy osiągają najniższe wyniki w ilości i ważności wyznawanych wartości, to te wartości, które są dla nich ważne, są przez nich realizowane (co przyczynia się do zwiększenia poczucia sukcesu). Przedsiębiorcy jednak osiągają najniższe wyniki w sferze metafizycznej, co jest niekorzystne z perspektywy zdrowia psychicznego, gdyż duchowość pozytywnie koreluje z korzystnymi strategiami radzenia sobie ze stresem, z długością życia, zachowaniami prozdrowotnymi, zadowoleniem z życia, małżeństwa oraz ze wsparciem społecznym (por. Trzebińska, 2008). Najwyższe wyniki w tej zmiennej osiągają zaś pracownicy firm państwowych, którzy — mimo niekorzystnych wyników związanych z sukcesem i ze sferą psychospołeczną — cechują się również wewnętrznym zaangażowaniem i najniższym poziomem merkantylizmu psychicznego. Najbardziej niekorzystne wyniki pod względem psychologicznym osiągnęły więc osoby z grupy pracowników firm prywatnych; osoby te uzyskują najniższe wyniki w sferze podmiotowej, a najwyższe w pragmatyzmie decyzyjnym i merkantylizmie psychicznym. I chociaż pracownicy ci cechują się wysokimi wynikami w wartościach osobistych, to z trudem je realizują i mają problem z osiągnięciem sukcesu.

Mimo dowiedzionych w toku badań różnic pomiędzy pracownikami firm prywatnych i państwowych oraz przedsiębiorcami trudno tu jednoznacznie stwierdzić, jaka aktywność zawodowa jest najkorzystniejsza dla zdrowia psychicznego. Należy pamiętać, iż wyniki przedstawionych tu badań ukazują tylko niewielki ułamek aspektów psychologicznych związanych z wykonywaniem określonej pracy. Oprócz innych zmiennych psychologicznych dochodzą tu również aspekty sytuacyjne. Warto w tym miejscu przytoczyć myśl Karla Jaspersa, iż „nauka ukazuje nam wprawdzie godne uwagi i zaskakujące sprawy w człowieku, ale im sta-

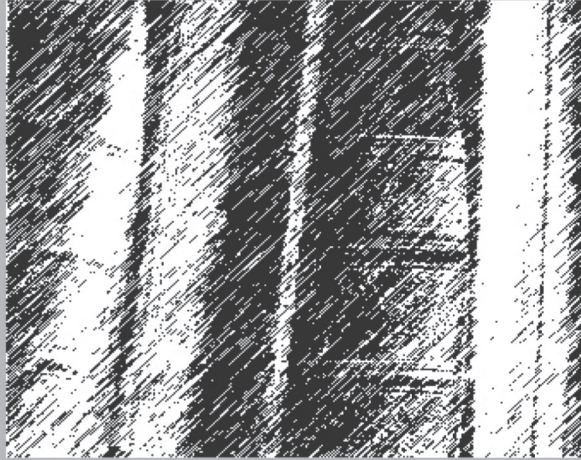
je się jaśniejsza, tym bardziej świadoma jest tego, że nigdy nie uczyni człowieka jako całości przedmiotem swych badań. Człowiek jest zawsze czymś więcej niż tym, co o sobie wie” (Jaspers, 1995, Wykład 3). Zgodnie z tą uwagą, wydaje się, że badania te są kolejnym krokiem nie tylko do stworzenia opisu grup zawodowych, lecz także do udzielenia odpowiedzi na pytanie o poziom życia, dobrostan psychiczny, dobrobyt, satysfakcję, szczęście, sukces i jakość życia, które są z sobą powiązane i których osiągnięcie w dzisiejszych czasach nierzadko jest nadrzędnym celem człowieka. A skoro wartości te są dla człowieka ważne, to psychologia jako nauka dbająca o jego dobro wciąż musi je badać i na nowo aktualizować, mimo iż nigdy nie ogarnie człowieka jako całości, gdyż człowiek ten „może zmieniać się i nie ustawać w przemianie tak długo, jak żyje” (Horney, 1994, s. 18).

Bibliografia

- Bańka A., Derbis R., 1995: *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych*. Poznań—Częstochowa.
- Biegańska K., 2000: *Jakość życia miarą sukcesu przedsiębiorcy*. W: *Psychologiczne wyznaczniki sukcesu w zarządzaniu*. Red. S. Witkowski. T. 5. Wrocław, s. 45—52.
- Brzeziński J., 2005: *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa.
- Christopher A.N. et al., 2004: *Materialism and affective well-being: The role of social support*. “Personality and Individual Differences”, vol. 37, s. 463—470.
- Dej D., 2007: *Personality and competences of the entrepreneurs*. In: *Psychology of entrepreneurship*. Eds. J.A.M. León, M. Gorgievski, M. Lukes. Madrid, s. 83—94.
- Dej D., 2009: *Psychological and economic success and it's relations to well-being in Polish and German entrepreneurs*. Praca doktorska. Technische Universidad Dresden. Department of Psychology. Institute of Work, Organisational and Social Psychology. Maszynopis w posiadaniu autorki artykułu.
- Dej D. et al., 2009: *Entrepreneurial success as defined by entrepreneurs: Development of a measurement instrument*. Symposium: Entrepreneurial success and innovation. Santiago de Compostela, 15th May 2009.
- Dej D., Stephan U., 2011: *Jak przedsiębiorcy definiują sukces? Walidacja skali do badania subiektywnego sukcesu przedsiębiorców*. W: *Innowacyjna przedsiębiorczość*. Red. A. Strzałecki, A. Lizurej. Warszawa, s. 345—373.
- Dej D., Stephan U., Richter P.G., 2007: *Entrepreneurs' definition of success and its relation to objective and subjective performance criteria*. 13th European Conference on Developmental Psychology. Jena, 21—25.08.2007.
- Dziurowicz-Kozłowska A., 2002: *Wokół pojęcia jakości życia*. „Psychologia Jakości Życia”, T. 1, nr 2, s. 77—99.
- Eliade M., 1990: *Młodość stulatka*. W tłumaczeniu i z posłowiem I. Kani. Kraków.

- Frąckowiak T., 2004: *Personalistyczno-egzystencjalna koncepcja poczucia jakości życia. Próba operacjonalizacji*. Praca magisterska napisana pod kierunkiem M. Straś-Romanowskiej. Uniwersytet Wrocławski. Instytut Psychologii. Maszynopis.
- Fromm E., 1995: *Mieć czy być*. Przeł. J. Karłowski. Słowo wstępne M. Chałubiński. Poznań.
- Gorgievski-Duijvesteijn M.J. et al., 2005: *Finances and well-being: A dynamic equilibrium model of resources*. "Journal of Occupational Health Psychology", vol. 10 (3), s. 210—224.
- Górnik-Durose M., 2002: *Psychologiczne aspekty posiadania — między instrumentalnością a społeczną użytecznością dóbr materialnych*. Katowice.
- Górnik-Durose M., 2005a: *Psychologiczne koszty materialnego dobrobytu, czyli dlaczego nie jesteśmy tym szczęśliwsi, im bogatsi*. „Kolokwia Psychologiczne”, nr 13: *Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*. Warszawa, s. 205—218.
- Górnik-Durose M., 2005b: *Psychologiczny bilans korzyści i kosztów posiadania dóbr materialnych*. „Czasopismo Psychologiczne”, nr 11 (2), s. 107—117.
- Górnik-Durose M., 2007: *Nowe oblicze materializmu, czyli z deszczu pod rynnę*. „Psychologia. Edukacja i społeczeństwo”, T. 4 (3), s. 211—226.
- Górnik-Durose M., 2008: *The Emperor's New Clothes — searching for the meaning of materialism*. In: *Economics and psychology: Methods and synergies*. IAREP/SABE World Meeting 2008. Rome: LUISS University Press (publikacja elektroniczna).
- Górnik-Durose M., Zaleski Z., 2004: *Własność i posiadanie*. W: *Psychologia ekonomiczna*. Red. T. Tyszką. Gdańsk, s. 123—160.
- Horney K., 1994: *Nasze wewnętrzne konflikty. Konstruktywna teoria nerwic*. Przeł. A. Gomola. Poznań.
- Jaspers K., 1995: *Wiara filozoficzna*. Przeł. A. Buchner et al. Toruń.
- Kasser T., Ahuvia A., 2002: *Materialistic values and well-being in business students*. "European Journal of Social Psychology", vol. 32, s. 137—146.
- Kasser T., Ryan R.M., 1993: *A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 65, s. 410—422.
- LaBarbera P.A., Gürhan Z., 1997: *The role of materialism, religiosity, and demographics in subjective well-being*. "Psychology & Marketing", vol. 14, s. 71—97.
- Markwica A., 2010: *Poczucie jakości życia a zarządzanie na różnych szczeblach struktury organizacyjnej*. Praca magisterska przygotowana pod kierunkiem prof. UŚ dr hab. Małgorzaty Górnik-Durose. Uniwersytet Śląski. Instytut Psychologii. Maszynopis.
- Marody M., 2000: *Między rynkiem a etatem. Społeczne negocjowanie polskiej rzeczywistości*. Warszawa.
- Marody M., 2007: *Trzy Polski. Instytucjonalny kontekst strategii dostosowawczych*. W: *Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku*. Red. M. Marody. Warszawa, s. 271—289.
- Marody M., Hauser J., 1999: *Trzy Polski: Potencjał i bariery integracji z Unią Europejską*. Warszawa.
- Paruzel M., 2010: *Odniesiony sukces, poziom merkantylizmu psychicznego a poczucie jakości życia u przedsiębiorców, pracowników firm prywatnych oraz pracowników firm państwowych*. Praca magisterska przygotowana pod kierunkiem prof. UŚ dr hab. Małgorzaty Górnik-Durose. Uniwersytet Śląski. Instytut Psychologii. Maszynopis.

- Rauch A., Frese M., 2007: *Let's put the person back into entrepreneurship research: A meta-analysis on the relationship between business owners' personality traits, business creation and success*. "European Journal of Work and Organizational Psychology", vol. 16 (4), s. 353—385.
- Ryan L., Dziurawiec S., 2001: *Materialism and its relationship to life satisfaction*. "Social Indicators Research", vol. 55, s. 185—197.
- Sedlak K., 2009: *Ogólnopolskie badanie wynagrodzeń prowadzone przez Sedlak & Sedlak*. Tryb dostępu: <http://www.wynagrodzenia.pl/artykulphp/wpis.1977/szukaj.1>. Data dostępu: 15.02.2013 r.
- Stephan U., Dej D., 2006: *Values and entrepreneurial intentions across European cultures*. Oral Symposium on the 26th International Congress of Applied Psychology. Athens, 16—21.07.2006.
- Stephan U., Richter P.G., 2006: *Erfolgreiche Unternehmen in Deutschland, Polen, Tschechien und Bulgarien*. Bd. 2: *Personen, Strategien, Gesundheit und Erfolg in KMU. Forschungsbericht*. Dresden.
- Straś-Romanowska M., 1992a: *Los człowieka jako problem psychologiczny. Podstawy teoretyczne*. Wrocław.
- Straś-Romanowska M., 1992b: *O potrzebie zróżnicowanego podejścia badawczego w psychologii osobowości*. „Przegląd Psychologiczny”, nr 4, s. 497—508.
- Straś-Romanowska M., 1995a: *Główne idee teoretyczne i metodologiczne psychologii personalistyczno-egzystencjalnej jako dyscypliny humanistycznej*. W: *Na tropach psychologii jako nauki humanistycznej*. Red. M. Straś-Romanowska. Warszawa—Wrocław, s. 15—45.
- Straś-Romanowska M., 1995b: *Implikacje dla teorii rozwoju psychicznego wynikające z założeń antropologii filozoficznej*. W: *Rozwijający się człowiek w zmieniającym się świecie*. Red. J. Trempała. Bydgoszcz, s. 36—49.
- Straś-Romanowska M., 1999: *Rozwój osobowy. Próba konceptualizacji problemu w nawiązaniu do teorii life-span*. „Forum Psychologiczne”, T. 4, nr 2, s. 115—127.
- Straś-Romanowska M., 2002: *Rozwój człowieka a rozwój osobowy*. „Studia Psychologica”, T. 3, s. 91—104.
- Straś-Romanowska M., 2004: *Jakość życia w perspektywie psychologicznej*. W: *Jakość życia dzieci i młodzieży niepełnosprawnej w Polsce i w krajach Unii Europejskiej*. Red. J. Patkiewicz. Wrocław, s. 15—22.
- Straś-Romanowska M., 2005: *Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobę*. „Koloquia Psychologiczne”, T. 13, s. 261—274.
- Straś-Romanowska M., Frąckowiak T., 2007: *Rola relacji międzyludzkich w budowaniu jakości życia osób niepełnosprawnych (perspektywa personalistyczno-egzystencjalna)*. W: *Rola więzi w rozwoju dzieci i młodzieży niepełnosprawnej*. Red. J. Patkiewicz. Wrocław, s. 47—57.
- Straś-Romanowska M., Lachowicz-Tabaczek K., Szmajke A., 2005: *Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*. Warszawa.
- Trzebińska E., 2008: *Psychologia pozytywna*. Warszawa.



ANNA MARIA ZAWADZKA, TOMASZ SĘK,
ANNA SZABOWSKA-WALASZCZYK

Jak nadużywanie władzy wiąże się z dobrostanem jednostki?

Power abuse and well-being

Abstract: Power, one of fundamental human motives, is related with pursuit of external goals, what restrains the attainment of internal goals and in result of well-being. This can be especially associated with misuse of power, that can reduce the quality of interpersonal relationships, related to the need for affiliation. First research ($N = 171$) confirms, that the tendency to misuse power (as a mean to individual goals) is related with decreased preference of values associated with internal goals like affiliation (“Self-transcendence” and “Conservation”) and increased preference of those allowing to “push forward” (“Self-enhancement” and “Openness to change”) as well as decreased satisfaction with life. In the second research ($N = 93$) women working as managers (subject to threat of losing power), proved to have lessened well-being, measured as satisfaction with life and level of burnout. Additionally burnout of women managers was mainly characterized by the dimension of depersonalization (Maslach’s bournout model).

Key words: power, values, well-being.

Wprowadzenie

Posiadania władzy może doświadczyć każdy w tej czy innej sytuacji. Jak wynika z przeprowadzonych badań, posiadanie władzy ma wpływ na jednostkę i jej działania, jednak wpływ ten nie jest jednoznaczny. Dlatego ważne wydaje się badanie psychologicznych konsekwencji posiadania władzy, a w szczególności badanie dobrostanu jednostki.

Z dotychczasowych badań możemy wnioskować, że posiadanie władzy niesie z sobą zarówno skutki pozytywne, jak i negatywne dla funkcjonowania osoby. Wyniki badań wskazują na następujące pozytywne efekty posiadania władzy przez jednostkę: częstsze przeżywanie emocji pozytywnych i pozytywny nastrój, większy optymizm w stosunku do osób nieposiadających władzy (Anderson, Galinsky, 2006; Wojciszke, Strużyńska-Kujałowicz, 2007), spadek ulegania presji konformizmu (Anderson, Keltner, John, 2003; Galinsky et al., 2008), większa kreatywność (ibidem), większa orientacja na cel (Galinsky, Gruenfeld, Magee, 2003). Władza wiąże się także z negatywnymi skutkami, jakimi są: wzrost egoizmu, korupcji, zachowań ryzykownych (Anderson, Galinsky, 2006; Chen, Lee-Chai, Bargh, 2001; Galinsky, Gruenfeld, Magee, 2003), spadek empatii i otwartości na innych (Galinsky et al., 2008).

Negatywne konsekwencje posiadania władzy w głównej mierze dotyczą pogorszenia stosunków z innymi. W ten sposób mogą utrudniać realizację aspiracji życiowych związanych z afiliacją, których spełnienie jest niezbędne w osiągnięciu dobrostanu jednostki (por. Ryan, Deci, 2000; Kasser, Ryan, 1993, 1996).

W niniejszym artykule podejmujemy się sprawdzenia, jak posiadanie władzy wiąże się z wybranymi miarami dobrostanu, gdy tendencje jednostki bądź sytuacja sprawowania władzy mogą powodować, że osoba ma możliwość nadużywania władzy. Jednostka może posiadać określone przekonania na temat sposobu sprawowania władzy. Przekonania te będą aktywizowane i realizowane w sytuacji posiadania władzy (Chen, Lee-Chai, Bargh, 2001). W pierwszym badaniu postaramy się odpowiedzieć na pytania, jak przekonania dotyczące nadużywania władzy wiążą się z wartościami urzeczywistniającymi cele wewnętrzne (w szczególności związane z afiliacją) oraz jak wiążą się z zadowoleniem z życia.

Sytuacja niepewności co do posiadanej władzy może skłaniać osoby do dominacji bądź też nadużywania władzy (por. Bugental, Lewis, 1999). W drugim badaniu stawiamy zatem pytanie, jak zajmowane stanowisko w przypadku kobiet, dla których ważne są potrzeby afiliacji

(Mandal, 2004) i których władza — ogólnie rzecz biorąc — jest mniejsza w organizacji niż władza mężczyzn (por. Eagly, Johnson, 1990; Wiley, Eskilson, 1982), wiąże się z dobrostanem, tj. wypaleniem zawodowym (w szczególności z depersonalizacją) i zadowoleniem z życia.

Zakładamy, że w każdym z badań otrzymamy negatywne związki badanego oblicza władzy z realizacją potrzeb związanych z afiliacją i zadowoleniem z życia.

W dalszej części artykułu przedstawiamy kolejno: podstawy teoretyczne prowadzonych badań oraz hipotezy, metodę badań, wyniki i ich dyskusję.

Cele zewnętrzne, preferencje wartości władzy i dobrostan

Związek władzy z dobrostanem można analizować z punktu widzenia typu celów, do jakich jednostka dąży, i konsekwencji wyboru właśnie tego typu celów. Z badań dotyczących wartości wynika, że preferencje wartości władzy odnoszą się do dążenia do celów zewnętrznych (Bilsky, Schwartz, 1994). Cele zewnętrzne odzwierciedlają wartości osoby istniejące poza nią samą (np. posiadane dobra materialne i finansowe; por. Deci, Ryan, 1985). Przeciwnie cele wewnętrzne, jakie może realizować jednostka, wiążą się z zaspokajaniem uniwersalnych potrzeb psychologicznych (autonomia, kompetencje i afiliacja), dzięki którym osoba realizuje siebie, ma poczucie własnej wartości i osiąga dobrostan (Ryan, Deci, 2000).

Tim Kasser i Richard Ryan (1993, 1996) dowiedli, że osoby dążące do celów zewnętrznych (sukcesu finansowego, sławy, atrakcyjności fizycznej) mają niższy dobrostan w porównaniu do osób dążących do celów wewnętrznych (autonomii, kompetencji i afiliacji). Obniżony dobrostan u osób dążących do celów zewnętrznych wyraża się niższą samoaktualizacją i witalnością, a także większą ekspresyjnością i wyższym poziomem niepokoju. W innych badaniach (Ryan et al., 1996) wykazano, że aktywności, które odzwierciedlają cele wewnętrzne, w większym stopniu wiążą się z dobrostanem (wyrażonym wyższym poziomem satysfakcji) niż aktywności odzwierciedlające cele zewnętrzne. W jeszcze innych badaniach Christopher Niemiec, Richard Ryan i Edward Deci (2009) wskazali na skutki dążeń do celów wewnętrznych i zewnętrznych w rok po ukończeniu studiów; skutki te są następujące: osoby osiągają cele wybrane w stosunku do niewybranych z większą skutecznością, jed-

nakże osiągnięcie celów wewnętrznych wiąże się z dobrostanem jednostki, a osiągnięcie celów zewnętrznych — z jej złostaniem.

Kolejnych wniosków na temat możliwych zależności pomiędzy władzą i dobrostanem dostarczają wyniki badań związku preferowanej wartości władzy z dobrostanem. Badacze wartości (Bilsky, Schwartz, 1994) sklasyfikowali wartość władzy wraz z wartościami konformizmu oraz bezpieczeństwa i określili je jako wartości braku. Badacze ci stwierdzili również, że preferowanie wartości władzy wiąże się negatywnie z dobrostanem jednostki, gdyż przywiązywanie nadmiernej wagi do wartości władzy może wynikać z braku kontroli nad własnym życiem. Z kolei badania nad aktywnościami związanymi z celami wewnętrznymi i zewnętrznymi oraz odpowiadającymi im wartościami i zadowoleniem z życia (Ryan et al., 1996) pokazują, że aktywności wynikające z preferencji wartości uniwersalizmu i życzliwości korelują dodatnio z pozytywnymi emocjami i zadowoleniem z życia, podczas gdy aktywności związane z konformizmem, tradycją, bezpieczeństwem i władzą korelują ujemnie z pozytywnymi emocjami i zadowoleniem z życia.

Warto zwrócić uwagę, że konceptualizacja władzy jako wartości odpowiadającej celom zewnętrznym ma podłoże kulturowe. Dążenie do władzy jako środka do pozyskania statusu i uznania jest cechą typową dla indywidualizmu wertykalnego; wiąże się z nadużyciami, wywieraniem wpływu w celu osiągnięcia własnych korzyści (Torelli, Shavitt, 2010). Dążenie to można przeciwstawić kolektywistycznemu konceptowi władzy, według którego władza może być używana jako narzędzie w obronie słabszych (społeczeństwa). Carlos Torelli i Sharon Shavitt (ibidem) wykazali w badaniach międzykulturowych, że indywidualizm wertykalny wiąże się z większym dążeniem do społecznej dominacji oraz przekonaniami o słuszności nadużywania władzy przez jej posiadaczy (mierzone skalą MOP), jak również mniejszą chęcią używania władzy w celu pomocy innym. Władza w grupie indywidualizmu wertykalnego przekładała się także na: lubienie marek odzwierciedlających władzę jako prestiż i status oraz nastawienie na realizację celów indywidualnych.

Prowadzone w Polsce badania wskazują na wysoki wertykalizm i średni indywidualizm polskich grup menedżerów (Nasierowski, Mikula, 1998), co może sugerować, że bardziej dostępne naszej kulturze jest pojęcie władzy jako dążenia do statusu i prestiżu.

Wpływ posiadania władzy na jednostkę i jej relacje z innymi

Część badaczy, analizując wpływ władzy na zachowania jednostek (por. Keltner, Gruenfeld, Anderson, 2003), przyjmuje, że posiadanie władzy różni się od nieposiadania władzy dostępem do zasobów oraz kontrolą nad karami i nagrodami. W związku z tym w sytuacji posiadania władzy aktywizuje się dążeniowy system motywacyjny (tj. jednostka skupia się na możliwościach i realizacji celów), przeciwnie do sytuacji braku posiadania władzy, która aktywizuje hamujący system motywacyjny (tj. osoba skupia się na unikaniu strat i zagrożeń). Badania dowodzą, że osoby, które posiadają władzę, chętniej podejmują działanie również bez względu na jego konsekwencje (czy będą to konsekwencje prospołeczne czy antyspołeczne) niż osoby, które nie posiadają władzy (Galinsky, Gruenfeld, Magee, 2003). Badania prowadzone w tym paradygmacie wskazują także, że osoby posiadające władzę mają wyższą samoocenę, więcej emocji pozytywnych (Anderson, Berdahl, 2002; Wojciszke, Strużyńska-Kujałowicz, 2007) i wyżej oceniają efektywność własnych działań (Keltner, Gruenfeld, Anderson, 2003) niż osoby nieposiadające władzy. W jednym z najnowszych badań (Strużyńska-Kujałowicz, 2010) dotyczącym związku władzy (aktywizowanej eksperymentalnie) oraz wymiarów afektywnych i poznawczych dobrostanu dowiedziono, że osoby posiadające więcej władzy częściej przeżywają pozytywne emocje i mają lepszy nastrój niż osoby posiadające mniej władzy. Okazało się także, że posiadanie większej władzy nie wpływa na ocenę przeszłych zdarzeń, a jednocześnie wiąże się z większym optymizmem co do oceny przyszłych zdarzeń oraz większą satysfakcją z sytuacji w kraju niż posiadanie mniejszej władzy.

Większość badaczy tematyki władzy w kulturze indywidualistycznej wskazuje, że konsekwencją posiadania władzy jest jej nadużywanie — realizacja własnych celów kosztem celów innych osób (Gruenfeld et al., 2008; Bell, Hughes-Jones, 2008; Kipnis, 1972; Lammers, Stapel, 2009; Lammers, Stapel, Galinsky, 2010). Badania eksplorujące zmiany zachowań jednostek w relacjach z innymi dowodzą, że władza prowadzi do uprzedmiotawiania innych osób. Im większa władza jednostki, tym większa instrumentalizacja relacji, bez względu na jej typ (Gruenfeld et al., 2008). Menedżerowie i studenci MBA przedstawiali większą instrumentalizację relacji z osobami sobie podlegającymi niż z osobami równymi; co więcej, menedżerowie opisywali swoje relacje z podwładnymi w jeszcze bardziej zinstrumentalizowany sposób niż studenci MBA. Ponadto, aktywizacja władzy powodowała większe

uprzedmiotowienie osób równych sobie niż brak aktywizacji władzy. Badania wskazują, że posiadanie władzy prowadzi do postrzegania innych w kontekście ich użyteczności dla realizacji własnych celów. Obserwuje się również, że władza korumpuje jednostki w sposób dający się przewidzieć (Kipnis, 1972). Mianowicie zauważono, że kierownicy (osoby, które w zadaniu posiadały władzę i autorytet) w stosunku do podwładnych (osób, które w zadaniu podlegały kierownikom) częściej posługiwali się taktykami wpływu, gorzej oceniali zadania podwładnych, mieli poczucie większej kontroli nad wynikami podwładnych, postrzegali podwładnych jako obiekty manipulacji i utrzymywali większy dystans w stosunku do podwładnych niż podwładni w stosunku do kierowników.

Posiadanie władzy może być także związane ze sposobem oceniania zachowań transgresyjnych, który służy interesom mającego władzę. Badania dowodzą, że osoby posiadające władzę są bardziej hipokryzjne (tj. stawiają wysokie standardy moralne innym, a sobie te same standardy obniżają) niż osoby nieposiadające władzy. W badaniu Jorisa Lammersa, Diederika Stapela i Adama Galinsky'ego (2010) osoby posiadające władzę pilnowały restrykcyjnie, aby inne osoby nie oszukiwały (podczas gdy mający władzę sami oszukiwali), oraz bardziej restrykcyjnie oceniały transgresje moralne innych, a mniej restrykcyjnie swoje transgresje moralne. Co więcej, im osoby posiadały więcej władzy, tym ta tendencja do hipokryzji była silniejsza; słabsza tendencja do hipokryzji występowała, gdy osoby posiadały mniej władzy (władza nie była legitymizowana). W innej serii eksperymentów Joris Lammers i Diederik Stapel (2009) wykazali, że osoby z poczuciem władzy w ocenianiu moralności zachowania osób im podlegających kierują się regułą „przekraczania panujących zasad”, co ułatwia interpretację (podczas gdy osoby bez władzy uzależniają ocenę od skutków zachowań); zasada ta jednak nie obowiązuje, gdy decyzja o negatywnej ocenie moralności podwładnego byłaby niekorzystna dla interesu posiadacza władzy.

Nadużywanie władzy może być także skutkiem poczucia bezradności lub pozbawienia władzy — osoba w takiej sytuacji używa częściej przymusu lub innych „twardych” form działania, chcąc przywrócić swoje poczucie wartości, co nazywane jest „paradoksem braku władzy” (por. Raven, Kruglanski, 1970; Kipnis, 1976). Przykładem może być sytuacja przypisania większej władzy partnerowi interakcji, w której naturalnie jest on stroną pozbawioną władzy; taka sytuacja „postrzeganego braku władzy” może zachodzić w relacji przełożony — podwładny. Badania prowadzone przez Daphne Bugental i Jeffrey'a Lewisa (1999) pokazały, że podczas symulacji nauki gry komputerowej dorosłe kobiety uczące „krapkę” dzieci tak bardzo skupiały uwagę na swoim braku władzy, że skutkowało to zaburzeniami w skuteczności komunikacji, jak rów-

niez nasileniem się myśli o charakterze kontrolującym. Badania wskazują także, że wraz ze wzrostem władzy jednostki wzrastają jej żądania. Sprawdzano, jak wzrost władzy i utrata władzy wiążą się z żądaniami prezentowanymi przez badanych w grze zwanej „dictatorship games” (Sivanathan, Pillutla, Murnighan, 2008). Okazało się, że żądania badanych różniły się w zależności od tego, czy osoby te traciły czy zyskiwały władzę. Co więcej, osoby, które zyskiwały władzę, żądały znacznie więcej, a żądania osób, które traciły władzę, były podobne w kolejnych krokach gry.

Osoby posiadające władzę mogą jej nadużywać, dążąc do celu — „parcie do przodu”, który polega na realizowaniu własnych celów kosztem celów innych osób (Baumeister, 1995). Z kolei przypisywanie nadmiernego znaczenia posiadaniu władzy może stanowić rodzaj kompensacji niezaspokojonych potrzeb relacji (por. Bilsky, Schwartz, 1994; Sheldon, Kasser, 1995).

Badanie 1

Celem badania 1 było sprawdzenie związku władzy — z perspektywy przekonań jednostki na temat nadużywania władzy — z wartościami i zadowoleniem z życia. Odwołując się do ujęcia władzy (w kulturze zbliżonej do naszej) jako środka do pozyskania statusu i uznania (Torelli, Shavitt, 2010) oraz do jednego z celów realizowanych poprzez władzę, mianowicie „parcia do przodu” (które polega na realizacji celu jednej osoby kosztem drugiej; por. Baumeister, 1995), można przyjąć, że dążenie do tak rozumianej władzy może mieć negatywny związek z preferencjami wartości, które dotyczą relacji społecznych (por. Kasser, Ryan, 1993, 1996; Sheldon, Kasser, 1995). Na tej podstawie założono w badaniu, że tendencja do nadużywania władzy, która dotyczy instrumentalizacji stosunków społecznych (por. Lee-Chai, Chen, Chartrand, 2001), będzie się wiązać ze spadkiem wartości odpowiadających aspiracjom wewnętrznym (tj. związanych z afiliacją). Z badań poprzedników wynika, że osoby, które dążą do realizacji aspiracji zewnętrznych (związanych z władzą), w mniejszym stopniu realizują cele wewnętrzne (tj. związane z afiliacją), mianowicie: są mniej empatyczne (Sheldon, Kasser, 1995), mniej gotowe do współpracy i wykazują mniej zachowań prospołecznych (Sheldon, McGregor, 2000). Co więcej, z wcześniejszych badań wynika także, że osoby preferujące wartości związane z władzą (por. Bilsky, Schwartz, 1994) i osoby, które realizują cele zewnętrzne (kojarzące się z wartością

władzy) (por. Kasser, Ryan, 1993, 1996) w większym stopniu niż cele wewnętrzne, mają niższy dobrostan. Na podstawie tych wniosków z badań założono, że tendencja do nadużywania władzy będzie wiązać się ze spadkiem zadowolenia z życia. Odwołując się do wniosków z badań poprzedników, w badaniu 1 postawiono dwie hipotezy badawcze:

H1: Nadużywanie władzy wiąże się negatywnie z preferowaniem wartości dotyczących realizacji celów wewnętrznych związanych z afiliacją.

H2: Nadużywanie władzy wiąże się z obniżonym zadowoleniem z życia.

Metoda

Grupa badana. Przebadano 171 osób, w tym 89 kobiet oraz 82 mężczyzn, średnia wieku wyniosła $M = 24$ lat ($SD = 5,6$). Badanie zostało przeprowadzone wśród studentów wyższych studiów humanistycznych oraz technicznych.

Materiały i procedura. Do zbadania przekonań dotyczących nadużywania władzy wykorzystano Skalę Nadużywania Władzy (MOP — Misuse of Power; Lee-Chai, Chen, Chartrand, 2000¹). Skala MOP dotyczy przekonania o tym, że pożądane i właściwe jest wykorzystywanie władzy dla własnych celów. Stwierdzenia skali odnoszą się do sytuacji interpersonalnych, w których jednostka ma możliwość wpływu na inne osoby i uzasadnionego przedmiotowego traktowania relacji z innymi. Skala ta pozwala przewidywać skłonność osób do egoistycznych zachowań w sytuacji, gdy posiadają władzę.

Kwestionariusz MOP składa się z 18 pytań (w tym 9 pozycji jest odwróconych). Stanowi narzędzie jednoczynnikowe (Sęk, Zawadzka, Szabowska-Walaszczyk, 2011). Respondenci ustosunkowują się do stwierdzeń na 7-stopniowej skali, w której 1 oznacza „całkowicie się nie zgadzam”, a 7 — „zgadzam się całkowicie”. Rzetelność w badanej próbie mierzona współczynnikiem α Cronbacha wyniosła 0,71, średnia wyniosła $M = 3,16$ ($SD = 0,75$).

Do pomiaru zadowolenia z życia wykorzystano drabinę Cantrila (Cantril's Self-Anchoring Scale, 1965, w adaptacji Czapińskiego — Czapiński, 1992). Narzędzie składa się z jednego pytania, którego skala odpowiedzi jest zobrazowana w formie graficznej przedstawiającej drabinę. Badani odnoszą się do pytania o zadowolenie z życia, zaznacza-

¹ W badaniu posłużono się polską wersją językową narzędzia, prezentowaną na łamach książki: *Władza. Pokusy i zagrożenia*. Red. A.Y. Lee-Chai, J.A. Bargh. Przeł. A. Kacmajo, A. Sulak, M. Bianga. Gdańsk 2009.

jąc odpowiedź w przedziale od 0 („najgorsze życie, jakiego mógłbym się spodziewać”) do 10 („najlepsze życie, jakiego mógłbym się spodziewać”). Narzędzie pozwala również uzyskać informację o zadowoleniu z życia w przeszłości oraz o przewidywanym przez respondenta poziomie zadowolenia z życia w przyszłości. Informację tę uzyskuje się za pomocą pytań: „Gdzie na tej drabinie umieściłbyś swój najgorszy tydzień ostatniego roku?”, „Gdzie na tej drabinie umieściłbyś swój najlepszy dzień minionego roku?”, „Gdzie umieściłbyś swoje życie sprzed 5 lat?”, „Jakiego spodziewasz się życia za 5 lat — gdzie mógłbyś je umieścić na tej drabinie?”. W badanej grupie średnia odpowiedzi na pytanie o ogólne zadowolenie z obecnego życia wyniosła $M = 6,44$ ($SD = 1,54$). Analiza rzetelności drabiny Cantrila wskazała na wynik $\alpha = 0,68$.

Wartości osobiste preferowane przez respondentów zmierzono za pomocą kwestionariusza PVQ (Portret Values Questionnaire; Schwartz et al., 2001), składającego się z 21 stwierdzeń (kwestionariusz w polskiej adaptacji Jana Ciecucha i Zbigniewa Zaleskiego we współpracy z Shalomem Schwarzem — Ciecuch, Zaleski, 2011). Respondenci ustosunkowywali się do stwierdzeń kwestionariusza, oceniając swoje podobieństwo do osoby opisanej w danym stwierdzeniu na 6-stopniowej skali od 1, które oznacza „Zupełnie do mnie niepodobny”, do 6, które oznacza „Bardzo podobny do mnie”. Na stwierdzenia kwestionariusza składają się opisy 10 obszarów wartości osobistych wyróżnianych przez Shaloma Schwartz. Są nimi: osiągnięcia, samokierowanie, życzliwość, uniwersalizm, tradycja, konformizm, stymulacja, hedonizm, władza, bezpieczeństwo; wartości te tworzą cztery wymiary, jakie analizowano w badaniu, mianowicie: umacnianie Ja, przekraczanie Ja, otwartość na zmiany, zachowawczość. W badanej grupie średnie i odchylenia dla każdej z czterech kategorii wartości przedstawiały się następująco:

- umacnianie Ja: $M = 5,10$, $SD = 0,81$,
- przekraczanie Ja: $M = 5,53$, $SD = 0,73$,
- otwartość na zmiany: $M = 5,39$, $SD = 0,80$,
- zachowawczość: $M = 4,92$, $SD = 0,80$.

Procedura. Badani w grupach 15—20-osobowych wypełniali każdy z kwestionariuszy w następującej kolejności: skala MOP, drabina Cantrila, kwestionariusz PVQ. Badania odbywały się w salach wykładowych.

Wyniki

Analiza związku wartości osobistych i zadowolenia z życia z tendencją do nadużywania władzy. Aby zweryfikować zakładane zależności, posłużono się modelem hierarchicznej analizy regresji me-

tołą wprowadzania (Brzeziński, 1996). Do pierwszego bloku wprowadzono cztery kategorie wartości preferowanych przez osoby badane (tj. umacnianie Ja, przekraczanie Ja, otwartość na zmiany, zachowawczość), do drugiego bloku wprowadzono zsumowany wynik skal drabiny Cantrila. Zmienną zależną była tendencja do nadużywania władzy. Testowane dwa modele okazały się istotne statystycznie (por. tabela 1). Procent zmienności, za który odpowiedzialne były cztery kategorie wartości, wyniósł $R^2 = 0,30$ (skorygowane $R^2 = 0,31$) i był istotny statystycznie: $F(4,160) = 16,76$, $p < 0,001$. Po wprowadzeniu do modelu regresji zmiennej „zadowolenie z życia” zmiana R^2 była istotna statystycznie i wyniosła $\Delta R^2 = 0,04$; $F(1,159) = 8,98$, $p = 0,003$. Analiza szczegółowych współczynników pierwszego testowanego modelu regresji (por. tabela 1) wskazała na trzy kategorie wartości jako predyktory tendencji do nadużywania władzy. Istotne współczynniki β uzyskano w przypadku kategorii wartości:

- przekraczanie Ja: $\beta = -0,32$, $t = -4,25$, $p = 0,001$,
- zachowawczość: $\beta = -0,20$, $t = -2,60$, $p = 0,01$,
- umacnianie Ja: $\beta = 0,21$, $t = 2,13$, $p = 0,03$.

Tabela 1

Hierarchiczna analiza regresji liniowej (metoda wprowadzania)
Kategorie wartości i zadowolenie z życia
jako predyktory tendencji do nadużywania władzy

Model	β	t	p	R^2	Skorygowane R^2	F	p
model 1							
Otwartość na zmiany	0,13	1,36	ns	0,30	0,28	16,76	0,001
Przekraczanie Ja	-0,32	-4,14	0,001				
Zachowawczość	-0,20	-2,60	0,01				
Umacnianie Ja	0,21	2,13	0,03				
model 2							
Otwartość na zmiany	0,18	1,88	0,06	0,33	0,31	15,87	0,001
Przekraczanie Ja	-0,32	-4,25	0,001				
Zachowawczość	-0,17	-2,34	0,02				
Umacnianie Ja	0,17	1,77	0,08				
Zadowolenie z życia	-0,20	-2,99	0,003				

Objaśnienia: β — współczynnik cząstkowy analizy regresji; t — wartość testu t ; p — poziom istotności statystycznej; R^2 — współczynnik determinacji wielokrotnej; F — wartość testu F ; ns — nieistotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Uzyskane wyniki wskazują, że tendencja do nadużywania władzy wiązała się istotnie i negatywnie z preferencjami wartości z kategorii przekraczanie Ja (która zawiera wartości uniwersalizmu i życzliwości) i zachowawczość (która zawiera wartości tradycji, konformizmu i bezpieczeństwa) oraz pozytywnie z wartościami kategorii umacnianie Ja (zawierającej wartości władzy i osiągnięć). Kategorie wartości przekraczanie Ja i zachowawczość dotyczą postaw wobec innych osób i relacji z nimi. A zatem tendencja do nadużywania władzy wiązała się negatywnie z preferowaniem wartości związanych z afiliacją (realizujących cele wewnętrzne), co oznacza, że postawiona hipoteza 1 się potwierdziła.

W przypadku drugiego testowanego modelu, do którego wprowadzono wartości i zadowolenie z życia, analiza wskazała na trzy istotne współczynniki β dla kategorii wartości:

— przekraczanie Ja: $\beta = -0,32$, $t = -4,25$, $p = 0,001$,

— zachowawczość: $\beta = -0,17$, $t = -2,60$, $p = 0,01$,

oraz dla zmiennej zadowolenie z życia ($\beta = -0,20$, $t = -2,97$, $p = 0,003$).

Uzyskany wynik pokazał także, że wprowadzenie do modelu zmiennej zadowolenie z życia wpłynęło na spadek wielkości współczynnika β dla kategorii wartości umacnianie Ja z wartości istotnej statystycznie ($\beta = 0,21$, $p = 0,03$) do wartości nieistotnej statystycznie ($\beta = 0,17$, $p = 0,08$). Dlatego też aby sprawdzić, czy zadowolenie z życia może być mediatorem związku preferencji kategorii wartości umacnianie Ja i tendencji do nadużywania władzy, przeprowadzono test mediacji Sobela (Sobel, 1982). Wynik testu mediacji Sobela okazał się nieistotny statystycznie ($z = 0,24$, n.i.), co oznacza, że mediacja nie wystąpiła. Uzyskany wynik w modelu drugim wskazuje, że tendencja do nadużywania władzy wiąże się pozytywnie z kategoriami wartości przekraczanie Ja i zachowawczość (por. tabela 1 — wynik dotyczący tych wartości jest zgodny z tym, jaki otrzymano, testując model 1), co wskazuje, że potwierdziła się hipoteza H1, natomiast negatywnie z zadowoleniem z życia, co potwierdza hipotezę H2.

Analiza związku zadowolenia z życia z tendencją do nadużywania władzy. Aby pogłębić analizy związku tendencji do nadużywania władzy z zadowoleniem z życia, sprawdzono jeszcze, jak tendencja do nadużywania władzy wiąże się z każdą ze skal zadowolenia z życia. W tym celu posłużono się testem korelacji r -Pearsona. Wyniki testu wskazały na negatywną istotną korelację tendencji do nadużywania władzy i oceny swego życia (r (D1)² = $-0,15$, $p < 0,05$), oceny swego najlepszego dnia

² D1: „W jakim punkcie drabiny, zgodnie z Twoim odczuciem, znajduje się obecnie Twoje życie?”; D2: „Gdzie na tej drabinie umieściłbyś swój najgorszy tydzień ostatniego roku?”; D3: „Gdzie na tej drabinie umieściłbyś swój najlepszy dzień minionego roku?”; D4: „Gdzie umieściłbyś swoje życie sprzed 5 lat?”; D5: „Jakiego spodziewasz się życia za 5 lat — gdzie mógłbyś je umieścić na tej drabinie?”.

minionego roku ($r(D3) = -0,23$, $p < 0,01$) i oceny życia sprzed 5 lat ($r(D4) = -0,20$, $p = 0,01$). Pozostałe korelacje dotyczące oceny najgorszego tygodnia w roku i oczekiwań co do swego życia za 5 lat były nieistotne statystycznie. Uzyskane wyniki świadczą o tym, że im osoby miały większą tendencję do nadużywania władzy, tym gorzej oceniały swoje przeszłe i obecne życie. Wynik ten potwierdza zasadność postawionej hipotezy H2.

Uzyskane wyniki potwierdzają poczynione na początku badań założenia. Tendencja do nadużywania władzy wiąże się negatywnie z preferencjami wartości związanych z afiliacją (urzeczywistniających cele wewnętrzne) i pozytywnie z realizacją celów zewnętrznych (związanych z władzą); nadużywanie władzy wiąże się ze spadkiem zadowolenia z życia jednostki.

Badanie 2

Celem badania 2 było sprawdzenie związku między władzą a dobrostanem jednostki, gdy miarą władzy jest zajmowane przez jednostkę stanowisko. Badaniem tym objęto kobiety. Z badań wynika, że pozycja władzy kobiet jest ograniczona w organizacji. Kobiety postrzegane są jako mniej kompetentne niż mężczyźni (Dépret, Fiske, 1993); mężczyźni — ogólnie rzecz biorąc — mają więcej władzy w organizacji niż kobiety (tj. kobiety, które mają kompetencje i autorytet, oceniane są negatywnie, a mężczyźni w sytuacji władzy oceniani są jako bardziej skuteczni, posiadający większą władzę i bardziej serdeczni; por. Wiley, Eskilson, 1982). Biorąc pod uwagę wyniki badań, które wskazują na związek niepewności sytuacji władzy z nadużywaniem władzy (Bugental, Lewis, 1999), można sugerować, że mniej pewna sytuacja władzy kobiet w organizacji może skłaniać je do dominacji i w efekcie nadużywania władzy.

W badaniu dobrostan jednostki sprawdzano w odniesieniu do dwóch zmiennych: poziom wypalenia zawodowego oraz poziom zadowolenia z życia. Posłużono się tu pomiarem wypalenia zawodowego, gdyż składa się on z trzech komponentów (Maslach, 2000) odpowiedzialnych za wypalenie zawodowe; komponenty te — oprócz czynnika stresu — dotyczą relacji międzyludzkich (ich depersonalizacji) i stosunku do siebie (obniżonej samooceny na skutek poczucia braku dokonań), a zatem treściowo są powiązane z realizacją celów wewnętrznych — afiliacji i kompetencji. Opierając się na zaprezentowanych wnioskach z badań, założono, że władza wynikająca ze stanowiska u kobiet będzie się wiązać z wypale-

niem zawodowym, a w szczególności sposób z wymiarem depersonalizacji. Następnie, uwzględniając dominację potrzeb prospołecznych u kobiet (Mandal, 2004), będącą następstwem procesu socjalizacji, założono, że ponieważ władza może utrudniać realizację celów związanych z afiliacją (por. Sheldon, Kasser, 1995), władza kobiet wynikająca ze stanowiska będzie się wiązać ze spadkiem zadowolenia z życia.

Serena Chen i Jeremy Welland (2002) analizowali związki władzy z konstruktem Ja u kobiet i mężczyzn. Badani mieli w różnych sytuacjach przypisać sobie lub osobie podwładnej godziny pracy konieczne do zrealizowania dodatkowego projektu. Wyniki pokazały, że sprawowanie władzy w przypadku kobiet wiąże się z silniejszymi „efektami” władzy niż w przypadku mężczyzn, co może łączyć się z konfliktami wartości (np. władzy *versus* życzliwości).

Kobiety, którym aktywowano Ja zależne, w sytuacji władzy w większym stopniu odczuwały władzę jako obowiązek niż jako nagrodę, podczas gdy mężczyźni odwrotnie (kobiety przypisywały sobie więcej pracy, a mężczyźni mniej). Natomiast aktywizacja Ja niezależnego powodowała nasilenie postrzegania władzy jako nagrody — kobiety przypisywały sobie mniej pracy niż mężczyźni.

W odniesieniu do powyższych założeń postawiono dwie hipotezy:

H3: Posiadanie władzy przez kobiety w organizacji wiąże się ze wzrostem wypalenia zawodowego. Wypalenie zawodowe będzie dotyczyć aspektu depersonalizacji.

H4: Posiadanie władzy wiąże się ze spadkiem zadowolenia z życia.

Metoda

Grupa badana. Przebadano 93 kobiety w wieku $M = 31,01$ ($SD = 4,66$), pracujące na trzech typach stanowisk: kierowniczym, specjalistycznym i wykonawczym, w przedsiębiorstwach wybranych metropolii polskich.

Narzędzia i procedura. Stanowisko zajmowane przez osobę badaną określało posiadaną przez nią władzę. Biorąc pod uwagę, że osoby pracowały na danym stanowisku więcej niż 5 lat, przyjęto, że jest to czas, który pozwolił osobom badanym przystosować się do wymogów związanych ze stanowiskiem zajmowanym w organizacji.

Do pomiaru zadowolenia z życia zastosowano drabinę Cantrila (Cantril's Self-Anchoring Scale, 1965, w adaptacji Czapińskiego — Czapiński, 1992). W obecnym badaniu zastosowano trzy skale drabiny Cantrila; oprócz pytania o ogólną ocenę swego życia zadano badanym dwa inne: „Gdzie na tej drabinie umieściłbyś swój najgorszy tydzień ostatniego

roku?”, oraz: „Gdzie na tej drabinie umieściłbyś swój najlepszy dzień minionego roku?”, do których badany ustosunkowywał się na 10-stopniowej skali. Średnia i odchylenie standardowe dla zsumowanych skal drabiny Cantrila przedstawia się następująco: $M = 5,03$ ($SD = 2,57$). Analiza α Cronbacha skal drabiny wskazała na niską rzetelność $\alpha = 0,54$, dlatego też wyniki dla każdej ze skal przeanalizowano oddzielnie.

Do pomiaru wypalenia zawodowego posłużono się kwestionariuszem wypalenia zawodowego MBI (Maslach, Jackson, 1986, adaptacja: Pa-sikowski, 2000). Kwestionariusz składa się z 22 pozycji testowych, które tworzą 3 podskale: „emocjonalnego wyczerpania”, „depersonalizacji” i „osobistego zaangażowania”. Na stwierdzenia kwestionariusza odpowiada się twierdząco lub przecząco. Wynik wypalenia zawodowego uzyskuje się z podsumowania wyników uzyskanych dla trzech podskal. Analiza α Cronbacha wskazała na dobrą rzetelność $\alpha = 0,82$ zmiennej wypalenie zawodowe w badanej grupie osób. Średnie i odchylenia standardowe dla każdej z podskal kwestionariusza MBI przedstawiały się następująco:

- emocjonalne wyczerpanie: $M = 3,45$, $SD = 2,74$,
- depersonalizacja: $M = 1,8$, $SD = 1,41$,
- osobiste zaangażowanie: $M = 2,85$, $SD = 1,86$.

Procedura. Badanie prowadzono indywidualnie. Osoby badane wypełniały zestaw kwestionariuszy organizacyjnych i konsumenckich, wśród których były kwestionariusz wypalenia zawodowego (MBI) oraz drabina Cantrila.

Wyniki

Miejsce w hierarchii władzy i wypalenie zawodowe. W analizie zakładanych zależności posłużono się modelem wielomianowej analizy regresji logistycznej (Peng, Nicholas, 2003). Model ten dotyczy związku pomiędzy zmienną nominalną (stanowiskiem) a zmienną ciągłą (wypaleniem zawodowym). Testowany model okazał się istotny ($-2LL = 95,41$, $\chi^2(2) = 24,16$, $p < 0,001$). Wartość pseudowspółczynnika determinacji wielokrotnej (R^2 -Nagelkerke) wyniosła 0,27. Patrząc na szczegółowe współczynniki wielomianowej analizy regresji logistycznej — *Wald*, *Exp(B)* — można zauważyć, że istotne wartości *Wald* i niskie wartości *Exp(B)* wskazują na związek wypalenia ze stanowiskiem — im niższe stanowisko w hierarchii władzy, tym mniejsze wypalenie zawodowe (por. tabela 2). Tym samym można stwierdzić, że hipoteza H3 się potwierdziła.

Tabela 2

**Współczynniki wielomianowej analizy regresji logistycznej —
zależność pomiędzy stanowiskiem a wypaleniem zawodowym**

Stanowisko	<i>B</i>	Błąd standardowy	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>
Specjalista	-0,234	0,065	12,826	0,001	0,791
Pracownik wykonawczy	-0,263	0,068	15,081	0,001	0,769

Objaśnienia: *B*, *Wald* i *Exp (B)* — cząstkowe współczynniki wielomianowej analizy regresji logistycznej, *p* — poziom istotności statystycznej.

Źródło: Badania własne.

Aby sprawdzić, w jakich wymiarach wypalenia zawodowego badane grupy różniły się istotnie, przeprowadzono test nieparametryczny Kruskala—Wallisa. Test ten wskazał, że grupy różniły się istotnie w każdym z wymiarów wypalenia: wyczerpaniu emocjonalnym ($\chi^2(2) = 16,79$, $p < 0,001$, $Mrk = 62,07$, $Mrs = 39,28$, $Mrw = 36,67$), depersonalizacji ($\chi^2(2) = 20,05$, $p < 0,001$, $Mrk = 62,28$, $Mrs = 41,53$, $Mrw = 33,70$) i zaangażowania osobistego ($\chi^2(2) = 13,46$, $p = 0,001$, $Mrk = 58,75$, $Mrs = 39,68$, $Mrw = 36,01$). Porównując średnie rang dla każdego z wymiarów wypalenia, można dostrzec, że kierowniczki miały zdecydowanie wyższe średnie dla każdego z trzech wymiarów wypalenia w porównaniu z grupą specjalistek i pracowników wykonawczych. Innymi słowy, kierowniczki nie tylko przeżywały stres wynikający z pełnionych funkcji, lecz także miały bardziej negatywny i niewłaściwy stosunek do innych ludzi (depersonalizacja) oraz mniejsze poczucie dokonań.

Analiza wymiarów wypalenia zawodowego wskazuje, że obniżony dobrostan wiąże się z utrudnieniami w realizacji celów dotyczących afiliacji. Takie też było założenie niniejszego badania.

Miejsce w hierarchii władzy i zadowolenie z życia. W analizie zależności pomiędzy władzą a zadowoleniem z życia posłużono się wielomianową analizą regresji logistycznej. Zmienną zależną była zmienna nominalna — stanowisko — a zmiennymi niezależnymi — skale drabiny Cantrila. Testowany model okazał się istotny ($-2LL = 136$, $\chi^2(6) = 30,19$, $p < 0,001$). Pseudowspółczynnik determinacji wielokrotnej (R^2 -Nagelkerke) wyniósł 0,32. Szczegółowe współczynniki wielomianowej analizy regresji logistycznej *Wald / Exp (B)* okazały się istotne i pozytywne dla skal D1 i D2 we wszystkich rozważanych grupach (por. tabela 3). Oznacza to, że im niższe stanowisko, tym wyższej osoby oceniały swoje życie i niżej najgorszy tydzień. Uzyskano również istotne wartości *Wald* i *Exp (B)* dla skali D3 drabiny Cantrila i ta zależność dotyczyła grup kierowniczek i pracowników wykonawczych; grupa kierowniczek oceniała wyżej najlepszy dzień minionego roku niż

grupa pracowników wykonawczych. Uzyskane wyniki potwierdzają hipotezę H4.

Tabela 3

**Współczynniki wielomianowej analizy regresji logistycznej —
zależność pomiędzy stanowiskiem a zadowoleniem z życia**

Stanowisko		<i>B</i>	Błąd standardowy	<i>Wald</i>	<i>p</i>	<i>Exp (B)</i>
Specjalista	D1	0,780	0,251	9,685	0,002	2,182
	D2	-0,436	0,159	7,493	0,006	0,647
	D3	-0,301	0,294	1,052	0,305	0,740
Pracownik wykonawczy	D1	0,882	0,266	10,997	0,001	2,415
	D2	-0,354	0,166	4,557	0,033	0,702
	D3	-0,659	0,291	5,128	0,024	0,517

Objaśnienia: *B*, *Wald* i *Exp (B)* — cząstkowe współczynniki wielomianowej analizy regresji logistycznej, *p* — poziom istotności statystycznej; **D1** — dotyczy odpowiedzi na pytanie: „W jakim punkcie drabiny, zgodnie z Twoim odczuciem, znajduje się obecnie Twoje życie?”; **D2** — dotyczy odpowiedzi na pytanie: „Gdzie na tej drabinie umieściłbyś swój najgorszy tydzień ostatniego roku?”; **D3** — dotyczy odpowiedzi na pytanie: „Gdzie na tej drabinie umieściłbyś swój najlepszy dzień minionego roku?”.

Źródło: Badania własne.

Można stwierdzić, że wypalenie zawodowe u kobiet ma związek z władzą wynikającą ze stanowiska. Wypalenie zawodowe u kobiet na stanowiskach kierowniczych wiąże się, jak zakładano, z pogorszeniem stosunków z innymi (depersonalizacja). Podobnie, stanowisko kierownicze kobiet ma związek ze spadkiem zadowolenia z życia.

Dyskusja i podsumowanie

Przeprowadzone badania wpisują się w dyskusję na temat władzy jako przejawu dążenia do celów zewnętrznych i w efekcie braku dobrostanu jednostki. W każdym z dwóch badań starano się wykazać, że wykorzystywanie władzy utrudnia realizację celów wewnętrznych związanych z afiliacją, które są niezbędne dla dobrostanu, i ze spadkiem zadowolenia z życia. W badaniu 1 wykazano, że przekonania na temat sprawowania władzy (określane jako tendencja do nadużywania władzy) wiążą się negatywnie z preferowaniem kategorii wartości „przekraczanie Ja”. W badaniu 2, biorąc pod uwagę niepewną w organizacjach władzę kobiet, co może prowadzić do nadużywania tej władzy, dowiedziono, że kobiety na stanowiskach kierowniczych są bardziej wypalone zawodowo niż kobiety

niepiastujące stanowisk władzy, a wypalenie to wiąże się z pogorszeniem relacji z innymi. Dwa badane oblicza władzy wiązały się z obniżonym zadowoleniem jednostek ze swojego życia.

Przeprowadzone badania mają swoje ograniczenia. Badanie 1 ma charakter korelacyjny, co pozwala wyciągać wnioski jedynie na temat związków tendencji do nadużywania władzy z utrudnieniami w realizacji celów wewnętrznych i zadowoleniem z życia, a nie wpływu tendencji do nadużywania władzy na realizację celów wewnętrznych i zadowolenie z życia. Celem kolejnych badań może być rozstrzygnięcie, czy przewidywania dotyczące związku nadużywania władzy (której pomiar jest oparty na subiektywnej ocenie zachowań) i zadowolenia z życia będą się potwierdzać w realnej sytuacji władzy.

Pewnym ograniczeniem badania 2 jest brak kontroli zmiennej sposobu postrzegania przez kobiety swojej władzy i władzy swoich podwładnych w organizacji. Wprowadzenie takiej zmiennej pozwoliłoby wysnuć bardziej jednoznaczne wnioski. Jednak za zasadnością przyjmowanych założeń, że sytuacja władzy kobiet jest niestabilna i może prowadzić do pewnych nadużyć władzy, zdają się przemawiać wnioski z badań poprzedników; w badaniach tych stwierdza się, że wypalenie zawodowe może być efektem niesprawiedliwych relacji wymiany społecznej (braku wzajemności) w organizacji i w zespole pracowniczym, w efekcie czego osoba (tu kierowniczka) może uprzedmiotawiać relacje z innymi i w ten sposób nadużywać władzy (Schaufeli, 2006). Kolejne badania należałoby przeprowadzić, kontrolując wspomnianą zmienną i poszerzając grupę uczestników badania także o mężczyzn.

Przeprowadzone badania mają implikacje praktyczne. Na podstawie uzyskanych wyników można twierdzić, że sposób pojmowania władzy przez jednostkę — w zależności od tego, czy władza ma służyć realizacji własnych celów (orientacja na wymianę), czy też pomagać realizować wspólne cele (orientacja wspólnotowa) (por. Chen, Lee-Chai, Bargh, 2001) — może być odpowiedzialny za to, jak władza będzie się wiązać z dobrostanem jednostki. Jednakże warto zaznaczyć, że sytuacja w organizacji łamiąca kontrakt psychologiczny może w większym stopniu udostępniać koncept władzy związany z wymianą, a w efekcie także obniżać dobrostan jednostki.

Władza podwyższa samoocenę, a więc może dostarczać pozytywnych emocji i poprawiać nastrój (Wojciszke, Strużyńska-Kujałowicz, 2007). Jednocześnie posiadanie władzy wiąże się z nieustannym dążeniem do podwyższania samooceny, która z kolei gwarantuje dobry nastrój. W ten sposób jednostka koncentruje się na poszukiwaniu oznak zewnętrznych swojej wartości, pomijając realizację podstawowych potrzeb psychologicznych, które są gwarantem dobrostanu osoby. Uzyskane wy-

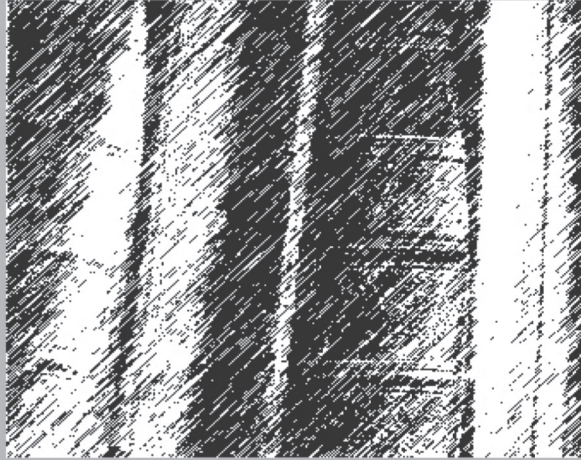
niki badań mają swoje odniesienie do eudajmonistycznych ujęć szczęścia, np. teorii autodeterminacji (Deci, Ryan, 1985), w tym znaczeniu, że wskazują, jak skupienie się na celach zewnętrznych (w badanym przypadku — na nadużywaniu władzy) wiąże się z brakiem przypisywania znaczenia wartościom, które odzwierciedlają cele wewnętrzne; koncentracja na celach zewnętrznych utrudnia jednostce osiągnięcie dobrostanu. Warto zaznaczyć, że podobne zależności opisano już w badaniach dotyczących nowej postaci materializmu, zwanej merkantylizmem psychicznym (por. Górnik-Durose, Janiec, 2011). Zaprezentowane w artykule badania mieszczą się w nurcie rozważań dotyczących zrozumienia wpływu władzy na jednostkę. Wskazują, że tendencja do nadużywania władzy wiąże się negatywnie z relacjami z otoczeniem społecznym i w konsekwencji z obniżonym zadowoleniem z życia jednostki nadużywającej władzę. Co więcej, na podstawie uzyskanych wyników można wnioskować, że z perspektywy psychologii zdrowia orientacja na realizację własnych celów (orientacja wymiany) nie jest korzystna dla dobrostanu jednostki posiadającej władzę. Podjęty temat jest ważny społecznie i wymaga dalszych analiz opartych na innych od zastosowanych pomiarach dobrostanu jednostki.

Bibliografia

- Anderson C., Berdahl J.L., 2002: *The experience of power: Examining the effects of power on approach and inhibition tendencies*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 83, s. 1362—1377.
- Anderson C., Galinsky A.D., 2006: *Power, optimism, and risk-taking*. "European Journal of Social Psychology", vol. 36, s. 511—536.
- Anderson C., Keltner D., John O.P., 2003: *Emotional convergence between people over time*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 84, s. 1054—1068.
- Baumeister R.F., 1995: *Cultural animal*. New York.
- Bell Ch.M., Hughes-Jones J., 2008: *Power, self-regulation and the moralization of behavior*. "Journal of Business Ethics", vol. 83, no. 3, s. 503—514.
- Bilsky W., Schwartz S.H., 1994: *Values and personality*. "European Journal of Personality", vol. 8, s. 163—181.
- Brzeziński J., 1996: *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa.
- Bugental D., Lewis J., 1999: *The paradoxical misuse of power by those who see themselves as powerless: How does it happen?* "Journal of Social Issues", vol. 55 (1), s. 51—64.
- Cantril H., 1965: *Pattern of human concerns*. New York.
- Chen S., Lee-Chai A.Y., Bargh J.A., 2001: *Relationship orientation as a moderator of the effects of social power*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 80 (2), s. 173—187.

- Chen S., Welland J., 2002: *Examining the effects of power as a function of self-construals and Gender*. "Self and Identity", vol. 1, s. 251—269.
- Cieciuch J., Zaleski Z., 2011: *Polska adaptacja portretowego kwestionariusza wartości Shaloma Schwartza*. „Czasopismo Psychologiczne”, T. 17, 2, s. 251—262.
- Czapiński J., 1992: *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Poznań.
- Deci E.L., Ryan R.M., 1985: *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*. New York.
- Dépret E.F., Fiske S.T., 1993: *Social cognition and power: Some cognitive consequences of social structure as a source of control deprivation*. In: *Control motivation and social cognition*. Eds. G. Weary, F. Gleicher, K. Marsh. New York, s. 176—202.
- Eagly A.H., Johnson B.T., 1990: *Gender and leadership style: a meta-analysis*. "Psychological Bulletin", vol. 104, no. 2, s. 233—256.
- Galinsky A.D., Gruenfeld D.H., Magee J.C., 2003: *From power to action*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 85, s. 453—466.
- Galinsky A.D. et al., 2008: *Power reduces the press of the situation: Implications for creativity, conformity, and dissonance*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 95, s. 1450—1466.
- Górnik-Durose M., Janiec K., 2011: *Merkantylizm psychiczny, struktura celów życiowych a poczucie dobrostanu psychologicznego*. W: *Życie w konsumpcji, konsumpcja w życiu — psychologiczne ścieżki współzależności* Red. A.M. Zawadzka, M. Górnik-Durose. Gdańsk, s. 142—160.
- Gruenfeld D.H. et al., 2008: *Power and the objectification of social targets*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 95, s. 111—112.
- Kasser T., Ryan R.M., 1993: *A dark side of the American Dream: Correlates of financial success as a central life aspiration*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 65, s. 410—422.
- Kasser T., Ryan R.M., 1996: *Further examining the American Dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals*. "Personality and Social Psychology Bulletin", vol. 22, s. 281—288.
- Keltner D., Gruenfeld D.H., Anderson C., 2003: *Power, approach, and inhibition*. "Psychological Review", vol. 110, s. 265—284.
- Kipnis D., 1972: *Does power corrupt?* "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 24, s. 33—41.
- Kipnis D., 1976: *The powerholders*. Chicago.
- Lammers J., Stapel D., 2009: *How power influences moral thinking*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 97, no. 2, s. 279—289.
- Lammers J., Stapel D.A., Galinsky A.D., 2010: *Power increases hypocrisy: Moralizing in reasoning, immorality in behavior*. "Psychological Science", vol. 21, s. 737—744.
- Lee-Chai A.Y., Bargh J.A., 2009: *Władza. Pokusy i zagrożenia*. Przeł. A. Kacmajor, A. Sulak, M. Bianga. Gdańsk.
- Lee-Chai A.Y., Chen S., Chartrand T.L., 2001: *Od Mojżesza do Marcosa. Różnice indywidualne dotyczące wykorzystywania i nadużywania władzy*. W: *Władza. Pokusy i zagrożenia*. Red. A.Y. Lee-Chai, J.A. Bargh. Gdańsk, s. 75—93.
- Mandal E., 2004: *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice.
- Maslach C., 2000: *Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej*. W: *Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie*. Red. H. Sęk. Warszawa, s. 13—31.

- Maslach Ch., Jackson S.E., 1986: *Maslach Burnout Inventory*. (Research edition). Palo Alto, CA.
- Nasierowski W., Mikula B., 1998: *Culture dimensions of Polish managers*. "Organization Studies", vol. 19 (3), s. 495—509.
- Niemiec C.P., Ryan R.M., Deci E.L., 2009: *The path taken: Consequences of attaining intrinsic and extrinsic aspirations in post-college life*. "Journal Research of Personality", vol. 73 (3), s. 291—306.
- Pasikowski T., 2000: *Polska adaptacja Kwestionariusza Maslach Burnout Inventory*. W: *Wypalenie zawodowe — przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Red. H. Sęk. Warszawa, s. 135—148.
- Peng C.Y., Nichols R.N., 2003: *Using Multinomial Logistic Models to predict adolescent behavioral risk*. "Journal of Applied statistical Methods", vol. 2, s. 1—13.
- Raven B.H., Kruglanski A.W., 1970: *Power and conflict*. In: *The structure of conflict*. Ed. P. Swingle. New York, s. 69—109.
- Ryan R.M., Deci E.L., 2000: *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. "American Psychologist", vol. 55, s. 68—78.
- Ryan R.M. et al., 1996: *All goals are not created equal: An organismic perspective on the nature of goals and their regulation*. In: *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior*. Eds. P.M. Gollwitzer, J.A. Bargh. New York, s. 7—26.
- Schaufeli W.B., 2006: *The balance of give and take: Toward a social exchange model of burnout*. "Revue Internationale De Psychologie Sociale", vol. 19 (1), s. 87—131.
- Schwartz S.H. et al., 2001: *Extending the cross-cultural validity of the theory of basic human values with a different method of measurement*. "Journal of Cross-Cultural Psychology", vol. 32, s. 519—542.
- Sęk T., Zawadzka A.M., Szabowska-Walaszczyk A., 2011: *Skala MOP — analiza rzetelności i trafności teoretycznej*. Uniwersytet Gdański. Instytut Psychologii. Materiał niepublikowany.
- Sheldon K.M., Kasser T., 1995: *Coherence and congruence: Two aspects of personality integration*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 68, s. 531—543.
- Sheldon K.M., McGregor H., 2000: *Extrinsic Value Orientation and the "tragedy of the commons"*. "Journal of Personality", vol. 68, s. 383—411.
- Sivanathan N., Pillutla M.M., Murnighan J.K., 2008: *Power gained, power lost*. "Organizational Behavior and Human Decisions Processes", vol. 105, s. 135—146.
- Sobel M.E., 1982: *Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models*. In: *Sociological methodology 1982*. Ed. S. Leinhardt. Washington, DC, s. 290—312.
- Strużyńska-Kujałowicz A., 2010: *Czy władza szczęście daje: Władza a nastrój, emocje i satysfakcja z życia*. „Przegląd Psychologiczny”, T. 53, nr 2, s. 125—143.
- Torelli C.J., Shavitt S., 2010: *Culture and concepts of power*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 99, no. 4, s. 703—723.
- Wiley M.G., Eskilson A., 1982: *Coping in the corporation: sex roles constrains*. "Journal of Applied Social Psychology", vol. 12, s. 1—11.
- Wojciszke B., Strużyńska-Kujałowicz A., 2007: *Power influences self-esteem*. "Social Cognition", vol. 25, s. 472—494.



GRAŻYNA WĄSOWICZ-KIRYŁO, TOMASZ BARAN

Wpływ samooceny i dobrostanu ekonomicznego na satysfakcję z życia kobiet i mężczyzn w różnym wieku

The influence of self-esteem and economic well-being on satisfaction with life in various age groups of women and men

Abstract: The study is devoted to determinants and correlates of subjective well-being. Its aim was to explore (a) whether satisfaction with life depends on age and gender, and (b) whether self-esteem and evaluation of economic functioning are correlated with satisfaction with life and may explain differences in satisfaction with life in age groups. In a Computer Assisted Web Interviews study ($N = 1915$, aged 15–60) we found out that satisfaction with life decreases along time both in female and male groups. The results show that self-esteem and job satisfaction are positively related to satisfaction with life, whereas decrease in satisfaction with financial functioning may be the reason of lowered satisfaction with life among older people.

Key words: psychological well-being, economic well-being, self-esteem, satisfaction with life.

Wprowadzenie

Badania nad dobrostanem psychicznym (jakością życia, szczęściem) są intensywnie prowadzone od połowy XX wieku w ramach różnych nauk społecznych (Czapiński, 2004a). W badaniach tych poszukuje się korelatów i determinant jednostkowego oraz grupowego zadowolenia z życia. Zakres badań jest ogromny (jeśli chodzi o liczbę badań i państw, w których je prowadzono, a także wielkość prób), co znajduje odzwierciedlenie w bardzo bogatym piśmiennictwie polskim i światowym. W pracach z tego obszaru stosuje się różnorodną terminologię, metodologię i wskaźniki, można również odnotować sprzeczne wyniki, lecz badacze są zgodni co do tego, że dobrostan psychiczny ma strukturę wielowymiarową, a poszczególne wymiary mogą osobno i w interakcjach z innymi determinować zadowolenie z życia (Bańka, Derbis, red., 1994; Biegańska, Falkowski, 2010).

Zdaniem Eda Dienera, Eunkooka Suha, Richarda Lucasa i Heidi Smith (Diener et al., 1999), nie należy traktować dobrostanu jako pojedynczego konstruktu, lecz jako szeroką kategorię zjawisk, które obejmują emocje oraz poznawcze oceny satysfakcji z różnych domen życia i ogólnie z życia. Emocje składające się na dobrostan mogą być pozytywne (np. radość, szczęście) lub negatywne (np. lęk, depresja). Poznawcze oceny (wartościowanie) mogą dotyczyć różnych sfer życia (praca, rodzina, wypoczynek, zdrowie, pieniądze, własna osoba / samoocena i grupa, do której dana osoba należy) i być formułowane w odniesieniu do przeszłości, terażniejszości i przyszłości.

Każde z tych zjawisk może stanowić i stanowi odrębny przedmiot badań. Badacze szukający odpowiedzi na pytanie, od czego zależy dobrostan psychiczny, czasem koncentrują się na wszystkich wymienionych aspektach, częściej jednak wybierają spośród wskazanego zbioru zmiennych tę, którą chcą opisać i wyjaśnić. Bywa to satysfakcja z własnej osoby, czyli samoocena, lub ogólna satysfakcja z życia. Wśród korelatów i determinant dobrostanu znajdują się zmienne o charakterze ekonomicznym (np. dochód), społecznym (np. kontakty społeczne) i psychologicznym (cechy temperamentalne i osobowościowe); zmienne obiektywne (np. wiek, płeć, dochód, praca) i subiektywne (np. satysfakcja finansowa, zadowolenie z pracy); zmienne pozytywne (np. satysfakcja z życia rodzinnego, zatrudnienie) lub negatywne (np. depresja, bezrobocie, koszty aktywności) (Biegańska, Falkowski, 2010; Derbis, Bańka, 1998; Ratajczak, 1993).

Mimo złożoności tematu po latach gromadzenia danych można sformułować pewne konkluzje dotyczące zmiennych z poszczególnych grup.

Wiele uwagi poświęcono sprawdzaniu znaczenia dochodu (indywidualnego i PKB). Z badań wynika jednak, że nie dochód, lecz postawy wobec pieniędzy i poziom satysfakcji finansowej są ważnymi korelatami zadowolenia z życia, przy czym w wypadku tej drugiej zmiennej jej związek z zadowoleniem z życia jest silniejszy w państwach biedniejszych (Diener, Diener, 1995; Oishi et al., 1999; Wąsowicz-Kiryło, 2008).

W publikacjach dotyczących znaczenia płci i wieku dla kształtowania satysfakcji z życia można znaleźć rozmaite rezultaty badań (w pewnej mierze zależne od definicji zmiennych i zastosowanych metod pomiaru). Niektórzy autorzy badań prowadzonych w państwach zachodnich wykazują, że kobiety są bardziej zadowolone z życia (Wood, Rhodes, Whelan, 1989; Nolen-Hoeksema, Rustig, 1999), jednakże w Polsce kobiety wykazują niższą satysfakcję z życia niż mężczyźni (Czapiński, 2004a). Na ogół jednak w badaniach nie stwierdzano różnic istotnych statystycznie między wynikami kobiet i mężczyzn, a jeśli różnice występowały, to raczej z powodu bardzo dużej próby, gdyż były minimalne (Diener, Diener, 1995; Diener et al., 1999). Stanisław Kowalik, Marzena Zakrzewska i Joanna Słapińska (2006) zwracają uwagę, iż brak różnic w ocenie jakości życia może być efektem stosowania zbyt syntetycznych wskaźników, a różnice płciowe są bardziej widoczne w przypadku stosowania miar analitycznych, dotyczących poszczególnych wymiarów jakości życia.

W polskich badaniach związek dobrostanu psychicznego z wiekiem jest ujemny; im osoby są starsze, tym mniej zadowolone, niezależnie od tego, czy w badaniu użyto wskaźników negatywnych, związanych z poziomem depresji (Czapiński, 2009), czy złożonej skali Campbella, w której przedmiotem pomiaru były oceny kilkunastu dziedzin życia składające się na miarę ogólną (Kowalik, Zakrzewska, Słapińska, 2006). Krzywe opisujące związek między wiekiem a dobrostanem uzyskane w badaniach światowych (prowadzonych z udziałem tysięcy badanych, reprezentujących różne narodowości) przyjmują prawie wszystkie kierunki. W przeglądzie dokonany przez Edwarda Dienera, Eunkooka Suha, Richarda Lucasa i Heidi Smith (Diener et al., 1999) przytaczane są badania, z których wynika, że: (a) nie ma związku między tymi dwiema zmiennymi (Okma, Veenhoven, 1996), (b) osoby starsze są najbardziej szczęśliwe (ze względu na mniejsze aspiracje — Inglehart, 1990), (c) z wiekiem rośnie zadowolenie z przeszłego życia i maleje zadowolenie z prospektów (Cantril, 1965). Ponadto, David Blanchflower i Andrew Oswald (2008) stwierdzili, że zależność ta ma postać litery U, czyli że osoby w średnim wieku są najmniej szczęśliwe (niezależnie od płci). Ronald Inglehart (2002) natomiast zaobserwował efekt interakcji płci z wiekiem, stwierdzając, że kobiety do 45. roku życia są bar-

dziej szczęśliwe od mężczyzn, a po 45. roku życia — mniej szczęśliwe od mężczyzn.

W badaniach nad dobrostanem wykazano także, że wpływ charakterystyk obiektywnych na dobrostan jest znacznie mniejszy niż wpływ zmiennych psychologicznych (Czapiński, 2004a). Podkreśla się, iż zadowolenie z życia zależy w znacznej mierze od podmiotu i jego cech (Biegańska, Falkowski, 2010; DeNeve, Cooper, 1998; Diener et al., 1999; Wąsowicz-Kiryło, 2008) oraz od tego, co ludzie uważają za „subiektywnie dobre, co sprawia im radość, przynosi szczęście, daje satysfakcję” (Czapiński, 2004b, s. 366).

Autorzy wielu opracowań wykazują, że samoocena jest cechą wchodzącą w najsilniejsze związki z dobrostanem ogólnym i jego różnymi aspektami, w tym z satysfakcją z życia (Arslan, Hamarta, Uslu, 2010; Diener, Diener, 1995; Hong, Giannakopoulos, 1994; Karatzias et al., 2006; Paradise, Kernis, 2002; Schimmack, Diener, 2003). Ważną rolę przypisuje się także satysfakcji z relacji społecznych i rodzinnych (Diener, Diener, 1995) oraz z życia zawodowego (Bańka, 1994; Derbis, 1995; Derbis, Bańka, 1998) i funkcjonowania ekonomicznego (Groenland, 1989).

Samooocena — jej determinanty i związek z satysfakcją z życia

W opinii badaczy dobrostanu, duże znaczenie samooceny w kulturach zachodnich (w których umiejętność pozytywnego myślenia o sobie jest efektem przystosowania się — Diener, Diener, 1995) wynika z tego, że wysoki poziom samooceny sprzyja zdrowiu, niskiemu poziomowi depresji, większym osiągnięciom życiowym i ekonomicznej zamożności (Orth, Trzesniewski, Robins, 2010). Ponadto, mając wiedzę o znaczeniu samooceny dla oceny jakości życia i możliwość określenia czasu, w jakim prawdopodobny jest jej spadek, i tego, w jakich grupach on występuje, można podejmować działania zapobiegawcze. Przekonania te stanowiły podstawę wielu prac nad samooceną i jej rolą dla kształtowania subiektywnego dobrostanu.

Z metaanaliz wyników badań (Robins, Trzesniewski, 2005) oraz z badania na temat samooceny osób w wieku 15—104 lat i jej determinant przeprowadzonego w społeczeństwie amerykańskim (Robins et al., 2002; Orth, Trzesniewski, Robins, 2010) wynika, że samoocena

zależy od wieku i płci. U bardzo młodych ludzi samoocena jest dosyć wysoka, około 25. roku życia następuje jej spadek (istotnie statystycznie większy u kobiet), potem dochodzi do wzrostu. Załamanie samooceny ma miejsce około 60. roku życia; u przedstawicieli obu płci jest ona wówczas na zbliżonym, lecz niższym w stosunku do przeszłości poziomie (por. także McCarthy, Hoge, 1982; McMullina, Cairney, 2004; Salsali, Silverstone, 2003). Zatem obniżenie samooceny w okresie około 25. i po 60. roku życia może przekładać się na pogorszenie zadowolenia z życia.

Jeden z celów opisanego w dalszej części artykułu badania dotyczy samooceny, definiowanej jako względnie stała i świadoma postawa (pozytywna lub negatywna) wobec Ja (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008). W badaniu szukano odpowiedzi na pytania: Czy polskie kobiety mają samoocenę różną od samooceny mężczyzn?, Czy samoocena zmienia się z wiekiem?, oraz: Czy samoocena jest związana z satysfakcją z życia?

Dobrostan ekonomiczny a satysfakcja z życia

Edward Groenland (1989) uważa, że zadowolenie z dostępu do dóbr i usług, poczucie finansowego bezpieczeństwa (*financial certainty*) i finansowej niezależności (*financial independence*) stanowią ważne wymiary dobrostanu społeczno-ekonomicznego (*psycho-economic well-being*). Autor ten nawiązuje do prac, w których prezentowany jest pogląd, iż zarówno obiektywna sytuacja ekonomiczna, jak i poziom zaspokojenia potrzeb (w tym kontekście potrzeb materialnych) wpływają na dobrostan ekonomiczny (*subjective economic well-being*) (Brzezińska, Stolarska, Zielińska, 2002; Strümpel, 1974 — podajemy za: Groenland, 1989).

Bardzo ważnym aspektem ekonomicznego funkcjonowania człowieka jest także praca. Źródłem zadowolenia w tym obszarze może być nie tylko sam fakt posiadania pracy i jej wykonywania (Bańka, 1994; Derbis, 1995; Derbis, Bańka, 1998), lecz także poziom trudności zadań i ich zgodność z kompetencjami, przyjemność czerpana z jej wykonywania oraz poczucie otrzymywania godziwego wynagrodzenia, które pozwala zaspokoić potrzeby. Tak definiowane zadowolenie z pracy stanowi jeden z wymiarów dobrostanu ekonomicznego, mierzonego w polskiej skali DOSPE (Wąsowicz-Kiryło, 2012). Skala DOSPE służy również do pomiaru satysfakcji finansowej oraz swobody finansowej. Jednostka doświadcza satysfakcji finansowej, gdy ma poczucie stabilności swojej

sytuacji i przyrostu dochodów, gdy ocenia swoje dochody jako wyższe od dochodów innych osób o podobnym statusie i potrafi utrzymać się samodzielnie. Powodem satysfakcji może być ponadto możliwość swobodnego dysponowania pieniędzmi i robienia nieplanowanych zakupów, czyli swoboda finansowa.

Satysfakcja z życia jest traktowana jako jeden z komponentów dobrostanu psychicznego (Pavot, Diener, 2008), zatem można spodziewać się silnych związków z jego innymi składowymi, w tym z dobrostanem ekonomicznym. Zgodnie z posiadaną przez autorów wiedzą (jeśli pominać prace, w których wskaźnikiem dobrostanu ekonomicznego był dochód lub satysfakcja finansowa), dotychczas nie prowadzono badań na temat związków różnych aspektów dobrostanu ekonomicznego z ogólnym zadowoleniem z życia. Badanie prezentowane w tym artykule miało wypełnić tę lukę — dokonano więc pomiaru satysfakcji z pracy, satysfakcji finansowej i swobody finansowej.

Cele badania

Punktem wyjścia badania opisanego w tej pracy jest wyrażony przez wielu autorów (m.in. Diener et al., 1999; Kowalik, 1994) pogląd, zgodnie z którym na odczuwanie dobrostanu składają się poznawcze, wartościujące oceny satysfakcji z różnych sfer życia.

Głównym celem badania było sprawdzenie, czy subiektywne oceny własnej osoby (samoocena) oraz własnego funkcjonowania ekonomicznego wpływają na ogólną satysfakcję z życia (jeden z elementów dobrostanu psychicznego), definiowaną jako „ogólna ocena jakości życia odniesiona do wybranych przez siebie kryteriów” (Shin, Johnson, 1978 — cyt. za: Juczyński, 2001, s. 134). Mając na uwadze doniesienia z badań dotyczące różnic międzypłciowych oraz potencjalny wpływ wieku na zmiany w wartościowaniu analizowanych aspektów, w badaniu uwzględniono także znaczenie płci i wieku.

Kolejny cel badania wyznaczyło poszukiwanie odpowiedzi na następujące pytania: (a) Które z uwzględnionych zmiennych odgrywają szczególną rolę w odczuwaniu satysfakcji z życia?, (b) Czy w wartościach wszystkich (potencjalnych) predyktorów występują różnice w zależności od wieku i płci?, oraz (c) Czy rozkłady zmiennych uznanych za powiązane z satysfakcją z życia (w grupach wyodrębnionych ze względu na wiek i płeć) mogą wyjaśniać ewentualne różnice i zmiany w zakresie satysfakcji z życia kobiet i mężczyzn w różnych grupach wiekowych?

Spodziewaliśmy się — opierając się na wynikach wcześniejszych badań — że wystąpi niższy poziom satysfakcji z życia u kobiet i spadek satysfakcji z życia w późniejszym wieku (niezależnie od płci). Przypuszczaliśmy także, że analiza rozkładów wartości zmiennych wchodzących w związku z satysfakcją z życia pozwoli ustalić przyczynę ewentualnego spadku satysfakcji z życia u osób starszych.

Narzędzia badawcze

Badanie zostało zrealizowane na Ogólnopolskim Panelu Badawczym ARIADNA, prowadzonym przez firmę GG Network S.A. W chwili realizacji badania w panelu uczestniczyło 50 tysięcy osób w wieku powyżej 15 lat. Rekrutacja do panelu jest prowadzona w sposób ciągły. Uczestnicy panelu są wybierani losowo spośród prawie 10 milionów Polaków (według Megapanel PBI/Gemius) korzystających regularnie, tj. minimum raz w miesiącu, z wydawnictw i produktów internetowych firmy GG Network S.A. (ponad 6 milionów Polaków robi to codziennie). Po przyjęciu zaproszenia do panelu każda z osób została poddana procedurze rejestracji i weryfikacji danych osobowych oraz wyraziła zgodę na udział w badaniach opinii i rynku zgodnie z wymogami *Ustawy o ochronie danych osobowych*. Uczestnicy panelu za udział w badaniach są wynagradzani w systemie lojalnościowym; pozwala to zmaksymalizować wiarygodność i rzetelność uzyskiwanych danych.

Grupa badawcza

Na potrzeby omawianego badania w październiku 2010 roku z panelu badawczego została wylosowana i zrealizowana ogólnopolska próba licząca 1 915 osób (w wieku 15 lat¹ i więcej; 854 kobiety, 1 061 męż-

¹ W artykule prezentowane są wyniki dla grup wiekowych, które powstały z połączenia kategorii wybieranych przez badanych. Grupa pierwsza: 15—19 lat ($N = 365$) i 20—24 lata ($N = 376$), grupa druga: 25—29 lat ($N = 334$) i 30—39 lat ($N = 469$), grupa trzecia: 40—59 lat ($N = 294$) i powyżej 60. roku życia ($N = 55$). W kontekście uzyskanych wyników istotne jest zwrócenie uwagi, że grupa osób powyżej 60. roku życia stanowi jedynie niecałe 3% badanej próby.

czyn). W badaniu zastosowano następujące kwestionariusze: (a) skala SES Rosenberga (Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek, Łaguna, 2008), (b) skala Satysfakcji z Życia (Diener et al., 1985; Juczyński, 2009) oraz (c) kwestionariusz DOSPE do pomiaru trzech aspektów dobrostanu ekonomicznego (Wąsowicz-Kiryło, 2012). Osoby wylosowane do badania otrzymały pocztą elektroniczną indywidualny (unikalny) link do ankiety zamieszczonej na stronie internetowej. W badanej próbie wymienione kwestionariusze spełniły zwyczajowo przyjęte kryteria rzetelności.

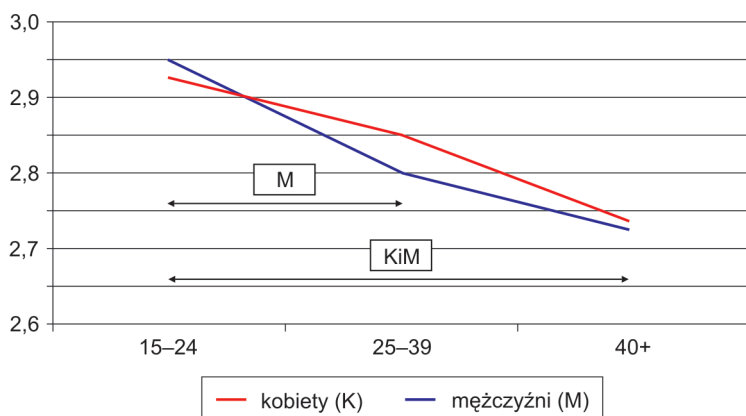
Wyniki

W celu uzyskania odpowiedzi na postawione pytania badawcze zastosowano analizę wariancji (dwu- i jednoczynnikową) oraz analizę regresji liniowej (metodą krokową). Pierwsza technika pozwoliła opisać zmiany w zakresie wartości poszczególnych zmiennych w zależności od płci i wieku, natomiast druga ujawniła zmienne istotne dla kształtowania satysfakcji z życia.

Wiek i płeć a satysfakcja z życia

Dwuczynnikowa analiza wariancji nie wykazała różnic w wynikach kobiet i mężczyzn, natomiast stwierdzono wystąpienie efektu głównego dla wieku ($F_{2;0,0005} = 9,47$). Wartości średnich ilustrują to, że osoby starsze odczuwają mniejszą satysfakcję z życia (rys. 1.). Testy Scheffego przeprowadzone na wynikach całej próby wykazały różnice istotne statystycznie między wynikami osób najmłodszych i osób ze średniej grupy wiekowej, a także osób najmłodszych i najstarszych. Analizy przeprowadzone osobno w grupach kobiet i mężczyzn potwierdziły istnienie pierwszej z tych zależności wyłącznie w grupie mężczyzn, a drugiej — w obu grupach wyodrębnionych ze względu na płeć. Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między drugą i trzecią z porównywanych grup wiekowych, zatem można uznać, że główny „spadek”² satysfakcji ma miejsce do 40. roku życia, a potem tendencja spadkowa utrzymuje się, lecz jest znacznie mniej nasiloną.

² Słowo „spadek” (oraz słowa „przyrost”, „zmiana”) jest używane w tekście umownie w odniesieniu do wszystkich porównań wyników. Badanie nie miało charakteru podłużnego, zatem wnioskowanie może dotyczyć jedynie porównywania badanych grup wiekowych i nie pozwala na ocenę, czy u tych samych osób z wiekiem dochodzi do spadku (zmiany lub przyrostu) oceny jakości życia (lub jakiegokolwiek innej zmiennej).



Rys. 1. Wiek i płeć a satysfakcja z życia

Objaśnienie: Linia ciągła zakończona strzałkami oznacza efekt główny dla wieku. Wyodrębniono grupy ze względu na płeć, w których wystąpił efekt główny dla wieku.

Źródło: Badania własne.

Predyktory satysfakcji z życia — zestawienie ogólne

Dokonano podsumowania wyników analizy regresji przeprowadzonej osobno w grupach wyodrębnionych ze względu na płeć i wiek w celu oszacowania znaczenia poszczególnych zmiennych dla kształtowania satysfakcji z życia (tabela 1).

Tabela 1

Predyktory satysfakcji z życia w grupach wyodrębnionych ze względu na płeć i wiek (współczynniki β oraz współczynnik determinacji R^2)

Predyktory		Wiek kobiet ($N = 846$)			Wiek mężczyzn ($N = 1045$)		
		15—24 ($N = 326$)	25—39 ($N = 370$)	40+ ($N = 150$)	15—24 ($N = 416$)	25—39 ($N = 433$)	40+ ($N = 196$)
Dobrostan ekonomiczny	satysfakcja z pracy	0,210	0,258	0,276	0,301	0,319	0,238
	satysfakcja finansowa	0,289	0,223	0,328	0,320	0,333	0,279
	swoboda finansowa	0,123	0,098	—	0,090	—	0,181
Samoocena		0,283	0,264	0,246	0,253	0,170	—
R^2		0,388	0,400	0,409	0,441	0,428	0,322

Źródło: Badania własne.

Wartości współczynników determinacji wskazują na ważną rolę analizowanego zestawu zmiennych, które wyjaśniają w prawie wszystkich grupach (z wyjątkiem grupy najstarszych mężczyzn) około 40% zróżnicowania satysfakcji z życia. Wartości współczynników β dowodzą, że zarówno w grupie kobiet, jak i w grupie mężczyzn istotne są dwa wymiary dobrostanu ekonomicznego (satysfakcja z pracy i satysfakcja finansowa), jednak w przypadku kobiet duże znaczenie ma także samoocena.

Warto podkreślić, że w przypadku wszystkich analizowanych zmiennych wystąpiły wartości β ujawniające dodatnie zależności. To oznacza, że jeśli poziom danego predyktora maleje z wiekiem, wówczas potencjalnie charakterystyka ta może stanowić przyczynę zaobserwowanego spadku satysfakcji z życia. Uwzględniając ten fakt, dalej przedstawimy wartości predyktorów w grupach wyodrębnionych ze względu na wiek, ze szczególnym naciskiem na kierunek zmian w wielkości średnich uzyskanych w poszczególnych grupach wiekowych.

Predyktory satysfakcji z życia i ich wartości w grupach wyodrębnionych ze względu na płeć i wiek

Z tabeli 1 wynika, że dwie zmienne zostały włączone do równań regresji we wszystkich analizach, co oznacza, że zmienne te wiążą się z satysfakcją z życia niezależnie od wieku i płci. Te dwie zmienne to wymiary dobrostanu ekonomicznego: satysfakcja z pracy i satysfakcja finansowa. Zgodnie z przewidywaniem, korelują one dodatnio z satysfakcją z życia (tabela 2).

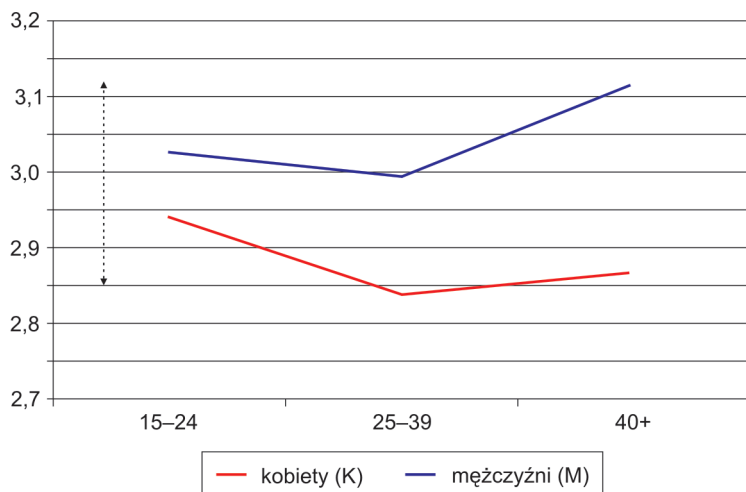
Tabela 2
Związek satysfakcji z pracy i finansów z satysfakcją z życia
(współczynnik korelacji r -Pearsona)

Predyktory	Kobiety i mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
Satysfakcja z pracy	0,492**	0,468**	0,515**
Satysfakcja finansowa	0,527**	0,519**	0,539**

** $p = 0,01$

Źródło: Badania własne.

Dalej zaprezentowano wyniki szczegółowe dotyczące kolejnych predyktorów. Dwuczynnikowa analiza wariancji wykazała, że poziom satysfakcji z pracy (rys. 2) jest istotnie statystycznie wyższy u mężczyzn ($F_{1; 0,0005} = 14,121$), lecz nie obniża się z wiekiem, zatem zmienna ta nie odpowiada za spadek zadowolenia z życia.

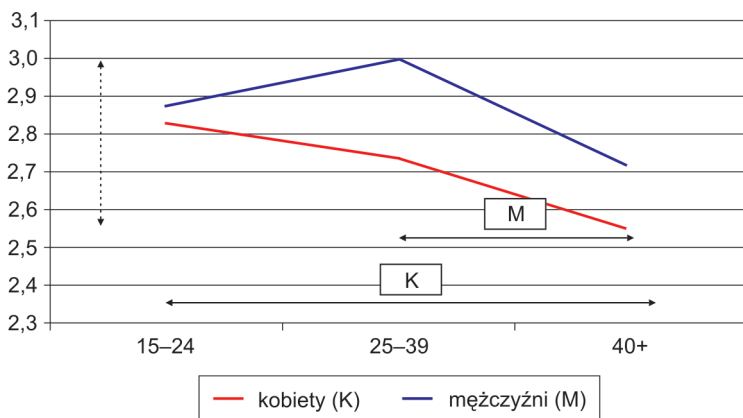


Rys. 2. Wiek i płeć a satysfakcja z pracy (dwuczynnikowa analiza wariancji)

Objaśnienie: Linia przerywana zakończona strzałkami oznacza efekt główny dla płci. Wyodrębniono grupy ze względu na płeć, w których wystąpił efekt główny dla wieku.

Źródło: Badania własne.

W przypadku satysfakcji finansowej dwuczynnikowa analiza wariancji ujawniła wystąpienie efektu interakcji: wiek \times płeć ($F_{2; 0,055} = 2,897$), efektu głównego dla płci ($F_{1; 0,0005} = 15,203$) oraz efektu głównego dla wieku ($F_{2; 0,0005} = 9,711$), z dwiema statystycznie istotnymi różnicami międzygrupowymi (rys. 3). Jednoczynnikowa analiza wariancji przeprowadzo-



Rys. 3. Wiek i płeć a satysfakcja finansowa (dwuczynnikowa analiza wariancji)

Objaśnienie: Linia ciągła zakończona strzałkami oznacza efekt główny dla wieku, linia przerywana — dla płci. Wyodrębniono grupy ze względu na płeć, w których wystąpił efekt główny dla wieku.

Źródło: Badania własne.

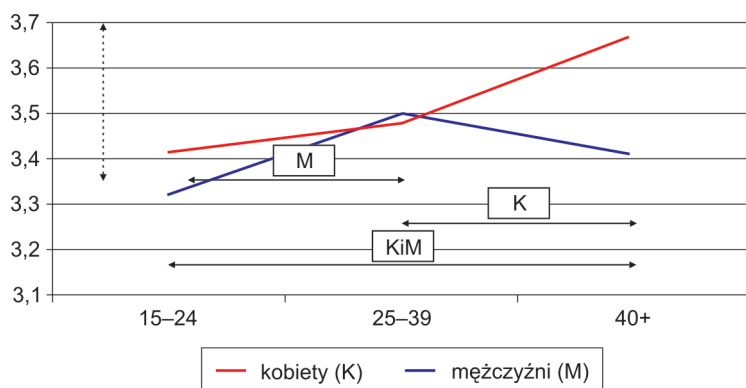
na osobno w grupach kobiet i mężczyzn wykazała, iż istotna statystycznie różnica między wynikami najmłodszej i najstarszej grupy występuje u kobiet ($F_{2; 0,006} = 5,157$), a różnica między grupą średnią i najstarszą ma miejsce w grupie mężczyzn ($F_{2; 0,001} = 7,628$).

W podsumowaniu wyników uzyskanych dla satysfakcji finansowej można stwierdzić, że jest ona doświadczana w większym stopniu przez mężczyzn niż przez kobiety; satysfakcja finansowa silniej wpływa na satysfakcję z życia mężczyzn do 40. roku życia niż kobiet, a po 40. roku życia relacja ta się odwraca i poczucie zadowolenia z własnej sytuacji finansowej jest ważniejszym predyktorem satysfakcji z życia w przypadku kobiet niż w przypadku mężczyzn. Co więcej, oceny przyrostu zarobków, otrzymywania wynagrodzeń wyższych od innych ludzi i stabilności sytuacji finansowej z wiekiem są coraz niższe (u mężczyzn dopiero po 39. roku życia). Oceny te mogą być na tyle ważne, że przyczyniają się do obniżania oceny satysfakcji z życia.

Samooceńca została włączona do równań regresji dla satysfakcji z życia we wszystkich grupach z wyjątkiem najstarszych mężczyzn. W jej przypadku stwierdzono umiarkowane (istotne statystycznie na poziomie $p < 0,01$) korelacje z satysfakcją z życia. Podobnie jak współczynniki β , korelacje są nieco wyższe w grupie kobiet ($r_K = 0,40$) niż w grupie mężczyzn ($r_M = 0,31$), co oznacza, że samooceńca ma większe znaczenie dla kształtowania satysfakcji z życia kobiet niż mężczyzn.

Interesująca jest różnica w wartościach samooceny i dynamika zmian występująca między grupami wiekowymi (rys. 4). Dwuczynnikowa analiza wariancji wykazała istnienie efektu interakcji ($F_{2; 0,011} = 4,558$), efektu głównego dla płci ($F_{1; 0,002} = 9,798$) oraz efektu głównego dla wieku ($F_{2; 0,0005} = 15,345$). Okazało się, że kobiety mają istotnie statystycznie wyższą samoocенę od mężczyzn. Co więcej, samoocenia kobiet przyrasta nieznacznie, jeśli porówna się wyniki grupy najmłodszej i średniej, po czym zwiększa się istotnie po 40. roku życia. Natomiast w przypadku mężczyzn główna pozytywna zmiana w wysokości samooceny ma miejsce przed 40. rokiem życia, po czym następuje nieznaczny (i nieistotny statystycznie) spadek. Mając na uwadze kierunek zmian wartości samooceny w poszczególnych grupach wiekowych, również ta cecha raczej nie prowadzi do obniżania satysfakcji z życia.

Ostatnia z analizowanych zmiennych — poczucie swobody finansowej (rys. 5) — stanowi predyktor satysfakcji z życia kobiet do 39. roku życia oraz mężczyzn do 24. i po 40. roku życia. Zmienna ta koreluje z satysfakcją z życia umiarkowanie ($r_{KIM} = 0,37$; $r_K = 0,39$; $r_M = 0,35$; $p < 0,01$). Przyjmuje istotnie statystycznie wyższe wartości w grupie mężczyzn ($F_{1; 0,0005} = 15,847$) oraz malejące wartości w kolejnych grupach wiekowych ($F_{2; 0,0005} = 36,866$). Uzyskane dla tej zmiennej wyniki analiz statystycz-

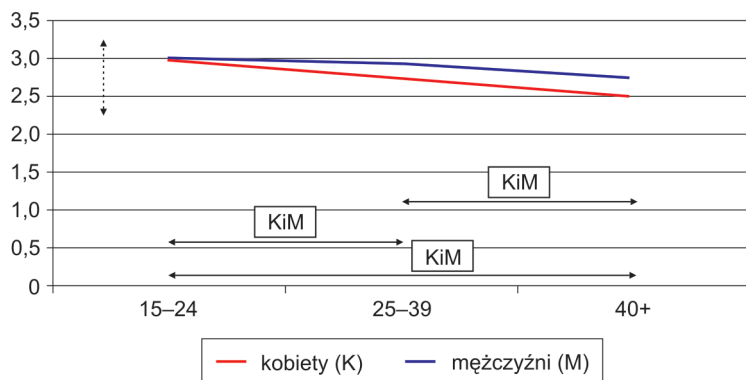


Rys. 4. Wiek i płeć a samoocena

Objaśnienie: Linia ciągła zakończona strzałkami oznacza efekt główny dla wieku, linia przerywana — dla płci. Wyodrębniono grupy ze względu na płeć, w których wystąpił efekt główny dla wieku.

Źródło: Badania własne.

nych wskazują na to, że obniżająca się z wiekiem ocena możliwości wydawania pieniędzy na nieplanowane zakupy i przyjemności stanowi ważne ograniczenie w doświadczaniu pełniejszej satysfakcji z życia.



Rys. 5. Wiek i płeć a swoboda finansowa

Objaśnienie: Linia ciągła zakończona strzałkami oznacza efekt główny dla wieku, linia przerywana — dla płci. Wyodrębniono grupy ze względu na płeć, w których wystąpił efekt główny dla wieku.

Źródło: Badania własne.

Podsumowanie wyników

Zgodnie z przewidywaniem i wynikami badań prowadzonych w Polsce wcześniej (Czapiński, 2009; Kowalik, Zakrzewska, Słapińska, 2006), satysfakcja z życia jest z wiekiem coraz niższa, przy czym największy jej spadek zanotowano w grupach do 40. roku życia. Nie stwierdzono różnic w poziomie ogólnego zadowolenia kobiet i mężczyzn, natomiast różnice wystąpiły w przypadku wszystkich analizowanych wymiarów dobrostanu psychicznego. Zaobserwowano, iż kobiety mają wyższą samoocenę od mężczyzn, których satysfakcja z pracy i funkcjonowania finansowego jest z kolei silniejsza niż u kobiet. Wyniki te są spójne z wyjaśnieniem proponowanym przez Stanisława Kowalika, Marzenę Zakrzewską i Joannę Słapińską (2006), zgodnie z którym analiza ocen jakości życia z perspektywy szczegółowych wymiarów daje większe możliwości uchwycenia różnic międzypłciowych niż pojedynczy pomiar ogólnej satysfakcji.

Uwzględnione w badaniu zmienne psychologiczne — ocena własnej osoby oraz funkcjonowania ekonomicznego — okazały się trafnie dobrane i potwierdzają znaczenie cech psychologicznych, wyjaśniają bowiem około 40% zróżnicowania satysfakcji z życia. Waga poszczególnych charakterystyk jest jednak w pewnym zakresie powiązana z płcią. Samoocena ma większe znaczenie dla kształtowania satysfakcji z życia kobiet niż mężczyzn, dla których najważniejsze spośród analizowanych zmiennych są dwa wymiary dobrostanu ekonomicznego, czyli satysfakcja finansowa (najsilniejszy predyktor również w grupie kobiet po 40. roku życia) i satysfakcja z pracy.

Analiza zmian w poziomie samooceny i poszczególnych aspektów dobrostanu ekonomicznego w grupach zróżnicowanych pod względem wieku pozwoliła wyodrębnić dwie kategorie zmiennych. Jedną grupę tworzą charakterystyki, które nie zmieniają się z wiekiem (satysfakcja z pracy) lub których zmiana następuje w kierunku pozytywnym (samoocena), zatem zmienne te nie są przyczyną obniżenia satysfakcji z życia.

Do drugiej grupy zmiennych można zaliczyć dwa wymiary dobrostanu ekonomicznego, które wraz z wiekiem przyjmują malejące wartości, zatem mogą być powiązane z obniżaniem poziomu satysfakcji z życia. Jest to satysfakcja finansowa i swoboda finansowa. Pierwsza z tych zmiennych opisuje ocenę stabilności sytuacji finansowej, a także poczucie, że dochód rośnie i jest wyższy niż dochód innych ludzi. Związki satysfakcji finansowej z dobrostanem psychicznym wykazano również w badaniach zachodnich (Oshi et al., 1999). Druga zmienna — swoboda finansowa — odnosi się do możliwości robienia zakupów nieplanowanych i dla przyjemności.

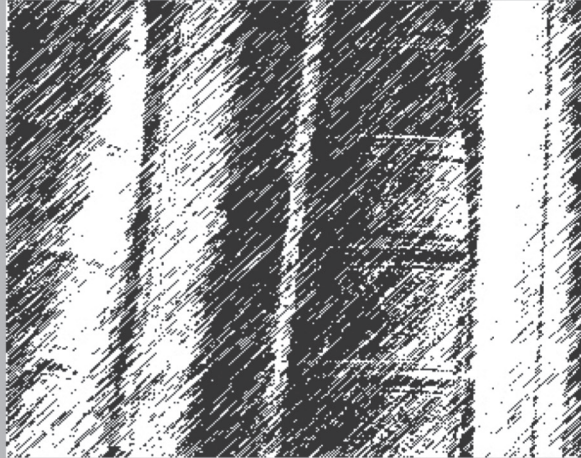
W kontekście uzyskanych wyników badań istotne jest pytanie, dlaczego osoby najstarsze w badanej próbie mają najmniejsze poczucie swobody w wydatkowaniu pieniędzy oraz są mniej zadowolone ze swojej sytuacji finansowej. Z pewnością istotne znaczenie ma fakt, iż urodziły się w warunkach braku dóbr na rynku, których powszechna obecnie szeroka dostępność może powodować silniejszą potrzebę posiadania i wydawania większej ilości pieniędzy. Młodszy badani urodzili się w okresie rozwoju ekonomii rynkowej w Polsce lub wówczas byli młodzi, zatem ich zdolność przystosowania się do nowych warunków może być większa. Niezależnie jednak od przyczyn istotne jest to, że brak zadowolenia z funkcjonowania w świecie pieniędzy może obniżać ogólną satysfakcję z życia, w odróżnieniu od zadowolenia z wykonywania pracy zgodnej z umiejętnościami i sprawiającej przyjemność oraz pozytywnej postawy wobec własnej osoby.

Bibliografia

- Arslan C., Hamarta E., Uslu M., 2010: *The relationship between conflict communication, self-esteem and life satisfaction in university students*. "Educational Research and Reviews", vol. 5 (01), s. 31—34.
- Bańka A., 1994: *Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy*. W: *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Red. A. Bańka, R. Derbis. Poznań, s. 19—40.
- Bańka A., Derbis R., red., 1994: *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Poznań.
- Biegańska K., Falkowski A., 2010: *Jakość życia przedsiębiorców*. W: *Psychologiczne uwarunkowania zachowań ekonomicznych. Przedsiębiorczość — pieniądze — konsumpcja*. Red. M. Goszczyńska, M. Górnik-Durose. Warszawa, s. 37—66.
- Blanchflower D.G., Oswald A.J., 2008: *Is well-being u-shaped over the life cycle?* "Social Science and Medicine", vol. 66, no. 8, s. 1733—1749.
- Brzezińska A., Stolarska M., Zielińska J., 2002: *Poczucie jakości życia w okresie dorosłości*. W: *Zadania i role społeczne okresu dorosłości*. Red. K. Appelt, J. Wojciechowska. Poznań, s. 103—145.
- Cantril H., 1965: *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ.
- Czapiński J., 2004a: *Psychologiczne przesłanki i efekty dobrostanu psychicznego*. W: *Psychologia ekonomiczna*. Red. T. Tyszka. Gdańsk, s. 192—242.
- Czapiński J., 2004b: *Quo Vadis Homo? Zrównoważony rozwój, jakość życia i złudzenie postępu*. W: *Wymiary życia społecznego. Polska na przełomie XX i XXI wieku*. Red. M. Marody. Warszawa, s. 356—380.
- Czapiński J., 2009: *Indywidualna jakość życia*. W: *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*. Red. J. Czapiński, T. Panek. Warszawa, s. 151—256.
- DeNeve K.M., Cooper H., 1998: *The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being*. "Psychological Bulletin", vol. 124, s. 197—229.

- Derbis R., 1995: *Znaczenie pracy dla jakości życia*. W: *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*. Red. A. Bańka, R. Derbis. Poznań, s. 27—40.
- Derbis R., Bańka A., 1998: *Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność*. Poznań.
- Diener E., Diener M., 1995: *Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 68, no. 4, s. 653—663.
- Diener E. et al., 1985: *The satisfaction with life scale*. "Journal of Personality Assessment", vol. 49, s. 71—75.
- Diener E. et al., 1999: *Subjective well-being: three decades of progress*. "Psychological Bulletin", vol. 125, no. 2, s. 276—302.
- Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M., 2008: *Samocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. Podręcznik. Warszawa.
- Groenland E., 1989: *Socio-economic well-being and behavioral reactions. A panel study of people drawing benefits from the Dutch National Social Security System*. Tilburg.
- Hong S.M., Giannakopoulos E., 1994: *The relationship of satisfaction with life to personality characteristics*. "Journal of Psychology", vol. 128, s. 547—558.
- Inglehart R., 1990: *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton, NJ.
- Inglehart R., 2002: *Gender, aging, and subjective well-being*. "International Journal of Comparative Sociology", vol. 43, no. 3—5, s. 391—408.
- Juczyński Z., 2009: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa.
- Karatzias A. et al., 2006: *Predicting general well-being from self-esteem and affectivity: an exploratory study with Scottish adolescents*. "Quality of Life Research", vol. 15, no. 7, s. 1143—1151.
- Kowalik S., 1994: *Temporalne uwarunkowania jakości życia*. W: *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Red. A. Bańka, R. Derbis. Poznań, s. 41—52.
- Kowalik S., Zakrzewska M., Słapińska J., 2006: *W jaki sposób płęć może różnicować jakość życia w różnych stadiach życia człowieka*. W: *Role płciowe. Socjalizacja i rozwój*. Red. M. Chomczyńska-Rubacha. Łódź, s. 11—28.
- McCarthy J.D., Hoge D.R., 1982: *Analysis of age effects in longitudinal studies of adolescent self-esteem*. "Developmental Psychology", vol. 18, no. 3, s. 372—379.
- McMullina J.A., Cairney J., 2004: *Self-esteem and the intersection of age, class, and gender*. "Journal of Aging Studies", vol. 18, no. 1, s. 75—90.
- Nolen-Hoeksema S., Rusting C.L., 1999: *Gender differences in well-being*. In: *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. Eds. D. Kahneman, E. Diener, N. Schwarz. New York, s. 330—352.
- Oishi S. et al., 1999: *Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: Perspectives from needs and values*. "Personality and Social Psychology Bulletin", vol. 25 (8), s. 980—990.
- Okma P., Veenhoven R., 1996: *Is a longer life better? Happiness of the very old in 8 EU-countries*. Manuscript in preparation.
- Orth U., Trzesniewski K.H., Robins R.W., 2010: *Self esteem development from young adulthood to old age: a cohort-sequential longitudinal study*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 98, no. 4, s. 645—658.
- Paradise A.W., Kernis M.H., 2002: *Self-esteem and psychological well-being: Implications of fragile self-esteem*. "Journal of Social and Clinical Psychology", vol. 21, no. 4, s. 345—361.

- Pavot W., Diener E., 2008: *The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction*. "The Journal of Positive Psychology", vol. 3, s. 137—152.
- Ratajczak Z., 1993: *W pogoni za jakością życia. O psychologicznych kosztach radzenia sobie w sytuacji kryzysu ekonomicznego*. W: *Zmiany społeczne. Zagrożenia i wyzwania dla jednostki*. Red. Z. Ratajczak. [„Kollokwia Psychologiczne”. T. 2]. Warszawa, s. 37—51.
- Robins R.W. et al., 2002: *Global self-esteem across the life span*. "Psychology and Aging", vol. 17, no. 3, s. 423—434.
- Robins R.W., Trzesniewski K.H., 2005: *Self-esteem development across the lifespan*. "Current Directions in Psychological Science", vol. 14, no. 3, s. 158—162.
- Salsali M., Silverstone P.H., 2003: *Low self-esteem and psychiatric patients: Part II — The relationship between self-esteem and demographic factors and psychosocial stressors in psychiatric patients*. "Annals of General Hospital Psychiatry", vol. 2, no. 3, s. 1—8.
- Schimmack U., Diener E., 2003: *Predictive validity of explicit and implicit self-esteem for subjective well-being*. "Journal of Research in Personality", vol. 37, s. 100—106.
- Shin D.C., Johnson D.M., 1978: *Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life*. "Social Indicators Research", vol. 5, s. 475—492.
- Strümpel B., 1974: *Economic well-being as an object of social measurement*. In: *Subjective elements of well-being*. Ed. B. Strumpel. Paris.
- Wąsowicz-Kiryło G., 2008: *Psychologia finansowa. O pieniądzach w życiu człowieka*. Warszawa.
- Wąsowicz-Kiryło G., 2012: *Kwestionariusz do pomiaru dobrostanu społeczno-psychologiczno-ekonomicznego DOSPE — wersja B*. Niepublikowany materiał w posiadaniu współautorki artykułu.
- Wood W., Rhodes N., Whelan M., 1989: *Sex differences in positive well-being: a consideration of emotional style and marital status*. "Psychological Bulletin", vol. 106, s. 249—264.



JOANNA MATEUSIAK

Indywidualne korelaty samooceny „dobrego” zdrowia

Individual correlates of “good” subjective health

Abstract: The obtained results reveal some significant relationships among the measured features. The aim of this present paper is to study how personality traits from the Five-Factor Model, type A behavior and type D personality correlate with the categories of subjective health: positive thinking, mental condition, physical activity, sensitivity to others and efficiency of action. First, neuroticism was negatively related to all measures of subjective health, whereas extraversion, conscientiousness, openness to experience were positively related to subjective health but the relations were not so strong. Second, the study indicates that subjective health is considerably improved by activity and actions but deteriorated by vulnerability, self-consciousness and anxiety. These findings are in line with the results concerning the relationships between subjective health and type A behaviour (positive relation) and type D personality (negative relation). The correlations between agreeableness and subjective health in the study are not so clear. It may result from the fact that some constituents of this trait correlate positively and some negatively with subjective health. Additionally, deteriorated subjective health correlate with both high and low intensity of this trait and this may be another possible explanation of the above-mentioned inconsistency.

Key words: Five-Factor Model, type A behaviour, type D personality, subjective health.

Wstęp

Dominujące przez wiele lat w naukach o człowieku podejście patogenetyczne sprawiało, że zdrowie analizowano przez pryzmat zaburzeń i symptomów, a zatem ujmowano w kategorii braku choroby. Ocena zdrowia była *de facto* „zarezerwowana” tylko dla specjalistów, którzy dokonali jej, opierając się na wiedzy opisanej w obowiązujących klasyfikacjach chorób, urazów i przyczyn zgonów. Na subiektywną ocenę własnego zdrowia, mającą — jak dziś wiadomo — kluczowe i bezdyskusyjne znaczenie dla zachowań i działań podejmowanych przez ludzi na rzecz własnego zdrowia, nie było miejsca. Zmiana tego stanu rzeczy stała się możliwa, gdy uznano ograniczenia podejścia patogenetycznego w odniesieniu do całego spektrum nowych problemów związanych ze zdrowiem, jakie zaczęto obserwować od drugiej połowy ubiegłego wieku. Wspomnieć tu można o bezradności medycyny naprawczej wobec rosnącej śmiertelności spowodowanej chorobami cywilizacyjnymi, ściśle związanymi ze stylem życia, czy innych jakościowo problemach dotyczących ochrony zdrowia, wobec których należało wypracować nowe rozwiązania systemowe (por. Słońska, 1994). Przesunięcie akcentu z identyfikowania czynników patogenetycznych (w ramach wąskiego modelu biomedycznego) na poszukiwanie czynników salutogenetycznych (w obrębie modelu holistyczno-funkcjonalnego czy socjoekologicznego) było powiązane ze zmianami w ujmowaniu samego zdrowia. Zdrowie zaczęto opisywać szerzej, już nie tylko przez pryzmat nieobecności zaburzeń i deficytów, lecz także w sposób dynamiczny, podkreślający procesualny charakter zdrowia (Antonovsky, 1995; Heszen, Sęk, 2007).

We współczesnych koncepcjach zdrowie ujmowane jest albo jako dyspozycja, która umożliwia człowiekowi osiągnięcie pełni swoich biopsychospołecznych możliwości i adaptacyjne reagowanie na wyzwania środowiska, albo jako proces poszukiwania i utrzymywania równowagi w obliczu obciążeń oraz wymagań, z którymi nieustannie zmierza się człowiek (Heszen, Sęk, 2007). Wyrazem zdrowia jest zdolność do osiągania integracji i stanu względnej równowagi na różnych poziomach funkcjonowania, począwszy od poziomu biologicznego do poziomu relacji z szeroko rozumianym środowiskiem włącznie (Oleś, 2010; Słońska, 1994).

Zmianie sposobu ujmowania zdrowia towarzyszyło podniesienie rangi subiektywnej oceny zdrowia. Subiektywną ocenę zdrowia zaczęto traktować jako równoprawną z oceną obiektywną; ocena subiektywna stała się przedmiotem analiz, w których poszukiwano kryteriów jej stosowania (Puchalski, 1990, 1996), jej odniesień znaczeniowych (Sęk, 1997; Sęk et al., 1992), dostrzegając rozbieżności pomiędzy obiektywną rzeczywi-

stością zdrowia a jej subiektywnym odzwierciedleniem oraz ich obszary wspólne (Blaxter, 1995, 2004). Możliwe relacje pomiędzy zdrowiem obiektywnym i subiektywnym zostały opisane jako uzasadnione zdrowie *versus* uzasadniona choroba, a także jako paradoks zdrowia i paradoks choroby (Heszen, Sęk, 2007). W pierwszej sytuacji subiektywne oceny zdrowia lub choroby zgodne są z obiektywnymi, w drugiej — samooceny jednostkowe „dobrego” zdrowia bądź jego deficytów są z ocenami obiektywnymi sprzeczne. Owa sprzeczność ujawnia się w przypadku osób o orzeczonej przez specjalistów niepełnosprawności, które twierdzą, że ich zdrowie jest doskonałe (Blaxter, 2004), bądź u osób uznanych za zdrowe, a doświadczających problemów zdrowotnych, w odniesieniu do których lekarze nie stwierdzają jednak uchwytneho tła organicznego (por. Sokołowska, 1986; Pasikowski, 2008).

Co warto zauważyć — mimo że zgromadzono już pokaźną wiedzę na temat tego, jak ludzie potocznie zdrowie rozumieją, co jest dla nich ważne, gdy myślą o zdrowiu, i jak je wartościują, w badaniach najczęściej zdrowie szacuje się na podstawie ogólnej samooceny (*self-assessment of health, self-rated health, subjective health, global self-evaluation of health*) odnoszonej do zdrowia fizycznego (Bailis, Segall, Chipperfield, 2003; Baron-Epel, Kaplan, 2001; Blaxter, 1995).

W ramach tego artykułu analiza zdrowia oparta będzie na składowych odnoszących się bardziej do zdrowia psychicznego niż fizycznego. Analizie poddane będą bowiem: **pozytywne nastawienie** (optymizm, poczucie siły i energii, ukierunkowanie na przyszłość), **samopoczucie psychiczne** (opisane jako brak doświadczania przejawów stresu, napięcia, zmęczenia i drażliwości), **aktywność fizyczna** (podejmowanie i czerpanie zadowolenia z wysiłku fizycznego), **wrażliwość na innych** (otwartość na ludzi, gotowość do wspierania ich i udzielania im pomocy) oraz **sprawność działania** (dotycząca umiejętnej realizacji codziennych zadań i obowiązków). Składowe te wyłonione zostały we wcześniejszych badaniach (Mateusiak, Gwozdecka-Wolniaszek, Januszek, 2011), których celem było ustalenie kategorii wykorzystywanych przez ludzi do opisu pozytywnych aspektów zdrowia i jego subiektywnej oceny dokonywanej w kontekście codziennego życia na podstawie posiadanej wiedzy, odczuć i osobistych doświadczeń dobrego zdrowia (por. Słońska, Misiuna, oprac., 1993; Sokołowska, 1986). Pozwala to z jednej strony analizować zdrowie nie z perspektywy spostrzeganych deficytów, ale z perspektywy pozytywnych aspektów tę ocenę konstytuujących i precyzyjnie wyodrębnić „dobre” zdrowie spośród jego bliskoznaczących terminów, takich jak szczęście, dobrostan czy jakość życia (Dziurowicz-Kozłowska, 2002; Heszen, Sęk, 2007; Oleś, 2010; Ryff, Singer, 2004; Wrześniewski, 2006). Z drugiej strony natomiast powoduje

większą koncentrację na zdrowiu psychicznym, które choć może być sygnałem zdrowia fizycznego, nie zawsze musi je odzwierciedlać.

Analizy szczegółowe, które zostaną zaprezentowane w niniejszej pracy, koncentrować się będą na poszukiwaniu osobowościowych korelatów wyróżnionych aspektów zdrowia. Rozpatrywane będą cechy osobowości i ich składowe (zgodnie z Pięciodzynnikiem Modelem Osobowości — PMO) oraz konstrukty, w odniesieniu do których zgromadzono wyniki wielu badań empirycznych dowodzących ich związków ze zdrowiem — osobowość typu D i Wzór Zachowania A.

Problematyka

Obecnie najbardziej klarowną i porządkującą teorię osobowości stanowi ujęta w Pięciodzynnikowy Model Osobowości (PMO) teoria autorstwa Roberta R. McCrae i Paula T. Costy (2005; por. też: Pervin, 2002; Oleś, 2003). W jej obrębie wypracowano już pokaźny dorobek empiryczny dowodzący istnienia związków pomiędzy cechami osobowości a zdrowiem i jego deficytami (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008b). Pomimo tego, że większość badań dotyczy bardziej zdrowia obiektywnego niż subiektywnej jego oceny, wydaje się, że część z nich może stanowić punkt wyjścia sformułowania problematyki prezentowanych badań.

Spośród pięciu wymiarów ujętych w PMO z zaburzeniami zdrowia związane są neurotyczność i ugodowość, podczas gdy ekstrawersja i sumienność oraz — w nieco mniejszym stopniu — otwartość na doświadczenia traktowane są jako czynniki sprzyjające zdrowiu (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008a, 2008b). Niewątpliwie najwięcej przesłanek empirycznych pozwalających sformułować przypuszczenia na temat związków cech osobowości ze zdrowiem znaleźć można w odniesieniu do neurotyczności i ekstrawersji.

Neurotyczność rozumiana jako podatność jednostki na doświadczanie negatywnych stanów emocjonalnych ma, zwłaszcza w powiązaniu z negatywną afektywnością (por. Pervin, 2002), najlepiej udokumentowany wpływ na zdrowie i traktowana jest jako wyznacznik gorszego nie tylko stanu somatycznego (por. przegląd badań zaprezentowany w: Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008a; Bielawska-Batorowicz, 2007), lecz także samopoczucia jednostki. Jak postulują Paul T. Costa i Robert R. McCrae (1990, podają za: Siuta, 2006), poziom neurotyczności w badaniach nad psychologicznymi aspektami zdrowia powinien podlegać stałej kontroli. Osoby neurotyczne bowiem nie tylko wyolbrzymiają

doznawane dolegliwości, lecz także doświadczają ich więcej, co rzutuje negatywnie na ich samopoczucie i jakość życia (Zawadzki et al., 1998). Prawdopodobnie ta dotyczy zarówno osób chorych, jak i zdrowych, co pokazują wyniki badań (Leventhal et al., 1996). W badaniach ludzi starszych dowiedziono, że osoby z wyższym nasileniem negatywnych emocji doświadczają więcej dolegliwości, takich jak zawroty głowy, zburzenia snu czy poczucie wyczerpania (ibidem). Lawrence Pervin (2002), odwołując się do badań Davida Watsona i Jamesa Pennebaker, zauważa, że negatywna afektywność (do której autor zalicza neurotyczność) wiąże się z częstszym narzekaniem na stan zdrowia, co jednak wcale nie musi znajdować pokrycia w obiektywnie gorszej kondycji fizycznej.

Kolejną cechą o udokumentowanych związkach ze zdrowiem jest ekstrawersja. R.R. McCrae i P.T. Costa (2005) jako składniki ekstrawersji wymieniają trzy cechy interpersonalne: serdeczność, towarzyskość i asertywność, oraz trzy cechy temperamentalne: aktywność, poszukiwanie doznań i pozytywną emocjonalność. Autorzy uważają, że dyspozycje składające się na ekstrawersję mają charakter synergistyczny: aktywność prowadzi do doznań, te zaś do pozytywnych emocji i szczęścia. Ogólnie osoby ekstrawertywne są optymistyczne, towarzyskie, przyjacielskie, skłonne do poszukiwania stymulacji i pełne energii (Siuta, 2006; Zawadzki et al., 1998), co pozwala łączyć ekstrawersję ze zdrowiem oraz z zadowoleniem z życia (Löckenhoff et al., 2008). Jak podkreślają Nina Ogińska-Bulik i Zygfryd Juczyński (2008b), przywołując badania Spiro, ekstrawertycy doświadczają więcej emocji pozytywnych (por. też Zautra et al., 2005), wykazują tym samym lepszy dobrostan psychiczny oraz ujawniają mniej dolegliwości fizycznych.

W odniesieniu do pozostałych cech osobowości znaleźć można relatywnie mniej doniesień, które pozwoliłyby powiązać je z kondycją zdrowotną.

I tak, ugodowość jest cechą wyrażającą się w pozytywnym nastawieniu do innych ludzi (altruizm, sympatii, umiejętności współdziałania, skłonności do udzielania pomocy); na przeciwstawnym biegunie ugodowości sytuują się natomiast antagonizm, konfliktowość czy egocentryzm. Jak zauważa Jerzy Siuta (2006), istnieje pokusa, aby jeden biegun tego wymiaru uważać za „zdrowszy” psychologicznie, chociaż nie jest on sam w sobie lepszy, czy to z punktu widzenia społecznego, czy biorąc pod uwagę zdrowie psychiczne jednostki. Wyniki badań pokazują natomiast, że oba wymiary ugodowości mogą wiązać się z ryzykiem zaburzeń zdrowia. Mianowicie niski poziom tej cechy wiązany jest z ryzykiem choroby wieńcowej (Costa, McCrae, 1992 — podają za: Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008b). Osoby agresywne, egocentryczne, rywalizacyjne wykazują gorszy stan zdrowia fizycznego i psychicznego (mają wyższy poziom ciśnie-

nia krwi, silniejsze objawy choroby niedokrwiennej i wyższe wskaźniki śmiertelności) (Sanderson, 2004 — podają za: ibidem). Wypieranie negatywnych emocji z kolei (drugi biegun czynnika „ugodowość”) jest elementem charakterystycznym dla osobowości typu C i stanowi czynnik ryzyka chorób nowotworowych (Temoshok, 1987 — podają za: ibidem).

Sumienność to cecha wyrażająca stopień zorganizowania, wytrwałości i motywacji jednostki w działaniach zorientowanych na cel. Badania empiryczne dowodzą, że sumienność jest predyktorem lepszego zdrowia i dłuższego życia (Friedman et al., 1993), istotnym wyznacznikiem satysfakcji z życia chorych w trakcie rekonwalescencji (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008a), jak również czynnikiem, który wiąże się z zachowaniami sprzyjającymi zdrowiu (Raynor, Levine, 2009), te zaś — jak się wydaje — mogą łączyć się z lepszymi, odnotowywanymi w badaniach, parametrami zdrowia fizycznego, a co za tym idzie, z subiektywnym odczuwaniem dobrego zdrowia.

Otwartość na doświadczenie jest cechą przejawiającą się w skłonności jednostki do poszukiwania i pozytywnego wartościowania doświadczeń życiowych, ciekawości poznawczej i tolerancji wobec nowości. Generalnie otwartość traktuje się jako czynnik prozdrowotny (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008b), dostępnych jest jednak znacznie mniej badań, które pozwoliłyby na określenie związków otwartości na doświadczenie ze zdrowiem. Warto tu przywołać rezultat badań przeprowadzonych przez Eleonorę Bielawską-Batorowicz (2007), która poszukując indywidualnych wyznaczników nasilenia objawów menopauzalnych, odnotowała, że spośród pięciu analizowanych w badaniach zmiennych osobowościowych to właśnie otwartość na doświadczenie sprzyjała pozytywnej ocenie menopauzy. Z kolei z przeglądu badań przeprowadzonych przez Jana Strelaua (2008), których celem było wychwycenie prawidłowości w zakresie osobowościowych predyktorów wypalenia zawodowego, wynika, że otwartość na doświadczenie jest czynnikiem ujemnie korelującym z obniżonym poczuciem dokonań osobistych oraz — w mniejszym stopniu — z depersonalizacją. Zależności te nie są powtarzalne, jak związki innych cech (np. ekstrawersji i neurotyczności z syndromem wypalenia), niemniej występują, co uzasadnia wskazywanie otwartości na doświadczenie jako czynnika sprzyjającego zdrowiu.

Zasygnalizowane doniesienia na temat możliwych relacji pomiędzy cechami osobowości a zdrowiem pozwoliły na sformułowanie oczekiwań dotyczących ujemnej zależności pomiędzy neurotycznością a uwzględnionymi składowymi zdrowia oraz zależności dodatnich tych składowych z ekstrawersją, sumiennością i otwartością na doświadczenie. Z uwagi na fakt, że badania dotyczące ugodowości i zdrowia dotyczyły *de facto* tylko powiązań tego czynnika ze zdrowiem obiektywnym (a z gorszym

zdrowiem obiektywnym wiązać się może zarówno wysokie, jak i niskie nasilenie tej cechy), można z pewną ostrożnością sformułować oczekiwania odnośnie do związków ugodowości z uwzględnionymi kategoriami zdrowia subiektywnego bez przesądzania o znaku tej zależności.

Obok czynników wymienionych w PMO analizie poddane zostaną — związane ze zdrowiem, a raczej z jego deficytami — Wzór Zachowania A i osobowość stresowa (osobowość typu D).

Osobowość stresowa to konstrukt opisany w latach dziewięćdziesiątych przez Johana Denolleta, a w polskiej literaturze psychologicznej upowszechniony i poddany szerokim analizom empirycznym przez Ninę Ogińską-Bulik (2006, 2009; por. też Ogińska-Bulik, Juczyński, 2004). Osobowość typu D jest względnie stałą dyspozycją związaną ze skłonnością jednostki do przeżywania emocji negatywnych i świadomego powstrzymywania się od ich wyrażania w sytuacjach społecznych. Wśród rosnącej liczby danych wskazujących na rolę osobowości typu D w etiologii i przebiegu chorób somatycznych pojawiają się takie, które pozwalają zakładać, że osobowość typu D wiąże się nie tylko z gorszym zdrowiem, mierzonym wskaźnikami obiektywnymi (np. obecnością powikłań czy krótszym czasem przeżycia), lecz także z niższą subiektywną oceną własnego zdrowia. I tak, jak zauważają Nina Ogińska-Bulik i Zygfryd Juczyński (2008b), z badań Denolleta i jego współpracowników wynika, że pacjenci kardiologiczni z osobowością typu D w trakcie rehabilitacji przejawiają więcej symptomów zmęczenia i wyczerpania w porównaniu z chorymi niewykazującymi cech tego typu, jak również charakteryzują się niższą jakością życia i gorzej oceniają własne zdrowie. W badaniach przeprowadzonych w grupach zdrowych osób uzyskano rezultaty wskazujące, że osobowość typu D różnicuje nasilenie symptomów zaburzeń zdrowia (mierzonych kwestionariuszem GHQ-28): jednostki z osobowością typu D raportują więcej symptomów somatycznych, cechuje je wyższy poziom niepokoju i bezsenności, zaburzeń funkcjonowania i objawów depresji (De Fruyt, Denollet, 2002; Ogińska-Bulik, 2005, 2009).

Obok osobowości typu D wśród korelatów dobrego zdrowia zdecydowano się umieścić Wzór Zachowania A (WZA), oczekiwano przy tym pozytywnych zależności pomiędzy tymi zmiennymi. Wybór Wzoru Zachowania A można uzasadnić tym, że wprawdzie z jednej strony zgromadzono już pokaźny dorobek empiryczny dowodzący, że WZA jest czynnikiem ryzyka chorób somatycznych, zwłaszcza sercowo-naczyniowych (por. Wrześniewski, 1993, 2000), to jednak z drugiej znane są doniesienia, które sugerują, że związki WZA ze zdrowiem obiektywnym mogą mieć inny charakter niż związki WZA ze zdrowiem subiektywnym. Wzór Zachowania A obecnie ujmowany jest jako względnie trwałe sposoby regulacji stosunków jednostki z otoczeniem (Wrześniewski, 1993), który

przejawia się w takich cechach treściowych, jak silna potrzeba osiągnięć, tendencja do dominacji oraz agresywność, a także w cechach formalnych, związanych z temperamentem człowieka. Zalicza się do nich wysoką dynamikę zachowań, energię przejawianą w działaniu, jak również pośpiech i niecierpliwość (Wrześniewski, 2000).

Pacjenci z WZA spostrzegają siebie jako osoby znacznie zdrowsze niż wskazywałaby na to profesjonalna wiedza medyczna (Greenwald, 1986 — podaję za: Ścigała, 1993). Osoby te cechuje bowiem tendencja do niedostrzegania obecności doświadczanych dolegliwości i dysfunkcji oraz skłonność do przeceniania możliwości swojego organizmu. Umożliwia to pacjentom z WZA sprawną realizację stojących przed nimi celów (Wrześniewski, 1993), a nawet — jak wskazuje Janusz Czapiński (2004) — osiąganie poczucia szczęścia. Nawet po przebytym zawale serca w toku poznawczych reinterpretacji (wyparcie, zaprzeczanie) osoby z WZA minimalizują zagrożenie własnego zdrowia czy życia, negując symptomy choroby, gorszą kondycję zdrowotną, doświadczane niedomagania fizyczne, gdyż stanowiąc one mogą przeszkodę w realizacji zadań (Ścigała, 1993).

Metoda

Osoby badane

W prezentowanej pracy wykorzystane zostaną dane zebrane w trzech grupach badawczych. Wszystkie osoby, których wyniki uwzględniono w badaniach, deklarowały, iż nie są leczone z powodu żadnych chorób, a więc są zdrowe w sensie medycznym.

Zależności pomiędzy cechami osobowości a subiektywną oceną zdrowia sprawdzano w grupie 80 młodych zdrowych osób w wieku od 20 do 38 lat ($M = 25,4$; $SD = 4,1$). W badaniach wzięło udział 60 kobiet i 20 mężczyzn, co stanowi odpowiednio 75% i 25% całej grupy. Wśród badanych przeważały osoby z wykształceniem średnim (57,5%) i wyższym (40%), zaledwie dwie osoby legitymizowały się wykształceniem niższym niż średnie.

Zależności pomiędzy osobowością stresową a subiektywną oceną zdrowia analizowano na podstawie danych zebranych w grupie 30 osób w wieku od 22. do 60. roku życia ($M = 40,2$; $SD = 9,6$), równolicznie reprezentowanych jeśli chodzi o płeć (50% kobiet i 50% mężczyzn), zróżnicowanych pod względem wykształcenia (46,7% badanych miało wykształ-

cenie średnie, 16,7% — wyższe; pozostałe osoby, a więc 36,6%, miały wykształcenie podstawowe lub zasadnicze zawodowe).

Ostatnia grupa związków pomiędzy WZA a zdrowiem subiektywnym weryfikowana była na podstawie materiału pochodzącego z badań przeprowadzonych wśród wyższego personelu medycznego ($N = 80$; w tym 51% kobiet oraz 39% mężczyzn w wieku od 26 do 58 lat; średnia wieku $M = 40,7$, $SD = 8,7$).

Pomiar subiektywnej oceny zdrowia

Subiektywna ocena zdrowia została zmierzona za pomocą Kwestionariusza Percepcji Zdrowia (KPZ) autorstwa Joanny Mateusiak, Ewy Gwozdeckiej-Wolniaszek i Macieja Januszka (2011). Kwestionariusz składa się z 25 twierdzeń zgrupowanych w 5 podskal, do których badany ustosunkowuje się, wskazując odpowiedzi na sześciopunktowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie”, a 6 — „zdecydowanie tak”. Punktem wyjścia opracowania Kwestionariusza były badania jakościowe, w których w kontekście współczesnych definicji zdrowia osadzonych w ramach obowiązującego paradygmatu socjoekologicznego oraz dostępnych badań empirycznych pytano badanych o to, czym jest „dobre” zdrowie i jak się przejawia. W pytaniach uwzględniono aspekty fizyczne, psychiczne i społeczne zdrowia, jak również odwoływano się do definicji zdrowia jako procesu, właściwości i wyniku; uwzględniono też funkcjonalne aspekty zdrowia. W efekcie kategoryzacji zebranych wypowiedzi i na podstawie szeroko zakrojonych późniejszych badań ilościowych wyłoniono wykorzystywane przez ludzi kategorie subiektywnej oceny dobrego zdrowia, które zgrupowano w 5 podskal: pozytywne nastawienie, dyskomfort psychiczny, aktywność fizyczna, wrażliwość na innych oraz sprawność działania¹. Im wyższy wynik uzyskiwał badany w poszczególnych skalach, tym wyższa była jego ocena własnego zdrowia w danym obszarze. Wyjątek stanowi podskala dyskomfortu psychicznego, w której im wyższy wynik uzyskuje badany, tym więcej doświadcza symptomów stresu, zmęczenia i drażliwości². Walory psychometryczne Kwestionariu-

¹ Kategorie te odnoszą się w znacznej mierze do zdrowia psychicznego i społecznego. Zdrowie fizyczne okazało się kategorią znacznie rzadziej wykorzystywaną do samooceny dobrego zdrowia, mniej spójną oraz mniej różnicującą tę ocenę i uwidoczniło się tylko pośrednio w czynniku: aktywność fizyczna (Mateusiak, Gwozdecka-Wolniaszek, Januszek, 2011).

² W analizach statystycznych przeprowadzonych na potrzeby zaprezentowanych w tym artykule badań punktacja uzyskana przez badanych w tej podskali zostanie odwrócona, a sama skala — zetykietowana jako samopoczucie psychiczne. Zabieg taki pozwoli na spójną (dla wszystkich podskal KPZ) analizę kierunków zależności.

sza są zadowalające. Rzetelność wyrażona współczynnikiem α Cronbacha dla poszczególnych podskal waha się w przedziale od 0,78 (aktywność fizyczna) do 0,86 (pozytywne nastawienie). Przeprowadzone dotąd badania wstępnie potwierdzają również trafność konwergencyjną i różnicową narzędzia (por. *ibidem*).

Pomiar osobowości

W badaniach zastosowano Kwestionariusz Osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy i Roberta R. McCrae w adaptacji Jerzego Siuty (2006). Kwestionariusz przeznaczony jest do diagnozy pięciu czynników osobowości: neurotyczności, ekstrawersji, otwartości na doświadczenia, sumienności i ugodowości, oraz ich składowych. Wykorzystanie w badaniach Kwestionariusza NEO-PI-R umożliwia uzyskanie wyniku ogólnego dla każdego z pięciu wymienionych czynników, jak również określenie poziomu składowych wyróżnionych w poszczególnych czynnikach. I tak, dla neurotyczności będą to wyniki w następujących składnikach: N1 — lęk, N2 — agresywna wrogość, N3 — depresyjność, N4 — nadmierny samokrytycyzm, N5 — impulsywność oraz N6 — nadwrażliwość; dla ekstrawersji: E1 — serdeczność, E2 — towarzyskość, E3 — asertywność, E4 — aktywność, E5 — poszukiwanie doznań oraz E6 — emocje pozytywne; dla otwartości na doświadczenie: O1 — wyobraźnia, O2 — estetyka, O3 — uczucia, O4 — działania, O5 — idee, O6 — wartości. Wynik ogólny dla ugodowości uzyskuje się natomiast dzięki zsumowaniu wyników w podskalach: U1 — zaufanie, U2 — prostolinijność, U3 — altruizm, U4 — ustępliwość, U5 — skromność oraz U6 — skłonność do rozczulania się; wynik dla sumienności to suma wyników: S1 — kompetencji, S2 — skłonności do porządku, S3 — obowiązkowości, S4 — dążenia do osiągnięć, S5 — samodyscypliny oraz S6 — rozważli.

Kwestionariusz składa się z 240 pozycji testowych, do których badany ustosunkowuje się, zaznaczając odpowiedzi na pięciostopniowej skali — od „zdecydowanie się zgadzam” do „zdecydowanie się nie zgadzam”. Walory psychometryczne polskiej wersji Kwestionariusza można uznać za wystarczające do celów badawczych: zgodność wewnętrzną (α Cronbacha) skal jest dostatecznie wysoka: od 0,81 dla ugodowości do 0,86 dla pozostałych skal. Większość podskal NEO-PI-R charakteryzuje się współczynnikami zgodności wewnętrznej w granicach od 0,6 do 0,7. Osiem podskal ma współczynniki niższe (od 0,51 do 0,57). Jedynie rzetelność dwóch podskal: skłonności do rozczulania się i dążenia do osiągnięć (poniżej 0,5) wydaje się niewystarczająca do celów diagnostycznych, a nawet badawczych (por. Siuta, 2006).

Pomiar osobowości typu D

Do pomiaru osobowości typu D i jej wymiarów została wykorzystana polska wersja Kwestionariusza DS-14 autorstwa Niny Ogińskiej-Bulik, Zygryda Juczyńskiego i Johana Denolleta. Jest to czternastoitemowa skala mierząca dwa (obliczane oddzielnie) wymiary osobowości stresowej: negatywną emocjonalność i hamowanie społeczne. Odpowiedzi na poszczególne itemy mogą przybierać wartość od 0 („fałszywe”) do 4 („prawdziwe”). Skala przeznaczona jest do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych. Polska wersja Kwestionariusza DS-14 posiada satysfakcjonujące właściwości psychometryczne: rzetelność (oceniona za pomocą współczynników α Cronbacha) dla negatywnej emocjonalności wyniosła 0,86, a dla hamowania społecznego — 0,84. Stabilność oceniona metodą test — retest dla negatywnej emocjonalności osiągnęła wartość $r = 0,76$, a dla hamowania społecznego $r = 0,73$ (Ogińska-Bulik, 2009).

Pomiar Wzoru Zachowania A (WZA)

Pomiaru WZA dokonano za pomocą Kwestionariusza Samopoznania BWZ (wersja B) autorstwa Kazimierza Wrześniewskiego. Narzędzie składa się z 25 pozycji (w tym 22 pozycji diagnostycznych), które opisują aspekty treściowe WZA: wysoką potrzebę osiągnięć, tendencję do dominacji oraz agresywność, oraz cechy formalne tego wzoru: wysoką dynamikę zachowań i pośpiech/niecierpliwość. Składniki treściowe i formalne składają się na wyodrębnione teoretycznie podskale Kwestionariusza. Wszystkie stwierdzenia Kwestionariusza układają się w przeciwstawne pary, pomiędzy którymi rozpięta jest pięciopunktowa skala odpowiedzi.

Narzędzie ma zadowalające parametry psychometryczne: stabilność ($r = 0,96$) i zgodność wewnętrzną (wskaźnik α Cronbacha w grupie mężczyzn przyjął wartość 0,89, a w grupie kobiet — 0,96). Trafność teoretyczna narzędzia została sprawdzona za pomocą korelacji z wynikami uzyskanymi drogą badania Kwestionariuszem JAS (The Jenkis Activity Survey) w pięciu niezależnych badaniach. Wszystkie uzyskane zależności osiągnęły istotność statystyczną (Wrześniewski, 1990).

Wyniki³

Cechy osobowości a subiektywna ocena zdrowia

Uzyskane zależności pomiędzy subiektywną oceną zdrowia a neurotycznością i jej składnikami przedstawia macierz korelacji zamieszczona w tabeli 1.

Tabela 1

**Związki pomiędzy neurotycznością i jej składnikami
a komponentami subiektywnej oceny zdrowia (N = 80)**

Neurotyczność i jej składniki	Pozytywne nastawienie	Samopoczucie psychiczne	Aktywność fizyczna	Wrażliwość na innych	Sprawność działania
Lęk	-0,30**	-0,49**	-0,23*	-0,10	-0,28**
Agresywna wrogość	-0,19*	-0,29**	-0,14	-0,08	-0,19*
Depresyjność	-0,035**	-0,52**	-0,15	-0,15	-0,37**
Nadmierny samokrytycyzm	-0,41**	-0,53**	-0,21*	-0,23**	-0,33**
Impulsywność	-0,15	-0,15	-0,19*	-0,20*	-0,23*
Nadwrażliwość	-0,46**	-0,56**	-0,36*	-0,39**	-0,48**
Neurotyczność	-0,43**	-0,59**	-0,29**	-0,25*	-0,43**

Dla jednostronnego obszaru krytycznego:

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$.

W tabeli wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Jak widać, neurotyczność obniża subiektywną ocenę zdrowia we wszystkich analizowanych aspektach (wartości współczynnika r Pearsona wyniosły od $-0,25$ do $-0,59$). Składowymi tej cechy obniżającymi znacząco miary zdrowia subiektywnego okazały się nadwrażliwość (r Pearsona od $-0,36$ do $-0,56$), nadmierny samokrytycyzm (r Pearsona od $-0,21$ do $-0,53$) oraz — w mniejszym stopniu — lęk (r Pearsona od $-0,23$ do $-0,49$). Dość wyraźne są też związki depresyjności i — nieco słabsze, ale też zaznaczone — agresywnej wrogości z pozytywnym nastawieniem, samopoczuciem psychicznym oraz ze sprawnością działania.

³ Obliczenia przeprowadzono za pomocą pakietu SPSS dla Windows ver. 12.0. Obliczeń korelacyjnych dokonano z wykorzystaniem współczynnika korelacji r Pearsona.

Ekstrawersja znacznie słabiej wiąże się z samooceną zdrowia — odnotowane zależności są mniej wyraźne, na co wskazują wyniki zamieszczone w tabeli 2.

Tabela 2

**Związki pomiędzy ekstrawersją
a komponentami subiektywnej oceny zdrowia (N = 80)**

Ekstrawersja i jej składniki	Pozytywne nastawienie	Samopoczucie psychiczne	Aktywność fizyczna	Wrażliwość na innych	Sprawność działania
Serdeczność	0,25*	0,26*	0,17	0,47**	0,21*
Towarzystwo	0,07	0,09	0,04	0,12	-0,04
Asertywność	0,34**	0,33**	0,06	0,17	0,26*
Aktywność	0,22**	0,27*	0,23*	0,26*	0,34**
Poszukiwanie doznań	0,17	0,11	0,08	-0,05	-0,04
Emocje pozytywne	0,23*	0,15	0,03	0,17	0,03
Ekstrawersja	0,33**	0,31**	0,15	0,28**	0,19*

Dla jednostronnego obszaru krytycznego:

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$.

W tabeli wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Wśród składników ekstrawersji dodatnim korelatem wszystkich miar zdrowia pozytywnego okazała się aktywność (r Pearsona od 0,22 do 0,34); subiektywną ocenę znacząco podnosi również serdeczność i — w nieco mniejszym zakresie — asertywność, której związki ze zdrowiem odnotowano tylko w obszarze pozytywnego nastawienia, samopoczucia psychicznego i sprawności działania. Towarzystwo i poszukiwanie doznań to składowe ekstrawersji niewiążące się z żadną z wyróżnionych miar zdrowia subiektywnego.

Analiza uzyskanych korelacji pomiędzy otwartością na doświadczenie a samooceną zdrowia (tabela 3) pozwala dostrzec, że również tu tylko jedna składowa tej cechy — działanie — wiąże się dodatnio ze wszystkimi komponentami subiektywnej oceny zdrowia (r Pearsona w przedziale od 0,24 do 0,33 wskazuje na istotne, ale generalnie słabe zależności). Znacząco podnoszą ocenę zdrowia także takie składowe, jak idee oraz wartości. Niezwiązane ze zdrowiem natomiast okazały się wyobrażenia i uczucia.

Tabela 3

**Związki pomiędzy otwartością na doświadczenie i jej składnikami
a komponentami subiektywnej oceny zdrowia (N = 80)**

Otwartość na doświadczenie i jej składniki	Pozytywne nastawienie	Samopoczucie psychiczne	Aktywność fizyczna	Wrażliwość na innych	Sprawność działania
Wyobrażenia	0,12	-0,03	0,02	0,01	-0,06
Estetyka	0,06	-0,04	0,12	0,24*	0,18
Uczucia	0,13	-0,09	0,06	0,17	0,15
Działania	0,29**	0,33**	0,30**	0,25**	0,24*
Idee	0,32**	0,20*	0,13	0,34**	0,29**
Wartości	0,25*	0,15	0,20*	0,21*	0,22*
Otwartość na doświadczenie	0,29**	0,12	0,20*	0,31**	0,26*

Dla jednostronnego obszaru krytycznego:

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$.

W tabeli wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Składową kolejnej cechy — ugodowości — dodatnio związaną z samooceną zdrowia jest zaufanie (tabela 4). Odnotowane zależności są sła-

Tabela 4

**Związki pomiędzy ugodowością i jej składnikami
a komponentami subiektywnej oceny zdrowia (N = 80)**

Ugodowość i jej składniki	Pozytywne nastawienie	Samopoczucie psychiczne	Aktywność fizyczna	Wrażliwość na innych	Sprawność działania
Zaufanie	0,21*	0,24*	0,29**	0,30**	0,25*
Prostolinijność	-0,13	0,15	0,08	0,24*	0,14
Altruizm	0,18	0,38**	0,19*	0,45**	0,17
Ustępliwość	-0,06	-0,05	0,02	-0,13	-0,03
Skromność	-0,34**	-0,26*	-0,08	-0,06	-0,25*
Skłonność do rozczulania się	-0,01	-0,01	-0,04	-0,02	-0,06
Ugodowość	-0,08	0,11	0,13	0,23*	0,05

Dla dwustronnego obszaru krytycznego:

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$.

W tabeli wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

be (r w przedziale od 0,21 do 0,30), ale zaznaczają się w odniesieniu do wszystkich miar zdrowia. Składową wiążącą się z lepszym samopoczuciem psychicznym ($r = 0,38$), wzrostem aktywności fizycznej ($r = 0,19$) i wyższym uwrażliwieniem na innych ($r = 0,45$) jest altruizm. Ciekawy rezultat uzyskano, analizując zależności pomiędzy zdrowiem i skromnością. Odnotowane kierunki zależności dowodzą, że wraz ze wzrostem tej składowej obniża się pozytywne nastawienie ($r = -0,34$), samopoczucie psychiczne ($r = -0,26$) i sprawność działania ($r = -0,25$). Bez związku z subiektywną oceną zdrowia pozostaje skłonność do rozczulania się.

Związki pomiędzy sumiennością a zdrowiem ukazują dane w tabeli 5. Najsilniejszym korelatem samooceny zdrowia okazała się samodyscyplina, której podwyższeniu towarzyszy wzrost wszystkich uwzględnionych w badaniu miar zdrowia (r Pearsona od 0,21 do 0,54), oraz kompetencja, która znacząco podwyższa samoocenę zdrowia we wszystkich wymiarach z wyjątkiem aktywności fizycznej (r w przedziale od 0,30 do 0,43). Wśród składowych sumiennosci tylko rozwaga nie wiąże się z żadną z uwzględnionych w badaniu miar zdrowia subiektywnego.

Tabela 5

**Związki pomiędzy sumiennością i jej składnikami
a komponentami subiektywnej oceny zdrowia ($N = 80$)**

Sumiennosc i jej składniki	Pozytywne nastawienie	Samopoczucie psychiczne	Aktywnosc fizyczna	Wrażliwosc na innych	Sprawnosć dzialania
Kompetencja	0,30**	0,35**	0,16	0,43**	0,41**
Skłonność do porządku	0,09	0,08	-0,04	0,15	0,31**
Obowiązkowość	0,17	0,29*	0,11	0,35**	0,30**
Dążenie do osiągnięć	0,07	0,20*	-0,15	0,20*	0,25*
Samodyscyplina	0,33**	0,47**	0,21*	0,40**	0,54**
Rozwaga	-0,01	0,08	-0,01	0,09	0,14
Sumiennosc	0,21*	0,32**	0,09	0,35**	0,42**

Dla jednostronnego obszaru krytycznego:

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$.

W tabeli wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Osobowość typu D a subiektywna ocena zdrowia

Zgodnie z oczekiwaniami, odnotowano zależności wymiarów osobowości typu D z komponentami subiektywnej oceny zdrowia. Jak dowodzą dane zamieszczone w tabeli 6, wszystkie korelacje mają ujemny znak i charakteryzuje je umiarkowana bądź silna siła związku, co potwierdza przewidywania, że wraz ze wzrostem nasilenia wymiarów składających się na osobowość stresową (negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego) subiektywna ocena dobrego zdrowia będzie się obniżać.

Tabela 6

Związki pomiędzy składnikami osobowości stresowej a komponentami subiektywnej oceny zdrowia (N=30)

Składniki osobowości stresowej	Pozytywne nastawienie	Samopoczucie psychiczne	Aktywność fizyczna	Wrażliwość na innych	Sprawność działania
Negatywna emocjonalność	-0,63**	-0,81*	-0,62**	-0,36*	-0,45*
Hamowanie społeczne	-0,37*	-0,61**	-0,55**	-0,42*	-0,46**

Dla jednostronnego obszaru krytycznego:

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$.

Wszystkie zależności okazały się istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Wzór Zachowania A a subiektywna ocena zdrowia

Wzór Zachowania A (WZA) jest najbardziej znaczącym korelatem samooceny zdrowia w takich miarach, jak sprawność działania (która rośnie wraz ze wzrostem poziomu wszystkich ujętych cech formalnych i treściowych tego wzoru) i pozytywne nastawienie; jedyną cechą, która nie wiąże się znacząco ze wzrostem pozytywnego nastawienia, jest pośpiech/niecierpliwość. Ocena zdrowia w obszarze aktywności fizycznej rośnie wraz ze wzrostem potrzeby osiągnięć (cecha treściowa WZA) oraz szybkości/energii (cecha formalna) (tabela 7). WZA nie okazał się korelatem samopoczucia psychicznego i wrażliwości na innych. Analizując wyniki w tych podskalach, warto zwrócić uwagę, że zależności pomiędzy WZA a tymi podskalami wprawdzie nie przekroczyły progu istotności statystycznej, ale ich znak był przeciwny do zakładanego.

Tabela 7

**Związki pomiędzy Wzorem Zachowania A i jego składnikami
a komponentami subiektywnej oceny zdrowia (N = 80)**

Wzór Zachowania A i jego składniki	Pozytywne nastawienie	Samopoczucie psychiczne	Aktywność fizyczna	Wrażliwość na innych	Sprawność działania
Potrzeba osiągnięć	0,43**	-0,09	0,37**	-0,04	0,39**
Potrzeba dominacji	0,31**	-0,08	0,18	0,10	0,20*
Agresywność	0,23*	-0,16	0,17	-0,16	0,35**
Szybkość/energia	0,28*	-0,14	0,23*	-0,12	0,26**
Pośpiech/niecierpliwość	0,10	-0,11	0,03	0,05	0,21*
Wzór Zachowania A	0,32**	-0,10	0,23*	-0,05	0,34**

Dla jednostronnego obszaru krytycznego:

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$.

W tabeli wyróżniono zależności istotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Dyskusja

Uzyskany obraz zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi jest generalnie zgodny z oczekiwaniami. Niewątpliwie najsilniejszym ujemnym korelatem zdrowia subiektywnego w badanych obszarach okazała się neurotyczność, a w jej obrębie nadwrażliwość (podatność na stres i trudności w poradzeniu sobie z nim), nadmierny samokrytycyzm (doświadczenie emocji wstydu, zakłopotania) oraz lęk (niepokój, bojaźliwość, skłonność do przejmowania się). Dość wyraźnie zaznaczyły się też związki depresyjności (przejawiającej się w poczuciu winy, bez nadziei, samotności) i agresywnej wrogości (związanej z odczuwaniem gniewu, frustracji czy rozgoryczenia) z pozytywnym nastawieniem, samopoczuciem psychicznym oraz sprawnością działania. *De facto* każda z wymienionych składowych neurotyczności obniża percepcję własnego zdrowia badanych. W prezentowanej pracy analizie poddane zostało postrzeganie przez zdrowe osoby własnego „dobrego” zdrowia. Otrzymane rezultaty stanowią więc niejako lustrzane odbicie wyników, które dowodzą, że neurotyczność pogarsza stan zdrowia, wiąże się z większą liczbą doświadczanych symptomów, powoduje nawet u zdrowych osób poczucie choroby i obniżenie jakości życia (Leventhal et al., 1996; Watson,

Pennebaker, 1989 — podają za: Pervin, 2002). W podsumowaniu tych rezultatów nasuwa się oczywista konkluzja, że osoby stabilne emocjonalnie, odporne na stres, o wysokiej samoocenie doświadczają przejawów dobrego zdrowia.

Ekstrawersja okazała się mniej wyraźnym korelatem samooceny zdrowia niż neurotyczność. Wskazać tu można na najsilniejszą (w obrębie analizowanych w tym miejscu) zależność pomiędzy wrażliwością na innych a składową interpersonalną ekstrawersji — serdecznością, która wiązała się — podobnie jak asertywność (następna składowa ekstrawersji) — z kolejnymi miarami zdrowia: pozytywnym nastawieniem, samopoczuciem psychicznym i subiektywnie ocenianą sprawnością działania. Serdeczność, stanowiąca składnik ekstrawersji najbardziej związany z bliskością kontaktów z innymi, przyjaznym do nich podejściem (Siuta, 2006), wydaje się tą cechą, która ułatwia relacje interpersonalne, pozytywnie przychylności innych ludzi, a tym samym wiąże się ze wzrostem pozytywnego nastroju i poczucia szczęścia (por. Argyle, 2004a, 2004b). Asertywność z kolei wskazywana jest jako jedna z cech interpersonalnych, łączonych z dobrym samopoczuciem psychicznym (ibidem), które uważane są za podstawowe umiejętności podtrzymywania bliskich więzi (Grzesiuk, Trzebińska, 1983), a których deficyty uznawane są za czynnik ryzyka dla zdrowia (Heszen, Sęk, 2007).

Spośród składowych ekstrawersji aktywność, zaliczona przez Roberta R. McCrae i Paula T. Costę (2005) do cech temperamentalnych, a przejawiająca się w szybkim tempie zachowania, odczuwaniu wysokiej energii i potrzebie bycia ciągle zajęтым, istotnie podnosiła wszystkie miary pozytywnej percepcji zdrowia. Wynik ten koresponduje z zależnościami pomiędzy WZA a zdrowiem subiektywnym, odnotowanymi w prezentowanych w tej pracy badaniach. Okazało się bowiem, że zgodnie z oczekiwaniami, WZA, a zwłaszcza dwie jego cechy składowe: potrzeba osiągnięć i szybkość/energia, podwyższał ocenę zdrowia badanych, aczkolwiek tylko w obszarze pozytywnego nastawienia, aktywności fizycznej i sprawności działania. Mechanizm przejawiający się możliwą skłonnością do zawyżania ocen własnego zdrowia osób z WZA został zasygnalizowany w części poświęconej problematyce (Ścigała, 1993; Wrześniewski, 1993). Analiza uzyskanych zależności wykazała, że wysoka energia, ukierunkowanie na realizację zadań i celów, motywacja do działań, życie w nieustannym ruchu mogą współwystępować z wysoką samooceną dobrego zdrowia. Należy jednak pamiętać, że badania korelacyjne dostarczają informacji tylko o współzależnościach pomiędzy zmiennymi, nie przesądzając o kierunku tych zależności. Nie można więc wykluczyć, że to doświadczanie dobrego zdrowia wzmacnia aktywność człowieka w różnych sferach życia, stanowi bodziec do stawiania sobie celów i ułatwia

ich osiągnięcie, co zwrótnie może pobudzać do działania; stymulator może stanowić gratyfikacja, jaką człowiek uzyskuje dzięki udanym przedsięwzięciom, w które z sukcesem się angażuje (por. Argyle, 2004a).

Z neurotycznością i ekstrawersją łączona jest osobowość typu D (osobowość stresowa), która pod względem wymiarów ją konstytuujących najbliższa jest neurotycznej introwersji (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008b). Dostępne badania zarówno polskie, jak i holenderskie pozwalały przypuszczać, że wymiary składające się na osobowość typu D będą obniżać miary zdrowia subiektywnego (De Fruyt, Denollet, 2002; Ogińska-Bulik, 2005, 2009). Zestawienie uzyskanych rezultatów niniejszych badań dało podstawy do potwierdzenia tych oczekiwań; dowiedziono, że zależności pomiędzy osobowością typu D a zdrowiem są spójne z wcześniej omówionymi i zgodne z wynikami cytowanych badań. Warto zauważyć, że silniejsze i bardziej konsekwentnie zaznaczone korelacje osobowości typu D ze zdrowiem (w porównaniu do omówionych wcześniej) mogą wynikać ze specyfiki analizowanego konstruktu i jego związków z niektórymi tylko składowymi ekstrawersji i neurotyczności. Typ D opisywany jest bowiem jako względnie stała dyspozycja związana ze skłonnością jednostki do przeżywania emocji negatywnych i doświadczania trudności w kontaktach interpersonalnych. Skłonności te mogą przejawiać się nieśmiałością, lękliwością i zahamowaniem ekspresji emocjonalnej w sytuacjach społecznych i odnoszą się tylko do niektórych charakterystyk neurotyczności oraz ekstrawersji, stanowiąc tym samym pojęcie względem nich węższe (Ogińska-Bulik, 2009). I tak, wymienić tu można cechy neurotyczności: nadwrażliwość, nadmierny samokrytycyzm i lęk, oraz ekstrawersji: serdeczność (której przeciwny biegun wyraża się w rezerwie i dystansie wobec innych oraz trudnościach we wchodzeniu w relacje interpersonalne) i asertywność (której biegun przeciwstawny zajmuje usuwanie się w cień, kłopoty z wyrażaniem swoich myśli i uczuć) (Siuta, 2006).

Analiza zależności pomiędzy ugodowością, cechą odnoszącą się do tendencji interpersonalnych, a percepcją zdrowia pokazała spójność uzyskanych tu wyników z zależnościami omówionymi wcześniej. Wyniki wskazują bowiem, że skromność obniża pozytywne nastawienie, samopoczucie psychiczne i sprawność działania (wynik zastanawiający i wymagający, jak się wydaje, pogłębionych analiz), altruizm zaś, przejawiający się otwartością na sprawy innych ludzi, troską o nich i skłonnością do niesienia im pomocy, przeciwnie — poprawia samopoczucie psychiczne i wiąże się ze wzrostem wrażliwości na innych. Zaufanie okazało się cechą, która wiąże się znacząco z podwyższeniem wszystkich ujętych w badaniu miar zdrowia; dowodzi to, że wiara w drugiego człowieka, w jego dobre intencje podnosi pozytywne aspekty zdrowia, podczas gdy

nieufność, a także wynikające z niej podejrzliwość, cynizm czy sceptycyzm stanowiąc mogą przeszkodę w osiągnięciu dobrej kondycji psychicznej (Grzelak, 2008).

Składowe sumienności, które znacząco wiążą się z doświadczaniem pozytywnych aspektów zdrowia, to — obok samodyscypliny — kompetencja przejawiająca się skutecznością w działaniu, rozsądkiem, wiarą we własne zdolności i umiejętności radzenia sobie w życiu oraz obowiązkowość, cechująca się niezawodnością w relacjach z drugim człowiekiem, a także przestrzeganiem zasad etycznych i moralnych. Sumienność jest tą cechą osobowości, którą niegdyś łączono z charakterem (Siuta, 2006), a którą obecnie można ulokować — jak czynią to autorzy prac z kręgu psychologii pozytywnej — w obszarze właściwości istotnych dla samokontroli. Samokontrola nazywana „zdolnością wpływania na siebie poprzez siebie” (Trzebińska, 2008) wiązana jest z dobrostanem dzięki nadrzędnej roli, jaką przypisuje się jej w mechanizmach zawiadywania właściwościami psychicznymi stanowiącymi wyznaczniki dobrostanu.

Wśród składowych otwartości na doświadczenie w wyraźne związki ze zdrowiem subiektywnym weszły, kolejno, działania, wartości i idee, co pozwala wnioskować, że takie cechy, jak otwartość na nowości, preferowanie zmienności, gotowość do przewartościowywania zastanych poglądów, niepoddawanie się autorytetom, a także ciekawość intelektualna sprzyjają doświadczaniu pozytywnych aspektów zdrowia. Wynik ten stanowić może wstępne potwierdzenie tez i doniesień empirycznych, zgodnie z którymi otwartość łączona jest z lepszym funkcjonowaniem w obszarze somatycznym (Bielawska-Batorowicz, 2007) czy zawodowym (por. Strelau, 2008); jednocześnie wskazuje się składowe cechy otwartości, które w zależnościach z pozytywnymi aspektami zdrowia mają swój największy udział.

Podsumowanie

Na poziomie ogólnych kategorii najsilniej z subiektywną oceną zdrowia korelowała neurotyczność, obniżając wszystkie miary zdrowia uwzględnione w badaniach, słabiej zaś ekstrawersja, sumienność i otwartość, które wiązały się z lepszym doświadczaniem zdrowia. Analiza związków składowych pięciu czynników, jak również uwzględnionych w badaniach osobowości stresowej i Wzoru Zachowania A pozwala dostrzec, że z lepszym doświadczaniem zdrowia wydatnie wiążą się cechy opisujące aktywność i działanie, podczas gdy cechy konstytuujące

neurotyczność: nadwrażliwość, samokrytycyzm, lęk, obniżają poczucie dobrego zdrowia. Najmniej spójnie przedstawiają się wyniki badań dotyczące zależności pomiędzy ugodowością a zdrowiem subiektywnym, co z jednej strony może wynikać z faktu, iż niektóre składowe tej cechy wchodzi w dodatnie, a niektóre w ujemne związki ze zdrowiem subiektywnym, a z drugiej z tego, że — jak sygnalizowano w części poświęconej problematyce zależności pomiędzy tą cechą a zdrowiem — nie układają się prostoliniowo i z pogorszeniem zdrowia (obiektywnego) wiązane jest zarówno wysokie, jak i niskie nasilenie ugodowości. Niewątpliwie to zagadnienie wymaga pogłębionej analizy opartej na materiale zebrany w liczniejszej grupie badawczej, umożliwiającej zastosowanie bardziej zaawansowanych procedur statystycznych.

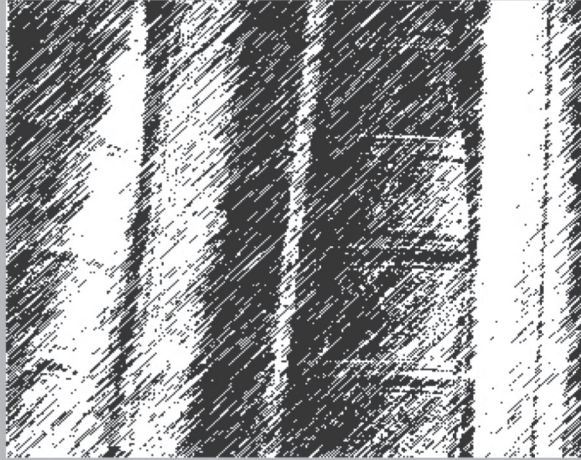
W prezentowanych badaniach poszukiwano korelatów subiektywnej oceny dobrego zdrowia, uwzględniając następujące jej kategorie: pozytywne nastawienie, samopoczucie psychiczne, aktywność fizyczną, wrażliwość na innych i sprawność działania, oraz analizowano ich związki z czynnikami, które w teorii i badaniach empirycznych są wiązane ze zdrowiem: cechami osobowości wyróżnionymi zgodnie z Pięcioletnim Modelem Osobowości, osobowością stresową i Wzorem Zachowania A. Uzyskane wyniki, z uwagi na zastosowaną prostą procedurę korelacyjną, jak i niezbyt liczne grupy badawcze, należy potraktować jako wstępną analizę zagadnienia, która dostarcza spójnych i zgodnych z opisanymi w literaturze rezultatów dowodzących, że doświadczanie dobrego zdrowia można analizować z perspektywy osobowościowych korelatów, wskazując przy tym obszary, które wymagają pogłębionych dociekań.

Bibliografia

- Antonovsky A., 1995: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak sobie radzić ze stresem i nie zachorować*. Warszawa (wyd. oryginalne — 1987).
- Argyle M., 2004a: *Przyczyny i korelaty szczęścia*. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 165—203.
- Argyle M., 2004b: *Psychologia szczęścia*. Przeł. T. Kunz. Wrocław (wyd. oryginalne — 1987).
- Bailis D.S., Segall A., Chipperfield J.G., 2003: *Two views of self-rated general health status*. “Social Science & Medicine”, vol. 56, s. 203—217.
- Baron-Epel O., Kaplan G., 2001: *General subjective health status or age-related subjective health status: does it make difference?* “Social Science & Medicine”, vol. 53, s. 1373—1381.

- Bielawska-Batorowicz E., 2007: *Temperament, osobowość i styl radzenia sobie ze stresem a częstość i intensywność objawów menopauzalnych*. „Przegląd Menopauzalny”, nr 2, s. 70—76.
- Blaxter M., 1995: *Health and lifestyles*. London, UK.
- Blaxter M., 2004: *Health*. Cambridge.
- Czapiński J., 2004: *Osobowość szczęśliwego człowieka*. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 359—379.
- De Fruyt F., Denollet J., 2002: *Type D personality: A Five-Factor Model perspective*. “Psychology and Health”, vol. 17 (5), s. 671—683.
- Dziurowicz-Kozłowska A., 2002: *Wokół pojęcia jakości życia*. „Psychologia Jakości Życia”, nr 1 (2), s. 77—99.
- Evans D.R., Kazarian S.S., 2001: *Health promotion, disease prevention and quality of life*. In: *Handbook of cultural health psychology*. Eds. S.S. Kazarian, D.R. Evans. Elsevier, s. 85—112.
- Friedman H.S. et al., 1993: *Does childhood personality predict longevity?* “Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 65 (1), s. 176—185.
- Grzelak J., 2008: *Zdrowe społeczeństwo*. W: *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Red. J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska. Gdańsk, s. 27—46.
- Grzesiuk L., Trzebińska E., 1983: *Jak ludzie porozumiewają się?* Warszawa.
- Heszen I., Sęk H., 2007: *Psychologia zdrowia*. Warszawa.
- Leventhal E.A. et al., 1996: *Negative affect and self-report of physical symptoms: two longitudinal studies of older adults*. “Health Psychology”, vol. 15, s. 193—199.
- Löckenhoff C.E. et al., 2008: *Personality, subjective health, and vulnerability: The association between NEO-PI-R and SF-36 in advanced age differs across samples that vary in impairment levels*. “Journal of Research in Personality”, vol. 42, s. 1334—1346.
- Mateusiak J., Gwozdecka-Wolniaszek E., Januszek M., 2011: *Kręte ścieżki pomiaru zdrowia — prace nad konstrukcją kwestionariusza do oceny zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia: konteksty i pogranicza*. Red. M. Górnik-Durose, J. Mateusiak. Katowice, s. 125—147.
- McCrae R.R., Costa P.T., 2005: *Osobowość dorosłego człowieka. Perspektywa teorii pięcioczynnikowej*. Przeł. B. Majczyna. Kraków.
- Ogińska-Bulik N., 2005: *Perceived job stress, personality traits and burnout syndrome in Police officers*. “Polish Journal of Applied Psychology”, vol. 3 (1), s. 7—24.
- Ogińska-Bulik N., 2006: *Czy osobowość sprzyja etiopatogenezie chorób? Nowe kierunki badań — osobowość typu D*. „Nowiny Psychologiczne”, nr 2, s. 5—22.
- Ogińska-Bulik N., 2009: *Osobowość typu D. Teoria i badania*. Łódź.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2004: *Osobowość stresowa (typ D) a ryzyko występowania chorób układu krążenia*. W: *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki*. Red. K. Kosińska-Dec, L. Szewczyk. Warszawa, s. 5—17.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2008a: *Osobowościowe wyznaczniki satysfakcji z życia*. W: *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Red. I. Heszen, J. Życińska. Warszawa, s. 89—102.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2008b: *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa.
- Oleś M., 2010: *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i chorobie*. Lublin.
- Oleś P., 2003: *Wprowadzenie do psychologii osobowości*. Warszawa.
- Pasikowski T., 2008: *Co z tym zdrowiem? Pytania ważne i mniej ważne*. W: *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Red. J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska. Gdańsk, s. 62—76.

- Pervin L.A., 2002: *Psychologia osobowości*. Przeł. M. Orski. Gdańsk.
- Puchalski K., 1990: *Kryteria zdrowia i choroby*. W: *Zachowania zdrowotne*. Red. A. Gniazdowski. Łódź.
- Puchalski K., 1996: *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1—2, s. 53—69.
- Raynor D.A., Levine H., 2009: *Associations between the Five-Factor Model of Personality and health behaviors among college students*. „Journal of American College Health”, vol. 58 (1), s. 73—81.
- Ryff C.D., Singer B., 2004: *Paradoksy kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci*. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnocie człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 147—162.
- Sęk H., 1997: *Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*. W: *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*. Red. Z. Ratajczak, I. Heszen-Niejodek. Katowice, s. 34—55.
- Sęk H. et al., 1992: *Subjective health concepts. Some personal and societal determinants*. In: *Readings in health & preventive psychology*. Ed. H. Sęk. Poznań.
- Siuta J., 2006: *Inwentarz osobowości NEO-PI-R P. Costy Jr i R. McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik*. Warszawa.
- Słońska Z., 1994: *Promocja zdrowia — zarys problematyki*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1—2, s. 37—52.
- Słońska Z., Misiuna M., oprac., 1993: *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa.
- Sokołowska M., 1986: *Socjologia medycyny*. Warszawa.
- Strelau J., 2008: *Osobowość a wypalenie zawodowe*. W: *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Red. J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska. Gdańsk, s. 274—294.
- Ścigała E., 1993: *Poznawcze uwarunkowania choroby wieńcowej i zawału serca*. Poznań.
- Trzebińska E., 2008: *Psychologia pozytywna*. Warszawa.
- Wrześniewski K., 1990: *Badanie Wzoru Zachowania A przy użyciu polskiego kwestionariusza*. „Przegląd Lekarski”, nr 7, s. 538—542.
- Wrześniewski K., 1993: *Styl życia a zdrowie: Wzór Zachowania A*. Warszawa.
- Wrześniewski K., 2000: *Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób psychosomatycznych*. W: *Psychologia*. Red. J. Strelau. T. 3. Gdańsk, s. 493—531.
- Wrześniewski K., 2006: *Wybrane zagadnienia teoretyczne i metodologiczne pojęcia jakości życia*. W: *Psychologia zdrowia: teoria, metodologia, empiria*. Red. T. Pasikowski, H. Sęk. Poznań.
- Zautra A.J. et al., 2005: *Dynamic approaches to emotion and stress in everyday life: Bolger and Zuckerman reloaded with positive as well as negative affects*. „Journal of Personality”, vol. 73, s. 1511—1538.
- Zawadzki B. et al., 1998: *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae*. Warszawa.



ELEONORA BIELAWSKA-BATOROWICZ

Menopauza a jakość życia*

Menopause and the quality of life

Abstract: The paper presents selected issues related to the quality of life after the menopause. First, it gives the short account of theoretical approaches to quality of life and to health related quality of life. Building on that the author discusses quality of life after the menopause, and in particular these options which include the subjective perspective of menopausal women. The results of psychological studies into the menopausal transition are shortly presented. In all these studies the intensity of menopausal symptoms was considered the indicator of quality of life. The findings demonstrate that intensity of symptoms is related to personality (i.e. high neuroticism), temperament (i.e. high reactivity), to the intensive stress and ineffective coping strategies, and to the life situation (i.e. difficulties in family and personal life). Finally, the author brings forward the idea that the quality of life related to menopausal transition should be analyzed in the context of life-span development. The individual concept of menopause should also be considered.

Key words: menopause, quality of life, health related quality of life, psychological aspects of menopause, individual concept of menopause, adulthood.

* Artykuł stanowi poszerzoną wersję referatu wygłoszonego na VIII Kongresie Menopauzy i Andropauzy, który odbył się w Zakopanem w 2009 roku. Referat w postaci drukowanej dołączono do materiałów wręczanych uczestnikom Kongresu.

Wprowadzenie

Koncepcje jakości życia

W literaturze znajdujemy odwołania do licznych koncepcji jakości życia, wśród których wyróżnić można na przykład modele oczekiwań, potrzeb, powrotu do normalnego życia czy też satysfakcji z życia (Fayers, Machin, 2007). Pierwsze trzy z nich uwzględniają możliwości realizowania przez jednostkę jej zamierzeń. Ostatni z modeli można traktować jako przykład globalnej oceny własnej sytuacji życiowej. Inny podział (Netuveli, Blane, 2008) zakłada konceptualizację jakości życia w ujęciu normatywnym, preferencyjnym i subiektywnym. Ujęcie normatywne odwołuje się do przekonań i poglądów definiujących „dobre życie”, ujęcie preferencyjne natomiast do dostępności różnorodnych dóbr, spośród których można by dowolnie wybierać, oraz zdolności jednostki do zdobywania owych dóbr. Ujęcie subiektywne dotyczy poziomu zadowolenia z życia, jest więc bardzo zbliżone do wymienionego wcześniej modelu satysfakcji z życia.

Jakość życia analizowana jest w literaturze również w relacji do stanu zdrowia (tzw. jakość życia związana ze zdrowiem/zależna od zdrowia, ang. *health related quality of life*, HRQoL). Jakość życia określa się tu przez odniesienie do „wpływu fizycznych, psychicznych i społecznych skutków stanu zdrowia na poziom zadowolenia danej jednostki z życia” (Chańska, 2009, s. 312). Uwzględnienie następstw choroby dla funkcjonowania jednostki w różnych sferach życia, a także satysfakcji z tego funkcjonowania pozwala nie tylko obserwować stan zdrowia i oceniać skuteczność podjętego leczenia, lecz także oceniać efektywność nakładów na opiekę zdrowotną (ibidem). Warto zwrócić uwagę, że jakość życia związana ze zdrowiem może być analizowana w ujęciu ogólnym i specyficznym. W pierwszym przypadku brany jest pod uwagę aktualny stan zdrowia, w tym głównie objawy fizyczne, rzadziej zmiany emocjonalne i relacje jednostki z otoczeniem. W drugim ujęciu uwzględnia się skutki, jakie dla jakości życia przynosi określona choroba. Przyjęcie jednej lub drugiej perspektywy znajduje odzwierciedlenie w konstruowanych narzędziach pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem, które mogą uwzględniać zarówno ogólny stan zdrowia, jak i skutki konkretnego schorzenia dla jakości życia (Bidzan, 2008; Fayers, Machin, 2007; Schneider, MacLennan, Feeny, 2008).

Jakość życia i jej związek z menopauzą

W przypadku kobiet w wieku okołomenopauzalnym można analizować jakość ich życia z uwzględnieniem wszystkich wymienionych jej aspektów. Po pierwsze, jakość życia można traktować jako subiektywną ocenę własnej pozycji w życiu, ocenę, której dokonuje kobieta. Przyjęcie tej perspektywy właściwie nie wymaga odwoływania się do fizjologii zmian okołomenopauzalnych. Istotniejsze wydają się tutaj konsekwencje wchodzenia w wiek poreprodukcyjny, jakie widzi kobieta, społecznie utrwalone stereotypy dotyczące starzenia się i społeczny odbiór ludzi starszych. Po drugie, jakość życia można ujmować w odniesieniu do stanu zdrowia charakterystycznego dla danej fazy życia, w tym przypadku dla okresu tracenia zdolności prokreacyjnych. Obok skutków zmian hormonalnych ważne są tutaj także zmiany związane z naturalnym procesem starzenia się. Po trzecie, jakość życia można ujmować specyficznie; punktem odniesienia wszelkich ocen są wówczas fizjologiczne zmiany okołomenopauzalne i ich następstwa.

Uwzględnienie specyficznych zmian związanych z menopauzą pozwala dobrze opisać doświadczenia kobiet. Zwiększa jednak koncentrację na objawach, a to sprzyja z kolei zwracaniu uwagi na negatywne aspekty menopauzy. Warto zmodyfikować to podejście, zwłaszcza w świetle wyników badań, wskazujących, iż znaczna liczba kobiet jest skłonna traktować menopauzę i okres okołomenopauzalny jako pozytywne lub przynajmniej neutralne zjawisko, z którym związane mogą być również korzystne doświadczenia i następstwa (Hunter, Rendall, 2007; Hvas, 2006; Lindh-Åstrand et al., 2007).

Nie można przeprowadzić analizy jakości życia bez wzięcia pod uwagę stanowiska osoby, której jakość życia jest określana. Przyjrzyjmy się zatem bliżej opisywanym w literaturze koncepcjom włączenia do takich analiz punktu widzenia kobiet w okresie okołomenopauzalnym.

Pierwszym sposobem uwzględniania subiektywnej perspektywy jest koncentracja na objawach menopauzalnych i funkcjonowaniu w sferze fizycznej (Marciniak, Niero, 2000). Występowanie objawów i ich intensywność, a także zmiany w zakresie sprawności fizycznej oceniane są przez kobiety opisujące własne doznania, a nie przez neutralnych obserwatorów. W otrzymanych w taki sposób relacjach część doznań może być jednak błędnie przypisana faktowi wystąpienia menopauzy (a więc ostatniej miesiączki, po której przez co najmniej 12 miesięcy nie pojawia się krwawienie), z pominięciem innych możliwych przyczyn i uwarunkowań, np. procesów związanych z naturalnym starzeniem się organizmu (Hunt, 2000; Schneider, MacLennan, Feeny, 2008).

Kolejnym ujęciem, które uwzględnia subiektywną perspektywę kobiety, jest koncentracja na ograniczeniach w codziennym życiu. Ograniczenia te mogą dotyczyć zarówno sfery fizycznej, jak i psychicznej oraz społecznej (Marciniak, Niero, 2000). W tym podejściu brak jakichkolwiek ograniczeń oznaczałby optimum funkcjonowania i pełnię możliwości angażowania się w normalny tok życia. Samo wystąpienie menopauzy nie musi, jak się wydaje, modyfikować takiego zaangażowania. Większe znaczenie mają tu kulturowo uwarunkowane poglądy dotyczące starzenia się i faz życia (Berger, 1999; Bielawska-Batorowicz, 2006a; Hunt, 2000; Hunter, Rendall, 2007; Melby, Lock, Kaufert, 2005). Przyjęcie tych poglądów może rodzić oczekiwania, sygnalizowane niekiedy wyraźnie przez otoczenie, że w okresie przejścia menopauzalnego i później kobieta zmieni swój styl życia, wycofa się z niektórych ról i zacznie funkcjonować jak osoba w innej fazie życia. Konsekwencje wejścia w okres okołomenopauzalny mogą być odmienne w różnych kulturach, w tym przynosić korzystne zmiany polegające na podniesieniu statusu społecznego i usunięciu ograniczeń, jakim podlegają kobiety w okresie pełnych zdolności prokreacyjnych. W takiej sytuacji menopauza byłaby źródłem zmian jakości życia, ale zmian w kierunku pozytywnym. Dokumentują to między innymi badania prowadzone w krajach azjatyckich (np. Punyahotra, Dennerstein, 1997; Rice, 1995).

Ocena szans na osiągnięcie pożądanego celów życiowych oraz zaspokajanie własnych potrzeb to kolejne z możliwych podejść do oceny jakości życia (Marciniak, Niero, 2000). Analizując takie szanse i ewentualne ograniczenia, warto rozważać poglądy na temat menopauzy oraz starzenia się i ich konsekwencji dominujące w danej kulturze. W znacznym stopniu poglądy te mogą oddziaływać na przekonania kobiet dotyczące możliwości realizacji planów i zaspokajania potrzeb w wieku średnim i senioralnym, modyfikując tym samym ocenę jakości własnego życia (Astbury, 2009; Hunt, 2000; Hvas, 2006).

Ostatnie podejście, jakie chciałabym tu przywołać, odnosi się do globalnej oceny własnej sytuacji — to ocena poczucia szczęścia czy satysfakcji z życia (Marciniak, Niero, 2000). Sporo uwagi poświęca temu zagadnieniu psychologia pozytywna, w której uwzględnia się satysfakcję z życia w koncepcjach zdrowia (Trzebińska, 2008). Dla rozważań podjętych w niniejszym artykule podejście to oznacza, że zadowolenie z życia, nawet w maksymalnym stopniu, jest niezależne od menopauzy czy też pojawia się mimo jej wystąpienia.

Choć przedstawione propozycje ujmowania jakości życia uwzględniają wyraźnie perspektywę kobiety, a w literaturze podkreśla się zasadność odwoływania się do subiektywnych i globalnych ocen jakości życia (Chańska, 2009; Fayers, Machin, 2007), to w badaniach nad

okresem przejścia menopauzalnego zdaje się dominować tendencja do „obiektywizowania” jakości życia. Znajduje to wyraz w opisie i analizie sytuacji materialnej, stylu życia (w tym sposobów spędzania czasu wolnego), występujących dolegliwości i chorób (np. Makara-Studzińska et al., 2009; Synowiec-Piłat, 2010). O jakości życia (czy jej zmianie) wnioskuje się na podstawie odczuwanych dolegliwości czy stylu życia, zdecydowanie rzadziej natomiast (lub wcale) poprzez odwołanie się do ewaluacji własnej sytuacji życiowej dokonywanej przez uczestników badania.

Pomiar jakości życia związanej z menopauzą

Wszystkie omówione podejścia znajdują swoje odzwierciedlenie w narzędziach pomiaru jakości życia związanej ze zdrowiem, tych odwołujących się zarówno do ogólnej oceny, jak i do oceny jakości życia w okresie okołomenopauzalnym (Marciniak, Niero, 2000; Schneider, MacLennan, Feeny, 2008; Zöllner, Acquardo, Schaeffer, 2005). Narzędzia specyficznym dedykowane menopauzie w większości odnoszą się do objawów somatycznych, wazomotorycznych i psychicznych, rzadziej uwzględniają funkcjonowanie seksualne, a jeszcze rzadziej funkcjonowanie w sytuacjach zawodowych; narzędzia te najczęściej są listami symptomów (Hilditch et al., 1996; Schneider, MacLennan, Feeny, 2008; Sikora-Szubert, 2010; Zöllner, Acquardo, Schaeffer, 2005). Narzędzia nie uwzględniają natomiast koncepcji menopauzy, jaką posiadają badane kobiety, co jest o tyle istotne, że koncepcje te mogą modyfikować rejestrację i ocenę symptomów menopauzy. Wskazują na to wyraźnie badania prowadzone w różnych kręgach kulturowych (Berger, 1999; Bielawska-Batorowicz, 2006a; Hunter, Rendall, 2007). Interesującym wyjątkiem jest Menopause Representations Questionnaire, opracowany przez Myrę Hunter i Irene O’Dea. Narzędzie to uwzględnia, co prawda, koncepcje menopauzy i postawy wobec niej, ale nie jest typowym narzędziem do pomiaru jakości życia (Hunter, O’Dea, 2001).

Narzędziem dedykowanym do pomiaru jakości życia w okresie okołomenopauzalnym jest natomiast Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MENQoL), kwestionariusz opracowany przez zespół pod kierunkiem John R. Hilditcha (Hilditch et al., 1996). W kwestionariuszu MENQoL wyodrębniono cztery skale: objawów fizycznych (16 itemów), objawów wazomotorycznych (3 itemy), sfery psychospołecznej (7 itemów) i sfery seksualnej (3 itemy). Kobiety badane MENQoL określają, czy każ-

dy z listy 29 objawów wystąpił u nich w ciągu ostatniego miesiąca, a także na skali od 0 („wcale”) do 6 („bardzo”) stopień, w jakim objaw przeszkadzał im w funkcjonowaniu. Obliczając wyniki, można odwoływać się do każdej ze skal i do wyniku globalnego dla całego kwestionariusza. Polskiej adaptacji MENQoL dokonała Anita Sikora-Szubert (2010). Wskaźniki rzetelności polskiej wersji, którą nazwano „Kwestionariusz do badania jakości życia w menopauzie”, są wysokie i porównywalne z oryginałem. Dotyczy to zwłaszcza trzech pierwszych skal (α Cronbacha od 0,758 do 0,879). Nieco niższą wartość (0,609) uzyskano dla skali badania sfery seksualnej. Metoda powtórnego pomiaru wykazała dużą stabilność wyników w czasie. Badania prowadzone z wykorzystaniem zaadaptowanego kwestionariusza ujawniły, że globalny wskaźnik jakości życia nie zależy od statusu menopauzalnego i stosowania hormonalnej terapii zastępczej — zmienne te nie różnicowały istotnie wyników kobiet. Wyższej jakości życia sprzyjały natomiast: aktywność fizyczna, wyższy poziom wykształcenia, uzyskiwane wsparcie społeczne i pozytywny stosunek otoczenia do menopauzy (ibidem). Warto uwzględnić te rezultaty w świetle przytoczonych dalej wniosków z badań nad jakością życia w okresie okołomenopauzalnym.

Jeśli przyjmiemy założenia uwzględnione w narzędziach pomiarowych (w tym w opisanym tu krótko MENQoL), będziemy również rejestrować zakres, częstość, intensywność różnorodnych objawów i dolegliwości, to w toku takich badań dojdziemy do wniosku, że mniej objawów menopauzalnych to wyższa jakość życia. Tym samym zmniejszanie się częstości i intensywności objawów — naturalnie, z czasem czy pod wpływem terapii hormonalnej (Makara-Studzińska et al., 2009) — powinno prowadzić do wzrostu jakości życia. Tak się też dzieje — kobiety w okresie okołomenopauzalnym przewidują poprawę jakości swego życia w przyszłości, gdy zmniejszy się intensywność i częstość menopauzalnych objawów (Deeks, McCabe, 2004).

Wyniki badań dotyczących związku objawów menopauzalnych i jakości życia nie są jednoznaczne. Obok danych wskazujących na brak istotnego związku pomiędzy objawami menopauzalnymi, terapią hormonalną i jakością życia (Luoto, 2009; Veerus et al., 2008) pojawiają się również relacje z badań wskazujących na inne, niekiedy zaskakujące, rezultaty. W niektórych doniesieniach wykazano na przykład związek stosowania terapii hormonalnej z niższą jakością życia (Ekström, Hovellius, 2000). Inne badania dowiodły, że zakres i intensywność objawów nie pozostają w oczekiwanym związku ze zmianami hormonalnymi (Lipińska-Szałek, Sobczuk, Pertyński, 2003) — predyktorem intensywności objawów był bowiem poziom odczuwanego stresu, nie zaś obniżający się poziom estrogenów. W niektórych badaniach nie stwier-

dzano także różnic w jakości życia przed menopauzą i po niej (Özarkan, Alatas, Zencir, 2005). W literaturze dominują jednak badania, które wyraźnie wskazują na związek intensywnych objawów menopauzalnych z niską jakością życia (np. Chiu et al., 2008; Conde et al., 2006), a więc zależność zgodną z ogólną koncepcją. Uwzględnianie zmian hormonalnych i związanych z nimi objawów jako jedynych wyznaczników jakości życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym nie wystarcza do pełnego opisu uwarunkowań jakości życia i do wyjaśnienia wariacji w zakresie poziomów jakości życia, zwłaszcza gdy odwołujemy się do szerszych koncepcji jakości życia, a nie jedynie do jakości życia związanej ze zdrowiem. Pełny opis uwarunkowań jakości życia kobiet wymaga przyjęcia pozamedycznej perspektywy i poszukiwania argumentów na rzecz różnorodności uwarunkowań oceny jakości życia wśród zmiennych psychologicznych, a także odwołania się do wyznaczników społecznych i kulturowych.

Psychologiczne uwarunkowania jakości życia w okresie przejścia menopauzalnego

Analiza psychologicznych uwarunkowań jakości życia w związku z menopauzą uwzględnia zarówno typowe zmienne psychologiczne, np. osobowość czy temperament, jak i szerszy kontekst społeczny i kulturowy, który decyduje o postawach wobec menopauzy, dostępnym kobiecie wsparciu społecznym czy stylu życia. Współczesne badania coraz częściej są prowadzone zgodnie z paradygmatem biopsychosocjalnym i uwzględniają jednocześnie wiele zmiennych (Hunter, Rendall, 2007; Veenin-ga, Kraaimaat, 1995). Większość analiz znaczenia menopauzy dla jakości życia odwołuje się do typowych narzędzi pomiaru jakości życia, które — jak już wykazano — koncentrują się na objawach. W prezentowanym krótkim przeglądzie wyników badań za kryterium wysokiej jakości życia przyjęto niską częstość i/lub intensywność objawów menopauzalnych, w tym łączonych z menopauzą objawów depresyjnych i innych objawów psychicznych. Przedstawiono jedynie najważniejsze wnioski, gdyż rozbudowany opis badań wykraczałby poza ramy artykułu.

Badania związku objawów menopauzalnych (przyjęto tu kryterium jakości życia) i zmiennych psychologicznych ukazują kilka powtarzających się zależności:

1. Badania wskazują na silny efekt różnic indywidualnych w zakresie osobowości i temperamentu. Szczególnie wyraźnie widać to na przykładzie cechy osobowości, jaką jest neurotyczność. Jej wysokie nasile-

nie współwystępuje z wysoką częstością i intensywnością objawów menopauzalnych (Bielawska-Batorowicz, 2007; Hunter, Rendall, 2007). Związek neurotyczności z różnymi problemami zdrowotnymi został wykazany wcześniej w wielu badaniach z zakresu psychologii zdrowia (Vollrath, ed., 2006). Nie jest to więc cecha oddziałująca jedynie na przebieg okresu okołomenopauzalnego. Cecha ta może jednak moderować intensywność doznań związanych ze zmianami hormonalnymi. Jeden z wymiarów temperamentu, a mianowicie reaktywność, również odgrywa rolę w indywidualnym zróżnicowaniu doświadczanych objawów. Wysokie nasilenie reaktywności współwystępuje bowiem z wysokim natężeniem relacjonowanych objawów (Bielawska-Batorowicz, 2007).

2. Występowanie objawów menopauzalnych jest związane z doświadczanym stresem (Bielawska-Batorowicz, 2006b; Hunter, Rendall, 2007; Lipińska-Szałek, Sobczuk, Pertyński, 2003; Schmidt, Murphy, Haq, 2004) oraz sposobami radzenia sobie ze stresującymi sytuacjami (Bielawska-Batorowicz, 2007). Stwierdzone zależności wskazują, że im więcej stresujących wydarzeń w codziennym życiu, wyższe natężenie doświadczanego stresu oraz mniej efektywne sposoby radzenia sobie z nim, tym częściej u kobiet występują objawy menopauzalne, a także wzrasta ich intensywność.
3. Aktualna sytuacja życiowa kobiety pozwala lepiej przewidzieć intensywność i częstość objawów niż status menopauzalny (Dennerstein, Dudley, Burger, 1997; Hunter, Rendall, 2007; Lipińska-Szałek, Sobczuk, Pertyński, 2003). Kilka aspektów tej sytuacji ma tutaj szczególne znaczenie. Mniejsze natężenie objawów (a zatem wyższą jakość życia) stwierdzono na przykład u kobiet pozostających w związkach małżeńskich (Astbury, 2009; Chiu et al., 2008; Koundi et al., 2006), zwłaszcza z dobrą relacją seksualną między partnerami (Chedraui, San Miguel, Avila, 2009). Kobiety z wyższym poziomem wykształcenia, który może sprzyjać korzystniejszej sytuacji zawodowej, również opisywały swoje objawy jako mniej intensywne i dokuczliwe (Astbury, 2009; Chiu et al., 2008; Hunter, Rendall, 2007; Koundi et al., 2006). Podobne zależności stwierdzano w przypadku chirurgicznej menopauzy (Kaczmarek, 2008).
4. Istotnym czynnikiem doświadczania zmian okołomenopauzalnych jest negatywna postawa wobec menopauzy, która sprzyja częstszym i bardziej intensywnym objawom (Astbury, 2009; Bielawska-Batorowicz, 2007; Hunter, Rendall, 2007; Veeninga, Kraaijmaat, 1995). Widoczne jest to zwłaszcza w tych kulturach, które nie przypisują pozytywnych znaczeń procesowi starzenia się (Berger, 1999; Bielawska-Batorowicz, 2006a). Negatywna postawa wobec

menopauzy może być rozumiana rozmaicie. Z jednej strony może oznaczać ogólną niekorzystną ocenę konsekwencji zmian fizjologicznych, z drugiej zaś specyficzny sposób interpretowania okresu przejścia menopauzalnego, który nie tylko radykalnie zmienia perspektywy życiowe, lecz także ma przebieg trudny do kontrolowania przez kobietę. Przekonanie kobiety, że w związku z menopauzą zmieniają się jej perspektywy i role życiowe, zostało wykazane w badaniach (Deeks, McCabe, 2004). Nie zawsze jednak to przekonanie o zmianach jest związane z wyraźnie niską oceną jakości własnego życia (Astbury, 2009).

5. Objawy menopauzalne, w tym depresyjne, mogą być związane ze stylem życia, zwłaszcza ze sposobem odżywiania się, z paleniem tytoniu, aktywnością fizyczną (Astbury, 2009; Elavsky, McAuley, 2007; Hunter, Rendall, 2007). Uwarunkowania te wydają się bliższe medycynie niż psychologii. Warto zwrócić na nie jednak uwagę, gdyż oddziaływanie na zachowania prozdrowotne kobiet w okresie okołomenopauzalnym może być łatwiejsze w przypadku współpracy lekarzy i psychologów. Przykładami skuteczności takich oddziaływań są programy promujące zdrowy styl życia oferowane kobietom w okresie przejścia menopauzalnego. Ważnym elementem tych programów są zarówno informacje o zmianach związanych z menopauzą, jak i ćwiczenia skłaniające do większej aktywności fizycznej, ułatwiające radzenie sobie z objawami, oraz treningi antystresowe. Efektem uczestnictwa kobiet w programach, oferowanych — co warto podkreślić — w różnych krajach, jest zmniejszanie się natężenia objawów, a także zmiana nawyków, które pozwalają na podtrzymanie zachowań prozdrowotnych (Ambroziak, Bielawska-Batorowicz, 2011; Forouhari et al., 2010; Ueda et al., 2009). Ze względu na różny okres obserwacji skutków oddziaływań trudno jednoznacznie określić efektywność podejmowanych interwencji.

Jakość życia, menopauza a rozwój w cyklu życia

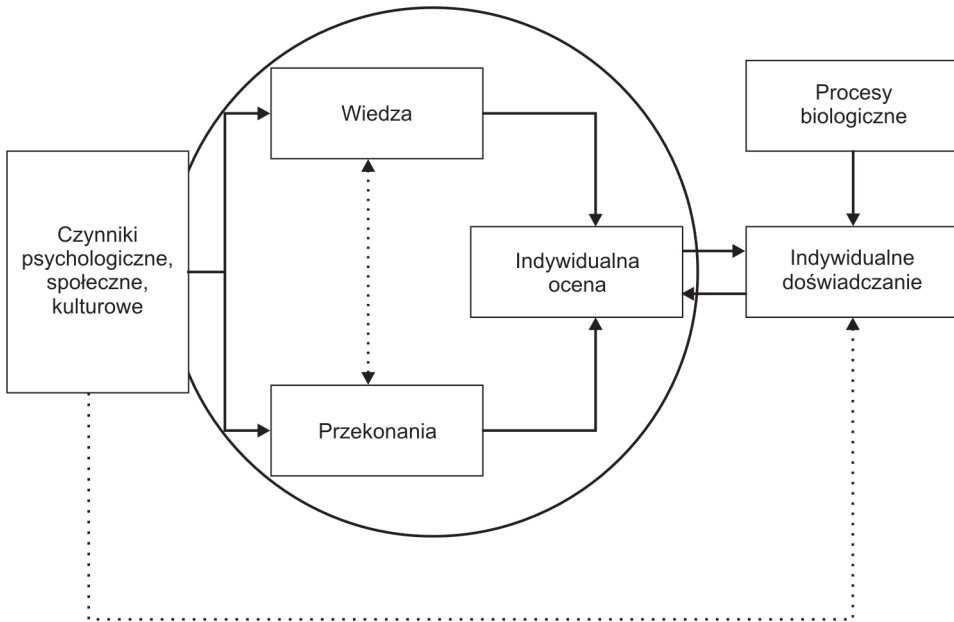
Obok biomedycznego podejścia do menopauzy warto uwzględnić koncepcję rozwojową, pozwalającą szerzej spojrzeć na jakość życia po menopauzie; jakość życia można rozumieć, jak już podano, również jako globalną ocenę własnej sytuacji, poczucie satysfakcji życiowej. Do najważniejszych zadań okresu dorosłości, obok osiągnięcia obywatelskiej i społecznej odpowiedzialności, kształtowania właściwych relacji z partnerem

i wspierania dorastających dzieci, należy także akceptowanie zmian fizjologicznych charakterystycznych dla wieku średniego i przystosowywanie się do nich (Brzezińska, 2000). Akceptowanie to ma znaczenie dla niniejszych rozważań nad jakością życia w związku z menopauzą, podkreśla bowiem, że ustanie miesiączkowania powinno zostać zaakceptowane jako zmiana wpisana w procesy rozwoju. Przystosowanie się do niej może być więc wyznacznikiem prawidłowego przebiegu fazy rozwojowej, jaką jest wiek średni. Naturalne zmiany rozwojowe tworzyłyby zatem układ odniesienia, w jakim rozpatrywana powinna być zarówno menopauza, jak i jakość życia jednostki.

Doświadczenia typowe dla menopauzy stanowią element fazy rozwoju, której przebieg jest efektem skomplikowanych oddziaływań, jakim podlegają kobiety w tym okresie życia. Doświadczenia te łączą się z naturalnymi zmianami fizjologicznymi w organizmie, które w postaci objawów menopauzalnych oddziałują na jakość życia, zwłaszcza rozumianą jako jakość życia związaną ze zdrowiem. Są także uwarunkowane ogólnym stanem zdrowia mogącym nasilać dolegliwości, które są wynikiem zmian hormonalnych, oraz sprzyjać częstszemu koncentrowaniu się na funkcjonowaniu własnego organizmu i dostrzeganiu większej liczby objawów. Stan zdrowia, następujące z wiekiem zmiany fizjologiczne oraz aktualna sytuacja życiowa, a zwłaszcza posiadanie partnera (i stan jego zdrowia) determinują podejmowaną aktywność seksualną. Częstość zbliżeń i stopień osiąganego satysfakcji stanowią istotny element indywidualnych doświadczeń, są także traktowane jako jeden z wyznaczników jakości życia (Chedraui, San Miguel, Avila, 2009). Elementem fazy rozwoju, który może kształtować doświadczenia okołomenopauzalne, jest również stopniowa zmiana pełnionych ról społecznych, związanych z nimi wymagań i oczekiwań. Wszystkie te doświadczenia prowadzą do zmiany percepcji własnej osoby i oceny własnych perspektyw życiowych; decydują o jakości życia w najszerszym rozumieniu, a więc także o jakości życia związanej ze zdrowiem.

W prezentowane tu zależności wpisuje się również indywidualna koncepcja menopauzy. Jest ona rozumiana jako konstrukt, na który składa się kilka elementów (rys. 1). Są nimi: 1) wiedza o fizjologii menopauzy, która pozwala trafnie rozpoznać i interpretować występujące objawy, 2) poglądy dotyczące skutków zmian fizjologicznych, w tym przekonania o ich znaczeniu dla funkcjonowania kobiety w jej biologicznej i społecznej roli, 3) uwarunkowane kulturowo poglądy dotyczące zdolności prokreacyjnych, starzenia się i seksualności, które mogą sprzyjać kształtowaniu się pozytywnych lub negatywnych nastawień do starzenia się, a zatem także nastawień do menopauzy. Indywidualna koncepcja menopauzy (oznaczona na rys. 1 okręgiem), obejmuje zarówno rzetelną wiedzę, jak i przekona-

nia dotyczące zmian hormonalnych i ich szeroko rozumianych następstw. Wiedza i przekonania prowadzą do oceny tego okresu w życiu, interpretowania go i nadawania mu znaczenia. Ważną rolę w kształtowaniu się indywidualnej koncepcji menopauzy odgrywają czynniki psychologiczne, społeczne i kulturowe. Można uwzględnić tu osobowość i styl radzenia sobie (czynniki psychologiczne), sytuację życiową, doświadczany stres i dostępne wsparcie (czynniki społeczne), a także obecne w danej kulturze modele menopauzy i ról związanych z płcią (podaję za: Veeninga, Kraaimaat, 1995). W konkretnym środowisku społecznym dostępna jest również rzetelna wiedza o fizjologii menopauzy i promowane są określone sposoby łagodzenia szczególnie intensywnych objawów menopauzalnych.



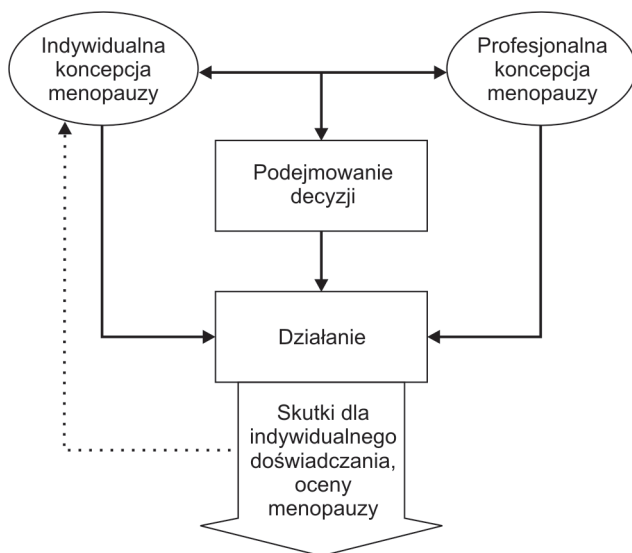
Rys. 1. Indywidualna koncepcja menopauzy

Źródło: Opracowanie własne.

Indywidualna koncepcja menopauzy może być operacjonalizowana jako pozytywna/negatywna ocena okresu okołomenopauzalnego, a także jako opinia o konsekwencjach zmian hormonalnych i ich oddziaływaniu na codzienne funkcjonowanie. Wyniki badań nad menopauzą pokazują, że negatywne nastawienie do niej sprzyja większemu nasileniu objawów, w tym objawów depresyjnych, co z kolei jest traktowane jako wyznacznik jakości życia (Bielawska-Batorowicz, 2006a; Dennerstein, Dudley, Burger, 1997; Schmidt, Murphy, Haq, 2004). Indywidual-

na koncepcja menopauzy może wyznaczać zatem sposób doświadczania zmian związanych z okresem przejścia menopauzalnego. Można przewidywać również zależność odwrotną, zgodnie z którą doświadczanie zmian menopauzalnych modyfikuje opinie o menopauzie i jej konsekwencjach. Mniej intensywne — w porównaniu z przewidywaniami — objawy, ich mniej negatywne konsekwencje, mniej negatywne niż przewidywano postawy środowiska wobec kobiet w okresie przejścia menopauzalnego prowadziłyby do zmiany wcześniejszych przekonań i nastawienia, a zatem do zmiany indywidualnej koncepcji menopauzy (Bielawska-Batorowicz, 2013).

Indywidualna koncepcja menopauzy w wielu różnych sytuacjach jest konfrontowana z wiedzą medyczną i opiniami specjalistów, a więc z profesjonalną koncepcją menopauzy. Może być również konfrontowana z indywidualnymi koncepcjami innych kobiet. W czasie konsultacji lekarskiej obie koncepcje — indywidualna i profesjonalna — ulegają aktywacji. Lekarz i pacjentka odwołują się do tych koncepcji w procesie podejmowania decyzji o ewentualnym wdrożeniu postępowania terapeutycznego, które może oddziaływać na objawy doświadczane przez kobietę, doraźnie zmienić jej samopoczucie. Taki efekt podjętego działania to efekt wąski, gdyż odnosi się jedynie do stanu zdrowia kobiety. Możliwy jest również szeroki efekt podjętych działań — wyciszenie objawów może poprawić funkcjonowanie kobiety w różnych sferach życia, zmienić



Rys. 2. Indywidualna i profesjonalna koncepcja menopauzy w terapii okresu okołomenopauzalnego

Źródło: Opracowanie własne.

nastawienie do menopauzy u niej samej i osób z jej otoczenia. Wtórnie może oddziaływać zatem na indywidualną koncepcję menopauzy (mechanizm ten przedstawiono schematycznie na rys. 2). Wydaje się, że uwzględnienie posiadanej przez kobietę indywidualnej koncepcji menopauzy jest niezbędnym warunkiem wyboru trafnych, bo możliwych do wdrożenia przez pacjentkę, zaleceń lekarskich.

Podsumowanie

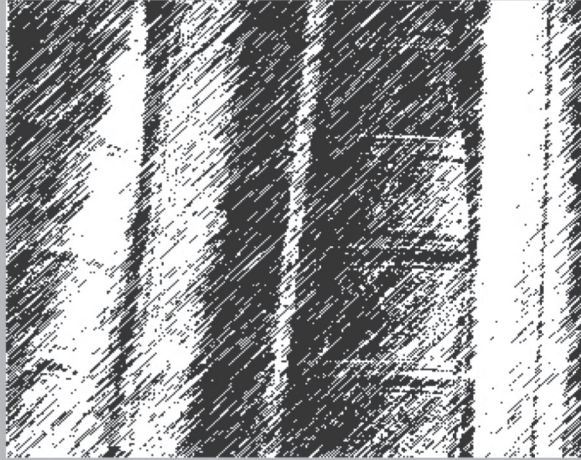
Analizowanie jakości życia po menopauzie wymaga uwzględnienia zarówno procesów rozwojowych charakterystycznych dla wieku średniego, jak i indywidualnej koncepcji menopauzy. Pamiętając, że jakość życia oceniana jest subiektywnie, warto zwrócić uwagę na te zależności, które pozwalają jakość życia oceniać w szerszej perspektywie niż tylko w odniesieniu do objawów menopauzalnych, tym bardziej że u większości kobiet ich nasilenie nie jest wysokie (Krajewska-Ferishah et al., 2010). Konieczne jest więc odwołanie się do sytuacji życiowej konkretnej osoby. W sytuacji tej mogą bowiem tkwić elementy mające równie duże znaczenie dla jakości życia (rozumianej jako poczucie satysfakcji) jak intensywność objawów menopauzalnych. Elementami tymi są osiągnięcia w zakresie życia rodzinnego, zawodowego czy relacji interpersonalnych, a w przypadku niektórych osób także wartości związane z duchowością (Astbury, 2009; Chedraui, San Miguel, Avila, 2009). Przyjmowanie perspektywy, zgodnie z którą jakość życia ocenia się w odniesieniu do stanu zdrowia, prowadzi do analizowania jakości życia w okresie okołomenopauzalnym głównie przez odwołanie się do częstości i intensywności objawów menopauzalnych oraz innych doznań związanych ze starzeniem się. Skuteczne stosowanie terapii hormonalnej tonuje te objawy, a tym samym może poprawić tę sferę jakości życia, która łączy się ze zdrowiem. Oddziaływanie na tak rozumianą jakość życia jest niewątpliwie wskazane, nie oznacza jednak równoznaczności z kompleksowym oddziaływaniem na jakość życia ujmowaną szerzej, w odniesieniu do całokształtu sytuacji życiowej kobiety i fazy jej rozwoju. W tym przypadku istotnym elementem może być oddziaływanie na indywidualną koncepcję menopauzy, zarówno przez wzbogacanie wiedzy o menopauzie, jak i kreowanie zrównoważonego obrazu okresu okołomenopauzalnego i towarzyszących mu zmian.

Bibliografia

- Ambroziak E., Bielawska-Batorowicz E., 2011: *Can the intensity of menopausal symptoms be modified? The pilot study of the effects of an intervention programme designed for 48–54-year-old women*. „Przegląd Menopauzalny”, T. 10, s. 58–62.
- Astbury J., 2009: *Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature*. Geneva.
- Berger C., 1999: *Menopause and culture*. London.
- Bidzan M., 2008: *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nie-
trzymania moczu*. Kraków.
- Bielawska-Batorowicz E., 2006a: *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice.
- Bielawska-Batorowicz E., 2006b: *Stres, objawy i przekonania dotyczące menopauzy
a obniżony nastrój u kobiet w wieku 45–55 lat. Próba weryfikacji zmodyfikowanego
psychospołecznego modelu depresji w okresie okołomenopauzalnym*. „Przegląd Me-
nopauzalny”, T. 5, s. 68–74.
- Bielawska-Batorowicz E., 2007: *Temperament, osobowość i styl radzenia sobie ze
stresem a częstość i intensywność objawów menopauzalnych*. „Przegląd Menopauzal-
ny”, T. 6, s. 70–76.
- Bielawska-Batorowicz E., 2013: *The psychology of the menopause. The experience
during the transition and the individual conceptualization of menopause*. In: *Nutri-
tion and diet in menopause*. Eds. C.J.H. Martin et al. New York.
- Brzezińska A., 2000: *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa.
- Chańska W., 2009: *Nieszczęsny dar życia. Filozofia i etyka jakości życia w medycynie
współczesnej*. Wrocław.
- Chedraui P., San Miguel G., Avila C., 2009: *Quality of life impairment during the
female menopausal transition is related to personal and partner factors*. “Gynecolo-
gical Endocrinology”, vol. 25, s. 130–135.
- Chiu Y.W. et al., 2008: *Factors influencing women's quality of life in the later half of life*.
“Climacteric”, vol. 11, s. 201–211.
- Conde D.M. et al., 2006: *Factors associated with quality of life in a cohort of postmeno-
pausal women*. “Gynecological Endocrinology”, vol. 22, s. 441–446.
- Deeks A.A., McCabe M.P., 2004: *Well-being and menopause: An investigation of pur-
pose in life, self-acceptance and social role in premenopausal, perimenopausal and
postmenopausal women*. “Quality of Life Research”, vol. 13, s. 389–398.
- Dennerstein L., Dudley E., Burger H., 1997: *Well-being and the menopausal tran-
sition*. “Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology”, vol. 18, s. 95–101.
- Ekström H., Hovellius B., 2000: *Quality of life and hormone therapy in women before
and after menopause*. “Scandinavian Journal of Primary Health Care”, vol. 18,
s. 115–121.
- Elavsky S., McAuley E., 2007: *Physical activity and mental health outcomes during
menopause: A randomized controlled trial*. “Annals of Behavioral Medicine”, vol. 33,
s. 132–142.
- Fayers P.M., Machin D., 2007: *Quality of life. The assessment, analysis and interpre-
tations of patient-reported outcomes*. Chichester.
- Forouhari S. et al., 2010: *The effect of education and awareness on the quality-of-life in
postmenopausal women*. “Indian Journal of Community Medicine”, vol. 35, s. 109–
114.

- Hilditch J.R. et al., 1996: *A menopause-specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties*. "Maturitas", vol. 24, s. 161—175.
- Hunt S.M., 2000: *The subjective health of older women: Measures outcomes in relation to prevention*. "Quality of Life Research", vol. 9, s. 709—719.
- Hunter M., O’Dea I., 2001: *Development of the menopause representations questionnaire*. "Psychology of Health & Medicine", vol. 6, s. 65—76.
- Hunter M., Rendall M., 2007: *Bio-psycho-socio-cultural perspectives on menopause*. "Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology", vol. 21, s. 261—274.
- Hvas L., 2006: *Menopausal women’s positive experience of growing older*. "Maturitas", vol. 54, s. 245—251.
- Kaczmarek M., 2008: *Reproductive health and psychological well-being of surgically menopausal Polish women*. "Acta Medica Lithuanica", vol. 15, s. 43—48.
- Koundi K.L. et al., 2006: *Quality of life and psychological symptoms in Greek postmenopausal women: Association with hormone therapy*. "Gynecological Endocrinology", vol. 22, s. 660—668.
- Krajewska-Ferishah K. et al., 2010: *Analysis of quality of life of women in menopause period in Poland, Greece and Belarus and Belgium using MRS scale. A multicenter study*. "Advances in Medical Science", vol. 55, s. 191—195.
- Lindh-Åstrand L. et al., 2007: *Women’s conception of the menopausal transition — a qualitative study*. "Journal of Clinical Nursing", vol. 16, s. 509—517.
- Lipińska-Szałek A., Sobczuk A., Pertyński T., 2003: *Wpływ czynników biologicznych i psychospołecznych na psychiczne aspekty okresu okołomenopauzalnego*. „Przegląd Menopauzalny”, T. 2, nr 6, s. 55—61.
- Luoto R., 2009: *Hot flushes and quality of life during menopause*. "BMC Women’s Health", vol. 9, s. 13. Tryb dostępu: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/9/13>. Data dostępu: 06.08.2009 r.
- Makara-Studzińska M. et al., 2009: *Wpływ terapii hormonalnej na poziom depresji i jakość życia kobiet w wieku okołomenopauzalnym, zamieszkujących tereny wiejskie*. „Przegląd Menopauzalny”, T. 8, s. 284—289.
- Marciniak A., Niero M., 2000: *Integrating the patients’ views into the measurement of quality of life: Examples from the peri- and post-menopausal periods*. "Quality of Life Research", vol. 9, s. 775—784.
- Melby M.K., Lock M., Kaufert P., 2005: *Culture and symptoms reporting at menopause*. "Human Reproduction Update", vol. 11, s. 495—512.
- Netuveli G., Blane D., 2008: *Quality of life in older ages*. "British Medical Bulletin", vol. 85, s. 113—126.
- Özarkan S., Alatas E.S., Zencir M., 2005: *Women’s quality of life in the premenopausal and postmenopausal periods*. "Quality of Life Research", vol. 14, s. 1795—1801.
- Punyahotra S., Dennerstein L., 1997: *Menopausal experiences of Thai women. Part 2: The cultural context*. "Maturitas", vol. 26, s. 9—14.
- Rice P.L., 1995: *Pog laus, tsis koj khaub ncaaws lawm: the meaning of menopause in Hmong women*. "Journal of Reproductive and Infant Psychology", vol. 13, s. 79—92.
- Schmidt P.J., Murphy J.H., Haq N., 2004: *Stressful life events, personal losses, and perimenopause-related depression*. "Archives of Women’s Mental Health", vol. 7, s. 19—26.
- Schneider H.P.G., MacLennan A.H., Feeny D., 2008: *Assessment of health-related quality of life in menopause and aging*. "Climacteric", vol. 11, s. 93—107.

- Sikora-Szubert A., 2010: *Adaptacja kwestionariusza do badania jakości życia w menopauzie — Menopause Specific Quality of Life Questionnaire (MENQoL)*. Uniwersytet Łódzki. Wydział Nauk o Wychowaniu. Instytut Psychologii. Praca magisterska. Maszynopis.
- Synowiec-Piłat M., 2010: *Wybrane społeczne wyznaczniki jakości życia 50-letnich Polek w kontekście sytuacji zdrowotnej*. „Przegląd Menopauzalny”, T. 9, s. 385—389.
- Trzebińska E., 2008: *Psychologia pozytywna*. Warszawa.
- Ueda M. et al., 2009: *Longitudinal study of a health education program for Japanese women in menopause*. “Nursing and Health Science”, vol. 11, s. 114—119.
- Veeninga A.T, Kraaimaat F., 1995: *A multifactorial approach to complaints during the climacteric*. “Journal of Reproductive and Infant Psychology”, vol. 13, s. 69—77.
- Veerus P. et al., 2008: *Symptom reporting and quality of life in the Estonian Postmenopausal Hormone Therapy Trial*. “BMC Women’s Health”, vol. 8, s. 5. Tryb dostępu: <http://www.biomedcentral.com/1472—6874/8/5>. Data dostępu: 06.08.2009 r.
- Vollrath M.E., ed., 2006: *Handbook of personality and health*. Chichester.
- Zöllner Y.F., Acquardo C., Schaeffer M., 2005: *Literature review of instruments to assess health-related quality of life during and after menopause*. “Quality of Life Research”, vol. 14, s. 309—327.



MARIA FINOGENOW

Psychologiczne wyznaczniki zadowolenia z życia osób w wieku emerytalnym

Psychological determinants of life satisfaction in retirement age

Abstract: The aim of the study was to analyze the relationship between psychological variables (personality traits, personal resources, self-rated health) and psychological well-being (life satisfaction, positive and negative emotions) in those over retirement age.

The results show significant correlations between most personality traits, personal resources and psychological well-being. No significant dependences have been found between openness to experiences and life satisfaction. The relationship between self-rated health and psychological well-being seem to be curvilinear.

The regression analysis for life satisfaction has displayed three predictors that explain altogether 25% of the results' variance: the sense of comprehensibility ($R^2 = 0,18$), self-esteem and self-efficacy. Positive emotions are predicted by four predictors that are responsible for 34% of the total variance — the sense of meaningfulness ($R^2 = 0,25$), extraversion, self-efficacy and neuroticism. The greatest role in predicting negative emotions (altogether 58% of the results' variance) is played by neuroticism ($R^2 = 0,46$). Other variables that are marked as significant ones in the regression analysis (the sense of manageability, intensity of self-esteem and extraversion) play a less important role.

Key words: retirement age, life satisfaction, emotions, personal resources, self-rated health.

Wprowadzenie

Zagadnienie poczucia dobrostanu, określanego także jako zadowolenie z życia, zajmuje ważne miejsce w literaturze skoncentrowanej wokół problematyki jakości życia. Mimo różnic występujących w zakresie rozważań teoretycznych w badaniach przez zadowolenie z życia rozumie się stopień, w jakim jednostka pozytywnie ocenia jakość swojego życia jako całości („jak bardzo lubi życie, jakie wieździe”) (podaję za: Veenhoven, 1991). Ponadto wyróżnia się dwa aspekty zadowolenia z życia: poznawczy i afektywny (emocjonalny). Przez zadowolenie poznawcze (określane mianem satysfakcji z życia) rozumie się stopień, w jakim jednostka ocenia poziom zaspokojenia swoich aspiracji, czyli stopień osiągnięcia w życiu tego, czego chce. Z kolei zadowolenie emocjonalne rozumiane jest jako stopień, w jakim doświadczenia afektywne jednostki są przyjemne, czyli jak dobrze się zazwyczaj czuje (podaję za: *ibidem*).

Podstawowym problemem związanym z badaniem zadowolenia z życia jest poszukiwanie czynników mających wpływ na poziom tego zadowolenia (por. Zalewska, 2003). Pierwszy z modeli (model dół — góra) zakłada, że poziom zadowolenia z życia zależy od czynników zewnętrznych (warunków życia i zdarzeń życiowych). Jednak badania wskazują na słaby i raczej krótkotrwały wpływ tych czynników na zadowolenie z życia (por. *ibidem*). Kolejny model (góra — dół) zakłada, że na poziom zadowolenia z życia wpływają głównie cechy osobowości — relatywnie stałe charakterystyki człowieka, predysponujące go do pozytywnej lub negatywnej interpretacji różnych wydarzeń i doświadczeń oraz kreowania różnych sytuacji. Bardziej złożone modele zakładają interakcyjne (np. Furnham, 1991) bądź transakcyjne (np. Headey, Wearing, 1991; Zalewska, 2003) zależności między zmiennymi podmiotowymi i sytuacyjnymi.

Odnutowywany w wielu krajach proces starzenia się społeczeństw, polegający na wzroście udziału osób starzejących się i starych w ogólnej populacji (por. Finogenow, 2011a; Frąckiewicz, 2002; Straś-Romanowska, 2000; Trafiałek, 2003), powoduje, że szczególnego znaczenia nabierają badania i poszukiwania w zakresie szeroko rozumianej jakości życia osób starszych.

Wielu autorów (np. Bryniewicz, 2007; Semków, 2007) wskazuje na potrzebę badań w zakresie jakości życia seniorów w Polsce. Potrzeba przeprowadzenia takich badań wynika z przemian, jakie zaszły w społeczeństwie polskim po transformacji systemowej. Zaistniałe wówczas zmiany nie sprzyjają integracji osób starszych ze społeczeństwem i utrwaleniu ich pozycji społecznej. Osoby te mają trudności w dostosowaniu się do nowej struktury społecznej, zmieniającego się systemu wartości opartego na

indywidualizmie, kulcie pieniądza i konkurencji oraz przyswojeniu nowych technologii (Finogenow, 2011a; Mojs, Głowacka, Głowacka-Rębała, 2007).

Przekroczenie progu starości niejednokrotnie utożsamiane jest z osiągnięciem przez człowieka wieku emerytalnego i zaprzestaniem aktywności zawodowej. Przejście na emeryturę traktuje się także jako jedno z najważniejszych wydarzeń krytycznych w tym okresie życia (por. Pinguart, Schindler, 2007; Straś-Romanowska, 2000). Dla wielu osób przejście na emeryturę wiąże się z utratą dotychczasowego statusu zawodowego i materialnego, z obniżeniem poczucia znaczenia, prestiżu oraz wzrostem poczucia bezużyteczności. Niektórzy psychologowie przyjmują jednak, że zmiana ta może być odbierana pozytywnie i powodować rozwój nowych zainteresowań, a także wiązać się z wyznaczaniem sobie nowych celów (por. Wu, Tang, Yan, 2005). Jednak Michelle W. Langlois i Kenneth M. Cramer (2004) podkreślają, że bez względu na to, czy przejście na emeryturę stanowi pozytywną czy negatywną zmianę w życiu człowieka starszego, zawsze jest to sytuacja trudna, wymagająca przystosowania do nowych warunków.

Wśród zmiennych socjodemograficznych mających wpływ na przystosowanie do emerytury oraz poczucie dobrostanu w tym okresie autorzy wymieniają między innymi poziom wykształcenia (np. Calasanti, 1996; Finogenow, 2011b), poziom dochodów (np. Finogenow, 2011b; Kim, Moen, 2001, 2002; Seccombe, Lee, 1986), stan cywilny (np. Calasanti, 1996; Finogenow, 2011b; Haring-Hidore et al., 1985). Choć wyniki badań wskazują na istotną rolę zmiennych socjodemograficznych, to w świetle analiz teoretycznych i empirycznych zmienne psychologiczne, osobowościowe są znacznie ważniejsze dla zadowolenia z życia. Dotychczasowe badania uwzględniają jednak dość ograniczony zakres zmiennych psychologicznych wpływających na jakość życia osób w wieku emerytalnym czy też modyfikujących jakość tego życia.

Wiele badań poświęcono psychologicznym determinantom poczucia dobrostanu w różnych grupach (np. zawodowych bądź uwarunkowanych stanem zdrowia) bądź u przedstawicieli całej populacji. Szczególną rolę przypisuje się zmiennym osobowościowym (zwłaszcza czynnikom wyodrębnionym w Modelu Wielkiej Piątki), wskazując na istotną rolę neurotyczności i ekstrawersji w wyznaczaniu zadowolenia emocjonalnego (Costa, McCrae, 1980), a także sumienności w określaniu satysfakcji z życia (Hayes, Joseph, 2003). Ponieważ nasilenie poszczególnych wymiarów osobowości ulega w ciągu życia pewnym zmianom (Costa, McCrae, 1994 — podają za: McCrae, 2002), można przypuszczać, że również rola tych wymiarów osobowości w wyznaczaniu zadowolenia z życia może być inna w zależności od okresu życia.

Ponadto wśród zmiennych psychologicznych mających znaczenie dla poczucia dobrostanu akcentowana jest rola zasobów osobistych pomocnych w radzeniu sobie ze stresem, m.in. poczucia koherencji (np. Pasik, 2007; Zajac, 2002), poczucia własnej skuteczności (np. Charrow, 2006; Hampton, Marshall, 2000), poczucia własnej wartości (np. Reitzes, Mutran, Fernandez, 1996; Zhang, Leung, 2002) oraz poczucia optymizmu (por. Poprawa, 2001). Duże znaczenie przypisuje się także subiektywnej ocenie stanu zdrowia (np. Seccombe, Lee, 1986). Jak wskazują wyniki prezentowanych w literaturze badań (np. Golińska, 2003), znaczenie zasobów osobistych dla poczucia dobrostanu może być jednak różne w zależności od fazy życia. Poszukując wyznaczników jakości życia, warto zatem odnosić się do grup wyróżnionych ze względu na wiek, by uchwycić specyfikę funkcjonowania w danym okresie życia.

Należy zauważyć, że większość prowadzonych dotychczas badań nad uwarunkowaniami jakości życia koncentrowała się na pojedynczych zmiennych psychologicznych. Również prezentowane w literaturze badania wśród osób starszych dotyczą jedynie wybranych pojedynczych zmiennych, które w tym okresie życia mogą mieć istotne znaczenie dla procesu adaptacji. Ponadto prowadzone badania dotyczyły najczęściej wybranych pojedynczych aspektów szeroko rozumianej jakości życia (poczucia szczęścia, satysfakcji z życia, bilansu afektywnego) bez wskazywania odmienności uwarunkowań poszczególnych aspektów zadowolenia z życia. Nie wiele badań poświęcono roli zmiennych podmiotowych w wyznaczaniu poczucia dobrostanu osób z tej grupy wiekowej w Polsce.

Celem prezentowanych w tym artykule badań było sprawdzenie:

1. Czy wymiary osobowości (wyróżnione w Modelu Wielkiej Piątki), zasoby osobiste (poczucie koherencji, poczucie własnej skuteczności, poczucie własnej wartości, dyspozycyjny optymizm) i subiektywna ocena stanu zdrowia wiążą się z poznawczym i emocjonalnym zadowoleniem z życia osób w okresie zmian emerytalnych?
2. Które z uwzględnionych zmiennych psychologicznych pełnią rolę predyktorów każdego z wyróżnionych aspektów zadowolenia z życia w tym okresie?

Opierając się na wynikach dotychczasowych badań, zakładano, że wyższej ocenie zadowolenia z życia (wyższej satysfakcji z życia, wyższemu poziomowi emocji pozytywnych oraz niższemu poziomowi emocji negatywnych) towarzyszyć będzie wyższy poziom ekstrawersji, otwartości na doświadczenia, ugodowości i sumienności oraz uwzględnionych zasobów osobistych. Przewidywano też, że neurotyczność oraz deklarowany poziom dolegliwości somatycznych będą ujemnie wiązać się z oceną zadowolenia z życia.

Materiał i metoda

Prezentowane wyniki są częścią zakrojonych na większą skalę badań nad jakością życia w wieku emerytalnym. Kryterium w doborze badanej grupy stanowił wiek, w którym większość osób przechodzi na emeryturę. W badaniach uczestniczyło 240 osób w wieku 55—70 lat (średnia wieku to 60,1 lat) z województwa łódzkiego w równej liczebności kobiet i mężczyzn. Powodem takiego doboru próby było zainteresowanie uwarunkowaniami zadowolenia z życia w okresie zmian emerytalnych. Wielu badaczy zajmujących się emeryturą (por. Beehr, 1986) podkreśla bowiem, że proces zmian emerytalnych rozpoczyna się od planowania i podejmowania decyzji o przejściu na emeryturę jeszcze przed zakończeniem życia zawodowego i trwa jeszcze przez kilka lat po przejściu na emeryturę.

W badaniach zastosowano następujące techniki badawcze:

- Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) Eda Dienera, Roberta A. Emmons, Randy'ego J. Larsena i Sharon Griffin (Diener et al., 1985) w adaptacji Zygryda Juczyńskiego (2001), mierzącą poznawczy aspekt zadowolenia z życia (satysfakcję z życia);
- Skalę „Emocje” Bogdana Wojciszke i współpracowników (podaję za: Skrzypińska, 2002), pozwalającą określić poziom doświadczanych emocji pozytywnych i negatywnych;
- Inwentarz Osobowości NEO-FFI Paula T. Costy i Roberta R. McCrae w adaptacji Bogdana Zawadzkiego, Jana Strelaua, Piotra Szczepaniaka i Magdaleny Śliwińskiej (Zawadzki et al., 1998) służący do pomiaru pięciu głównych wymiarów osobowości wyróżnionych w Modelu Wielkiej Piątki (neurotyczności, ekstrawersji, otwartości na doświadczenia, ugodowości, sumienności);
- Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) Ralfa Schwarzera i Matthiasa Jerusalema w adaptacji Zygryda Juczyńskiego (2001), służącą do pomiaru poczucia własnej skuteczności;
- Skalę Poczucia Własnej Wartości Morrisa Rosenberga (RSES) w adaptacji Zygryda Juczyńskiego (1999) mierzącą poczucie własnej wartości (w przypadku tej skali im wyższy wynik, tym niższe poczucie własnej wartości);
- Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) autorstwa Aarona Antonovsky'ego (1993) w adaptacji Jerzego Koniarka, Bohdana Dudka i Zofii Makowskiej (1993) do pomiaru poczucia koherencji oraz jego składników (poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności i poczucia sensowności);
- Test Orientacji Życiowej (LOT-R) Michaela F. Scheiera, Charlesa S. Carvera i Michaela W. Bridgesa w adaptacji Ryszarda Poprawy

i Zygryda Juczyńskiego (Juczyński, 2001), służący do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu;

- Listę Objawów Somatycznych Ludmiły Cofty do pomiaru subiektywnego stanu zdrowia; dokonując analizy doświadczanych objawów somatycznych, wykorzystuje się dwa wskaźniki: wskaźnik zakresu (równoznaczny z liczbą wymienionych dolegliwości) i wskaźnik nasilenia (suma częstotliwości i intensywności wszystkich doświadczanych dolegliwości) (Golińska, 2003).

Wyniki

Osobowość i zasoby osobiste a zadowolenie z życia

Przeprowadzone analizy korelacyjne wskazują na istotne związki uwzględnionych zmiennych psychologicznych z zadowoleniem z życia osób w wieku emerytalnym (tabela 1).

Tabela 1

Współczynniki korelacji liniowej (r Pearsona) między zadowoleniem z życia a wymiarami osobowości i zasobami osobistymi

Wymiary osobowości i zasoby osobiste		Zadowolenie z życia		
		satysfakcja z życia	emocje pozytywne	emocje negatywne
Neurotyczność		-0,32***	-0,40***	0,68***
Ekstrawersja		0,28***	0,39***	-0,25***
Otwartość na doświadczenie		0,11	0,25***	-0,20**
Ugodowość		0,14*	0,26***	-0,29***
Sumienność		0,18**	0,24***	-0,21***
Poczucie koherencji	wynik ogólny	0,41***	0,48***	-0,65***
	poczucie zrozumiałości	0,33***	0,33***	-0,55***
	poczucie zaradności	0,42***	0,44***	-0,62***
	poczucie sensowności	0,31***	0,50***	-0,53***
Poczucie własnej skuteczności		0,39***	0,43***	-0,47***
Poczucie własnej wartości		-0,41***	-0,35***	0,54***
Dyspozycyjny optymizm		0,33***	0,27***	-0,41***

* $p < 0,05$;

** $p < 0,01$;

*** $p < 0,001$.

Źródło: Badania własne.

Otrzymane współczynniki korelacji pokazują, że podstawowe wymiary osobowości pozostają w związku z zadowoleniem z życia osób w wieku emerytalnym. Im wyższy poziom ekstrawersji, otwartości na doświadczenie, ugodowości i sumienności, tym wyższy poziom zadowolenia z życia. Nie wykryto istotnej zależności jedynie pomiędzy otwartością na doświadczenie a poziomem satysfakcji z życia. Natomiast potwierdzono, że neurotyczność obniża poziom zadowolenia z życia.

Uzyskane wartości współczynników korelacji wskazują także na statystycznie istotne zależności między uwzględnionymi zasobami osobistymi a poziomem zadowolenia z życia, z jego aspektem zarówno poznawczym, jak i afektywnym.

Najsilniejsze związki zachodzą między uwzględnionymi zmiennymi psychologicznymi a poziomem emocji negatywnych. Wszystkie relacje mają tu charakter ujemny. Wyjątkiem jest poczucie własnej wartości, które koreluje dodatnio z poziomem emocji negatywnych, co wynika z konstrukcji skali — im wyższy wynik, tym niższe poczucie własnej wartości. W przypadku satysfakcji z życia oraz emocji pozytywnych zależności mają charakter odwrotny. Im większe nasilenie posiadanych zasobów osobistych, tym większe zadowolenie z życia — większa satysfakcja z życia, wyższy poziom emocji pozytywnych oraz niższy poziom emocji negatywnych. Warto zauważyć, że uzyskane współczynniki korelacji są w wielu przypadkach wyższe niż w przypadku czynników osobowościowych (z Modelu Wielkiej Piątki), co podkreśla ich znaczenie dla zadowolenia z życia osób w wieku emerytalnym.

Subiektywna ocena stanu zdrowia a zadowolenie z życia

Wśród czynników mogących istotnie wpływać na poziom zadowolenia z życia osób starszych uwzględniono także subiektywną ocenę stanu zdrowia. Diagnozy tego obszaru dokonano na podstawie oceny przez osoby badane częstotliwości oraz intensywności doznawanych symptomów somatycznych, a następnie określenia ich zakresu i nasilenia.

Przeprowadzona analiza korelacyjna wskazuje na istotne zależności między subiektywną oceną stanu zdrowia osób starszych a poziomem ich zadowolenia z życia (tabela 2). Brak istotnej korelacji wystąpił jedynie w przypadku związku zakresu objawów somatycznych z satysfakcją z życia.

Ciekawe wyniki ujawniła przeprowadzona na kolejnym etapie analiza wariancji dla poszczególnych aspektów zadowolenia z życia, a także testy *post hoc* (test NIR). Metodą percentyli podzielono uzyskane wyniki w każdym ze wskaźników subiektywnej oceny stanu zdrowia na

Tabela 2

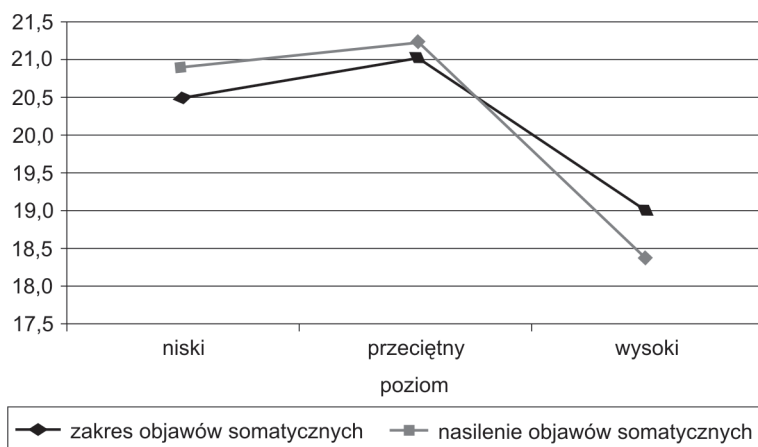
**Współczynniki korelacji liniowej (r Pearsona)
między zadowoleniem z życia a subiektywną oceną stanu zdrowia**

Subiektywna ocena stanu zdrowia	Zadowolenie z życia		
	satysfakcja z życia	emocje pozytywne	emocje negatywne
Zakres objawów somatycznych	-0,09	-0,17*	0,32***
Nasilenie objawów somatycznych	-0,19**	-0,27***	0,48***

* $p < 0,05$;** $p < 0,01$;*** $p < 0,001$.

Źródło: Badania własne.

trzy poziomy: niski, przeciętny i wysoki. Na rys. 1 przedstawiono wyniki analiz wskazujące na tendencje do krzywoliniowości związku subiektywnej oceny zdrowia z satysfakcją z życia i poziomem emocji pozytywnych.



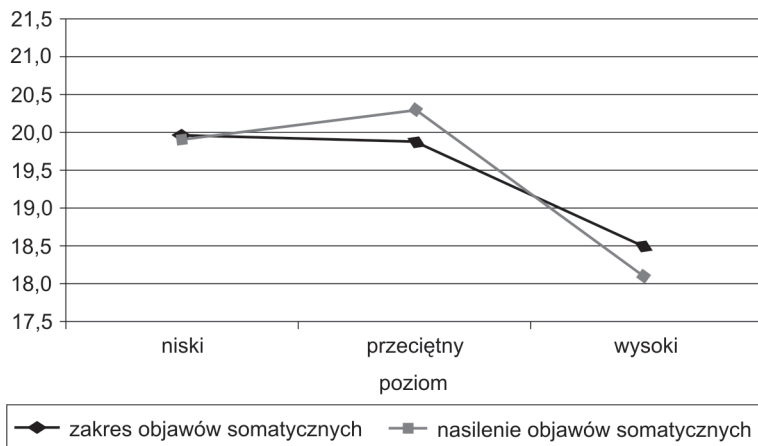
Rys. 1. Wykres zależności satysfakcji z życia od zakresu i nasilenia objawów somatycznych

Źródło: Badania własne.

Przeprowadzone analizy (rys. 1) wskazują na tendencję do krzywoliniowości związku między zakresem $F(2, 237) = 2,44$; $p = 0,089$ i nasileniem $F(2, 237) = 5,68$; $p = 0,004$ objawów somatycznych a satysfakcją z życia. Największa satysfakcja z życia występuje u osób o przeciętnym poziomie zmiennych niezależnych. Osoby o niskim i przeciętnym zakresie i nasileniu objawów somatycznych nie różnią się istotnie pod względem odczuwanej satysfakcji z życia. Najniższa satysfakcja z życia występuje u osób, które deklarują najwyższy zakres i nasilenie objawów somatycz-

nych. Uzyskane rezultaty sugerują, że dopiero duże problemy ze zdrowiem wyraźnie obniżają satysfakcję z życia u osób w wieku emerytalnym.

Podobne zróżnicowanie występuje w przypadku związku między poziomem emocji pozytywnych a zakresem $F(2, 237) = 4,86; p = 0,009$ i nasileniem $F(2, 237) = 9,49; p < 0,001$ objawów somatycznych (rys. 2).



Rys. 2. Wykres zależności emocji pozytywnych od zakresu i nasilenia objawów somatycznych

Źródło: Badania własne.

U osób o niskim i przeciętnym zakresie objawów somatycznych odnotowano zbliżony poziom emocji pozytywnych. Poziom emocji pozytywnych u osób z tej grupy jest natomiast istotnie wyższy niż w grupie osób o wysokim zakresie objawów somatycznych. W przypadku zależności między nasileniem objawów somatycznych a poziomem emocji pozytywnych zarysowuje się tendencja do krzywoliniowości związku. Najwyższy poziom emocji pozytywnych występuje w grupie osób o przeciętnym poziomie nasilenia objawów somatycznych. Najniższy poziom tych emocji występuje w grupie o wysokim nasileniu objawów somatycznych. Również w tym przypadku dopiero duże problemy ze zdrowiem wyraźnie zwiększają poziom negatywnych doświadczeń emocjonalnych u osób w wieku emerytalnym.

Predykatory zadowolenia z życia

Kolejnym etapem analizy było wyłonienie psychologicznych predyktorów zadowolenia z życia spośród wszystkich uwzględnionych w badaniu zmiennych psychologicznych. Z analizy wyłączono te zmienne,

których związek z danym aspektem zadowolenia z życia miał charakter krzywoliniowy bądź nie był istotny statystycznie. Przeprowadzona analiza wyłoniła trzy wyznaczniki satysfakcji z życia odpowiedzialne za 25% wariacji wyników: poczucie zaradności (składnik poczucia koherencji; $R^2 = 0,18$), poczucie własnej wartości ($R^2 = 0,05$) i poczucie własnej skuteczności ($R^2 = 0,02$). Model okazał się dobrze dopasowany do danych $F(3, 236) = 25,783$; $p < 0,001$.

Przeprowadzona analiza regresji dla poziomu emocji pozytywnych ujawniła cztery istotne zmienne, wyjaśniające łącznie 34% wariacji wyników. Predyktorami emocji pozytywnych okazały się: poczucie sensowności (składnik poczucia koherencji; $R^2 = 0,25$), ekstrawersja ($R^2 = 0,06$) oraz w niewielkim stopniu poczucie własnej skuteczności ($R^2 = 0,02$), a także neurotyczność ($R^2 = 0,01$). Również ten model w istotnym stopniu wyjaśniał zmienność w poziomie zmiennej zależnej $F(4, 235) = 29,787$; $p < 0,001$.

Poziom emocji negatywnych jest natomiast wyznaczany przez pięć zmiennych wyjaśniających w sumie 58% wariacji wyników. Także ten model okazał się dobrze dopasowany do danych $F(5, 234) = 64,293$; $p < 0,001$. Bardzo istotny udział w predykcji ma neurotyczność ($R^2 = 0,46$), pozostałą część predykcji wyjaśniają: poczucie zaradności (składnik poczucia koherencji; $R^2 = 0,07$), nasilenie objawów somatycznych ($R^2 = 0,03$), poczucie własnej wartości ($R^2 = 0,01$) oraz ekstrawersja ($R^2 = 0,01$). Procent wyjaśnianej przez ostatnie dwie zmienne wariacji wyników jest jednak na tyle mały, że poczucia własnej wartości oraz ekstrawersji nie można uznać za istotne predyktory emocji negatywnych.

Zwraca uwagę fakt, że wymiary osobowości nie uzyskały wartości predyktorów satysfakcji z życia. W największym stopniu satysfakcja z życia jest warunkowana zasobami osobistymi, które mogą być modyfikowane przez oddziaływania zewnętrzne. Czynniki osobowościowe również odgrywają niewielką rolę w przypadku poziomu emocji pozytywnych. Neurotyczność i ekstrawersja odpowiedzialne są za jedynie 7% wariacji wyników. Najważniejszy predyktor stanowi poczucie sensowności (składnik poczucia koherencji). Analizy przeprowadzone dla emocji negatywnych potwierdzają bardzo istotną rolę neurotyczności, która odpowiada za prawie połowę wariacji wyników. Zauważalna jest również rola poczucia zaradności (składnik poczucia koherencji).

Dyskusja wyników

Przeprowadzone badania potwierdziły większość z przewidywanych zależności między osobowością i zasobami osobistymi a zadowoleniem z życia osób w wieku emerytalnym. Charakter tych związków jest analogiczny do opisywanych w literaturze. Prezentowane wyniki badań wskazują, że niższy poziom neurotyczności i wyższy poziom pozostałych wymiarów Modelu Wielkiej Piątki sprzyjają pozytywnej ocenie własnego życia (Costa, McCrae, 1980; Czapiński, 1994; DeNeve, Cooper, 1998; Hayes, Joseph, 2003; Szarota, 1998; Watson, Clark, 1992). Istotny dla zadowolenia z życia jest również wyższy poziom posiadanych zasobów osobistych (Argyle, 2004; Charrow, 2006; Finogenow, 2008; Furnham, Cheng, 2000; Golińska, 2003; Hampton, Marshall, 2000; Reitzes, Mutran, Fernandez, 1996; Schimmack, Diener, 2003; Seligman, 1995; Zając, 2002).

Uzyskane w badaniu wyniki ukazujące tak silne związki między wymiarami osobowości i zasobami osobistymi a zadowoleniem z życia mogą się wydawać zadziwiające. W okresie późnej dorosłości mamy jednak do czynienia z licznymi ograniczeniami, a zmiany związane z wycofaniem się z aktywności zawodowej są często źródłem niepokojów i napięć. W sytuacji, w której czynniki sytuacyjne oraz zmiany rozwojowe mogą negatywnie oddziaływać na ocenę własnej sytuacji życiowej, to właśnie zasoby psychiczne człowieka stają się głównym czynnikiem wspierającym poczucie dobrostanu.

Analizy wskazują także, że nie wszystkie zależności mają charakter prostoliniowy. Najwyższy poziom satysfakcji z życia występuje u osób z przeciętnym zakresem i nasileniem objawów somatycznych. Również najwyższy poziom emocji pozytywnych występuje u osób deklarujących przeciętny poziom nasilenia objawów somatycznych. Bardzo wyraźny spadek poczucia satysfakcji z życia oraz poziomu emocji pozytywnych odnotowano u osób deklarujących wysoki poziom obu wskaźników.

Uzyskane w tym obszarze wyniki są zaskakujące, ponieważ większość prowadzonych badań (por. Argyle, 2004; Czapiński, 1994) jednoznacznie wskazuje na bardzo istotną rolę subiektywnej oceny stanu zdrowia w wyznaczaniu poczucia dobrostanu. Dane zebrane w badaniach własnych ukazują wprawdzie wzrost poziomu zadowolenia z życia wraz ze spadkiem obu wskaźników, jednakże najwyższe wskaźniki zadowolenia uzyskano w grupie o przeciętnym poziomie tych wskaźników. Występujący w grupie osób starszych o najlepszych wskaźnikach oceny stanu swojego zdrowia niewielki spadek poczucia dobrostanu znajduje jednak uzasadnienie. Brak dolegliwości fizycznych w tym okresie życia

może wiązać się z wysokimi oczekiwaniami i generowaniem licznych planów na przyszłość. Z wiekiem pojawiają się jednak różne inne, poza fizycznymi, ograniczenia (społeczne, ekonomiczne), które uniemożliwiają zrealizowanie planów, a to może negatywnie odbijać się na doświadczeniach emocjonalnych. Wraz z wiekiem może się także nasilać poczucie nieuchronności śmierci, a w obliczu pełni sił witalnych trudniej jest zaakceptować zbliżający się schyłek życia.

Przeprowadzone analizy pozwoliły również na wskazanie najistotniejszych predyktorów zadowolenia z życia osób w wieku emerytalnym. W ocenie poziomu satysfakcji z życia najważniejszą rolę odgrywa poczucie zaradności (składnik poczucia koherencji) i poczucie własnej wartości. Uzyskane rezultaty badań wydają się w pełni zrozumiałe. Wysokie poczucie zaradności pozwala osobie starszej, wycofującej się z życia zawodowego, zachować poczucie bezpieczeństwa i wpływu na własne życie w sytuacji, gdy wiele z istniejących wcześniej obszarów aktywności przestaje być dostępnych. Szczególna rola zaradności wynika z założenia braku konieczności umiejscawiania zasobów potrzebnych do radzenia sobie w samej jednostce (Antonovsky, 1995; Dolińska-Zygmunt, 1996). W okresie starości, gdy wiele z zasobów (np. siły fizyczne) ulega istotnemu uszczupleniu, przekonanie o możliwości poradzenia sobie przy pomocy innych ludzi czy instytucji nabiera szczególnego znaczenia dla pozytywnej oceny własnego życia.

Zrozumiały wydaje się także istotny wpływ poczucia własnej wartości na poczucie dobrostanu. Dzięki wysokiemu nasileniu poczucia własnej wartości człowiek spostrzega stresujące wydarzenia nie w kategorii zagrożenia, ale wyzwania, podejmuje również bardziej skuteczne działania, by sobie z tymi wyzwaniami poradzić (Bishop, 2000). W okresie kończenia aktywności zawodowej wysokie poczucie własnej wartości może zatem przyczynić się do bardziej efektywnego przygotowania się do zmiany i lepszego przystosowania do nowej sytuacji.

Najważniejszym czynnikiem wpływającym na poziom emocji pozytywnych okazało się poczucie sensowności (składnik poczucia koherencji) oraz ekstrawersja. Znaczenie poczucia sensowności dla poziomu emocji pozytywnych jest pełni uzasadnione, stanowi ono bowiem komponent emocjonalno-motywacyjny poczucia koherencji. Sensowność wiąże się ze świadomością, że podejmowana aktywność jest celowa i warto się w nią zaangażować. Świadomość ta zapewnia jednostce emocjonalną orientację w rzeczywistości i poczucie wartościowości własnego życia (Antonovsky, 1995; Dolińska-Zygmunt, 1996). Osoby starsze, kończąc swoją aktywność zawodową, mogą odbierać tę zmianę jako sygnał wejścia w ostatni etap życia. Poczucie sensowności wiążące się z silnym przekonaniem, że warto kreować własne życie, oraz podejmowaniem wysiłków,

by radzić sobie z codziennymi trudnościami; może sprzyjać angażowaniu się osób starszych w realizację nowych zadań i aktywności, wchodzeniu w nowe relacje społeczne, a to może być źródłem doświadczania emocji pozytywnych.

Również znaczenie ekstrawersji dla poziomu emocji pozytywnych jest teoretycznie uzasadnione. W źródłach psychologicznych ekstrawersję prezentuje się jako istotny czynnik odpowiadający za pozytywny afekt, poziom aktywności i jakość relacji międzyludzkich, które to są ważnymi, niemal uniwersalnymi składnikami wysokiego poczucia dobrostanu (Costa, McCrae, 1980; Czapiński, 1994; DeNeve, Cooper, 1998; Watson, Clark, 1992). W sytuacji wycofywania się z aktywności zawodowej ekstrawersja ułatwia osobom starszym funkcjonowanie społeczne, sprzyja nawiązywaniu nowych kontaktów interpersonalnych. Może też mieć wpływ na podejmowanie nowych wyzwań i aktywności, które stają się źródłem pozytywnych doświadczeń emocjonalnych.

Dla poziomu emocji negatywnych najważniejsza okazała się neurotyczność. Uzyskany w analizie tego czynnika rezultat jest spójny z wynikami innych badań (Costa, McCrae, 1980; Czapiński, 1994; DeNeve, Cooper, 1998; McCrae, Costa, 1991; Watson, Clark, 1992). W sytuacji zmian emerytalnych cechy wysokiej neurotyczności (tendencja do reagowania napięciem, brak umiejętności radzenia sobie ze stresem, nadmierny samokrytycyzm, skłonność do doświadczania lęku społecznego, tendencja do reagowania gniewem i irytacją) mogą utrudniać adaptację do nowej sytuacji i prowadzić do nasilenia negatywnych doświadczeń emocjonalnych.

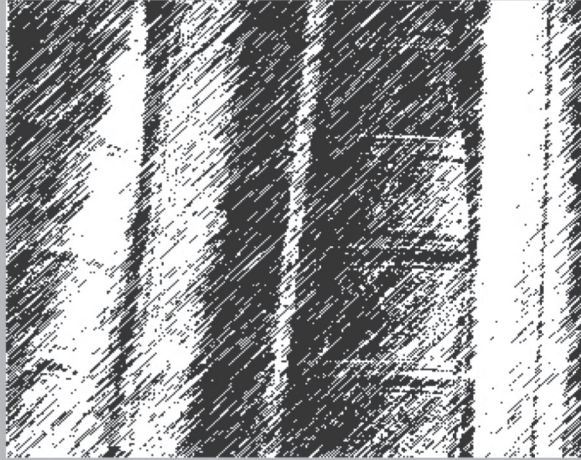
Wiedza na temat uwarunkowań pozytywnej oceny własnego życia potrzebna jest wszystkim osobom pracującym z ludźmi starymi lub kształtującym politykę społeczną wobec nich. Dbanie o wysoki poziom dobrostanu osób starszych nie tylko ma ważne konsekwencje o charakterze czysto hedonistycznym, lecz także sprzyja samodzielności osób starszych, podejmowaniu przez nie nowych ról społecznych i ich godnemu starzeniu się. Z prowadzonych dotychczas badań wynika, że poczucie zadowolenia z życia sprzyja lepszemu funkcjonowaniu poznawczemu, aktywności, motywacji do działania, funkcjonowaniu społecznemu i zdrowiu. Pozytywne emocje i dobry nastrój wpływają korzystnie na myślenie twórcze i rozwiązywanie problemów (Isen, Daubman, Nowicki, 1987). Ponadto osoby szczęśliwe częściej nawiązują nowe kontakty społeczne, wyrażają więcej sympatii wobec ludzi nowo poznanych, są bardziej skłonne do udzielania innym pomocy (por. Czapiński, 1994). Wysokie poczucie dobrostanu sprzyja także dłuższemu życiu, zdrowiu fizycznemu oraz rekonwalescencji po leczeniu szpitalnym (por. ibidem).

Bibliografia

- Antonovsky A., 1993: *The structure and properties of sense of coherence scale*. "Social Science and Medicine", vol. 36 (6), s. 725—733.
- Antonovsky A., 1995: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Przeł. H. Grzegołowska-Klarkowska. Warszawa.
- Argyle M., 2004: *Psychologia szczęścia*. Przeł. T. Kunz. Wrocław.
- Beehr T.A., 1986: *The process of retirement: A review and recommendations for future investigations*. "Personnel Psychology", vol. 39, s. 31—55.
- Bishop G.D., 2000: *Psychologia zdrowia*. Wrocław.
- Bryniewicz W., 2007: *Pozycja społeczna człowieka starego*. W: *Życie w starości*. Red. B. Bugajska. Szczecin, s. 225—229.
- Calasanti T.M., 1996: *Gender and life satisfaction in retirement: An assessment of the male model*. "Journal of Gerontology: Social Sciences", vol. 51B (1), s. 18—29.
- Charrow C.B., 2006: *Self-efficacy as a predictor of life satisfaction in older adults*. "Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences", vol. 67 (1A), s. 292.
- Costa P.T., McCrae R.R., 1980: *Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 38, s. 668—678.
- Czapiński J., 1994: *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa.
- DeNeve K., Cooper H., 1998: *The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being*. "Psychological Bulletin", vol. 124, s. 197—229.
- Diener E. et al., 1985: *The satisfaction with Life Scale*. "Journal of Personality Assessment", vol. 49 (1), s. 71—75.
- Dolińska-Zygmunt G., 1996: *Orientacja salutogeniczna w problematyce zdrowotnej. Model Antonovsky'ego*. W: *Elementy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wrocław, s. 17—29.
- Finogenow M., 2008: *Psychologiczne uwarunkowania zadowolenia z życia w wieku emerytalnym — wyniki modelowania równań strukturalnych*. „Polskie Forum Psychologiczne”, T. 13, nr 2, s. 82—95.
- Finogenow M., 2011a: *Starzenie się społeczeństwa i starzenie się kompetencji*. W: *Kształcenie ustawiczne od A do Z. Kompetencje pracowników a współczesne potrzeby rynku pracy*. Red. M. Znajmiecka-Sikora, B. Kędzierska, E. Roszko. Łódź, s. 211—234.
- Finogenow M., 2011b: *Zadowolenie z życia w okresie przejścia na emeryturę — uwarunkowania socjo-demograficzne*. W: *Rodzina i praca w warunkach kryzysu*. Red. E. Bielawska-Batorowicz, L. Golińska. Łódź, s. 335—347.
- Frąckiewicz L., 2002: *Spoleczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności*. W: *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku*. Red. L. Frąckiewicz. Katowice, s. 11—25.
- Furnham A., 1991: *Work and leisure satisfaction*. In: *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Eds. F. Strack, M. Argyle, N. Schwarz. Oxford, s. 235—259.
- Furnham A., Cheng H., 2000: *Perceived parental behavior, self-esteem, and happiness*. "Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology", vol. 35, s. 463—470.

- Golińska L., 2003: *Poczucie koherencji a zadowolenie z życia w różnych jego fazach*. „Nowiny Psychologiczne”, nr 4, s. 33—46.
- Hampton N.Z., Marshall A., 2000: *Culture, gender, self-efficacy, and life satisfaction: A comparison between Americans and Chinese people with spinal cord injuries*. “Journal of Rehabilitation”, vol. 66 (3), s. 21—28.
- Haring-Hidore M. et al., 1985: *Marital status and the subjective well-being: A research synthesis*. “Journal of Marriage and the Family”, vol. 47, s. 947—953.
- Hayes N., Joseph S., 2003: *Big 5 correlates of three measures of subjective well-being*. “Personality and Individual Differences”, vol. 34, s. 723—727.
- Headey B., Wearing A., 1991: *Subjective well-being: A stocks and flows framework*. In: *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective* Eds. F. Strack, M. Argyle, N. Schwarz. Oxford, s. 49—76.
- Isen A.M., Daubman K.A., Nowicki G.P., 1987: *Positive affect facilitates creative problem solving*. “Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 52, s. 1122—1131.
- Juczyński Z., 1999: *Narzędzia pomiaru w psychologii zdrowia*. „Przegląd Psychologiczny”, T. 42 (4), s. 54—63.
- Juczyński Z., 2001: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa.
- Kim J.E., Moen P., 2001: *Is retirement good or bad for subjective well-being?* “Current Directions in Psychological Science”, vol. 10 (3), s. 83—86.
- Kim J.E., Moen P., 2002: *Retirement transitions, gender, and psychological well-being: a life-course, ecological model*. “Journals of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences”, vol. 57 (3), s. 212—222.
- Koniarek J., Dudek B., Makowska Z., 1993: *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky’ego*. „Przegląd Psychologiczny”, T. 36, s. 491—502.
- Langlois M.W., Cramer K.M., 2004: *The relationship between household composition and retirement stress*. “Guidance & Counselling”, vol. 20 (2), s. 89—98.
- McCrae R.R., 2002: *The maturation of personality psychology: Adult personality development and psychological well-being*. “Journal of Research in Personality”, vol. 36, s. 307—317.
- McCrae R.R., Costa P.T., 1991: *Adding Liebe und Arbeit: The five-factor model and well-being*. “Personality and Social Psychology Bulletin”, vol. 17 (2), s. 227—232.
- Mojs E., Głowacka M.D., Głowacka-Rębała A., 2007: *Człowiek stary wobec przemian technologicznych*. W: *Życie w starości*. Red. B. Bugajska. Szczecin, s. 327—333.
- Pasik M., 2007: *Poczucie koherencji a zadowolenie z życia u kobiet i mężczyzn na emeryturze*. „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Łódzkiego — Folia Psychologica”, [T.] 11, s. 67—79.
- Pinquart M., Schindler I., 2007: *Changes of life satisfaction in the transition to retirement: A latent-class approach*. “Psychology and Aging”, vol. 22 (3), s. 442—455.
- Poprawa R., 2001: *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Red. G. Dolińska-Zygmunt. Wrocław, s. 103—142.
- Reitzes D.C., Mutran E.J., Fernandez M.E., 1996: *Does retirement hurt well-being? Factors influencing self-esteem and depression among retirees and workers*. “Gerontologist”, vol. 36 (5), s. 649—656.
- Schimmack U., Diener E., 2003: *Predictive validity of explicit and implicit self-esteem for subjective well-being*. “Journal of Research in Personality”, vol. 37, s. 100—106.
- Secombe K., Lee G.R., 1986: *Gender differences in retirement satisfaction and its antecedents*. “Research on Aging”, vol. 8, s. 426—440.

- Seligman M.E.P., 1995: *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Przeł. A. Jankowski. Poznań.
- Semków J., 2007: *Starość jako zadania człowieka uwikłanego w kontekst współczesności*. W: *Życie w starości*. Red. B. Bugajska. Szczecin, s. 33—40.
- Skrzypińska K., 2002: *Pogląd na świat a poczucie sensu i zadowolenie z życia*. Kraków.
- Straś-Romanowska M., 2000: *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*. W: *Psychologia rozwoju człowieka*. Red. B. Harwas-Napierała, J. Trempała. T. 2. Warszawa, s. 263—292.
- Szarota P., 1998: *Osobowość a samopoczucie*. „Studia Psychologiczne”, T. 36 (2), s. 119—128.
- Trafiałek E., 2003: *Polska starość w dobie przemian*. Katowice.
- Veenhoven R., 1991: *Questions on happiness: classical topics, modern answers, blind spots*. In: *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective*. Eds. F. Strack, M. Argyle, N. Schwarz. Oxford, s. 7—26.
- Watson D., Clark L.A., 1992: *On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model*. “Journal of Personality”, vol. 60, s. 441—476.
- Wu A.S., Tang C.S., Yan E.C., 2005: *Post-retirement voluntary work and psychological functioning among older Chinese in Hong Kong*. “Journal of Cross-Cultural Gerontology”, vol. 20, s. 27—45.
- Zajac L., 2002: *Psychologiczna sytuacja człowieka starszego oraz jej determinanty*. W: *Starość i osobowość*. Red. K. Obuchowski. Bydgoszcz, s. 53—112.
- Zalewska A., 2003: *Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności*. Warszawa.
- Zawadzki B. et al., 1998: *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Podręcznik do polskiej adaptacji*. Warszawa.
- Zhang L., Leung J.P., 2002: *Moderating effects of gender and age on the relationship between self-esteem and life satisfaction in mainland Chinese*. “International Journal of Psychology”, vol. 37 (2), s. 83—91.



ANITA GAŁUSZKA

Akceptacja choroby przewlekłej i poziom dystresu pacjentów leczących się ambulatoryjnie

Acceptance of chronic disease and level of distress in ambulatory patients

Abstract: The lack of homogeneity of the ambulatory patients group may have specific interdependencies of psychosocial variables. Therefore, studies have been undertaken to determine the level of intensity of some of them and to reveal the correlation between them. The study has focused on: acceptance of the disease, the level of distress, the disease-related physical and emotional state (both positive and negative). Methods: an Acceptance of Illness Scale, by B.J Felton, T.A. Revenson and G.A. Hinrichsen (in Polish version by Z. Juczyński), Distress Thermometer developed by the American Cancer Society in the Polish adaptation of J. Życińska, E. Wojtyna, A. Heyda and A. Syska-Bielak, Form for Determinants of Patient Vital and a questionnaire to collect socio-demographic data, both designed for the study reported. The research group consisted of 94 patients. Their average age was 50, while the average duration of morbidity was 10 years. Results: the level of distress exceeded the cut-off point (4), and it is correlated with negative emotions. The acceptance of the illness is negatively correlated with negative emotions and physical symptoms associated with the illness. In addition, the average level of distress varies significantly in patients with low, medium and high levels of negative emotions and significantly differs in patients with middle and high levels of acceptance of the disease.

Key words: acceptance of illness, distress thermometer, emotions, chronic illness.

Wprowadzenie

Zagadnienia związane ze zdrowiem i z chorobą są szeroko dyskutowane przez współczesnych badaczy. Autorzy poruszają między innymi kwestie dotyczące stresu i radzenia sobie (Heszen, Sęk, 2007; Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008, 2009; Lazarus, Folkman, 1984), zasobów zdrowotnych (Antonovsky, 2005; Hobfoll, 2006), bólu (Juczyński, 2001b; Bishop, 2000; Sheridan, Radmacher, 1998), szeroko rozumianych czynników ryzyka chorób, np. WZA, WZC, stylów wyjaśniania (Wrześniewski, Włodarczyk, 2004; Seligman, 1993), wsparcia społecznego (Sęk, Cieślak, 2006), zdrowia publicznego (Kulik, Latalski, 2002) czy problemów odnoszących się do poszczególnych aspektów medycznych, np. prokreacji (Bielawska-Batorowicz, 2006; Kornas-Biela, 2004), bezpłodności (Bidzan, 2010), zabiegów chirurgicznych (Łosiak, 2004) i wielu innych.

Mimo licznych poszukiwań badawczych w obszarze zdrowia i choroby wiele pytań pozostaje bez jednoznacznej odpowiedzi. Przyczyny tego są różnorodne, np. brak spójności definicyjnej, problemy metodologiczne. Znaczącą rolę w pojawianiu się nowych, nierozstrzygniętych problemów odgrywa postęp cywilizacyjny. Z jednej strony powszechność edukacji i związany z nią wzrost świadomości czy rozwój techniki wspomagają człowieka w rozwiązywaniu trudności (pozwalają: zapobiegać chorobom przez podejmowanie działań profilaktycznych, trafniej diagnozować i skuteczniej leczyć schorzenia dzięki zaawansowanym metodom terapeutycznym). Z drugiej strony technicyzacja życia, pogłębiająca się specjalizacja w naukach i codziennej praktyce, natłok informacji i konieczność przyspieszenia tempa życia rodzą problemy, które dotąd nie występowały (np. uzależnienie od telefonu komórkowego czy Internetu).

Autorzy badań w zakresie zdrowia i choroby najczęściej skupiają się na wybranej grupie potrzeb (np. potrzebie wsparcia społecznego, potrzebach duchowych i religijnych, potrzebach emocjonalnych) pacjentów cierpiących na konkretne schorzenie (nowotwory, astmę oskrzelową, toczeń układowy, itp.). Brakuje natomiast wieloaspektowego rozeznania warunkowań życiowych i poziomu akceptacji własnej choroby osób leczących się ambulatoryjnie.

Prezentowane w niniejszym artykule badania po części wpisują się w nurt poszukiwań związanych z jakością życia, mimo że nie była ona badana w sposób bezpośredni. Jakość życia traktowana jest multidymencjonalnie, autorzy bowiem podkreślają wagę wielu czynników, które decydują o poziomie jakości życia człowieka, zarówno subiektywnym, jak i obiektywnym. Do czynników tych należą między innymi dobrobyt mate-

rialny, zdrowie psychiczne i fizyczne, kontakty interpersonalne (Brown, ed., 1997; Baumann, 2006; Kaczmarczyk, 2008). W psychologii podkreśla się wagę poczucia zadowolenia (dobrostanu) i szczęścia oraz roli emocji pozytywnych w życiu człowieka (Czapiński, 1992; Czapiński, red., 2004; Fredrickson, 2001; Sęk, 2008; Poprawa, 2008; Heszen, 2008). Specyficzne ujęcie jakości życia związanej ze zdrowiem (Health Related Quality of Life-HRQoL) akcentuje ocenę i samoocenę stanu zdrowia pacjenta oraz następstwa choroby dla jego codziennego życia (de Walden-Gałuszko, Majkowicz, red., 1994; Baumann, 2006).

Zarówno akceptacja własnej choroby, jak i stres psychologiczny stanowią istotne elementy wpływające na jakość życia osoby chorej przewlekłe. Akceptacja choroby pozwala na zaadaptowanie się do ograniczeń i przymusów nałożonych przez schorzenie, utrzymanie bądź przywrócenie poczucia sprawstwa, kontroli i własnej wartości, podniesienie poziomu pozytywnych emocji (m.in. nadziei), wpływa więc na poprawę subiektywnie odczuwanej jakości życia. Natomiast stres psychologiczny, będący określoną relacją jednostki z otoczeniem, relacją, którą człowiek ocenia jako obciążającą lub przekraczającą jego zasoby (Lazarus, Folkman, 1984), może prowadzić do obniżenia jakości życia. Towarzyszą temu negatywne emocje, zwłaszcza lęk, który może także wzmocnić odczuwanie fizycznego dyskomfortu (np. dolegliwości bólowych) (Sheridan, Radmacher, 1998; Rolka et al., 2009).

W relacji stresowej zauważalne są jednak również elementy pozwalające na lepsze radzenie sobie ze stresem, a tym samym podniesienie jakości życia, takie jak emocje pozytywne. Obecność pozytywnego afektu w sytuacji trudnej, a nawet traumatycznej jest tak powszechna, że z pewnością odgrywa on znaczącą rolę w adaptacji do nowej rzeczywistości (Heszen-Niejodek, Gottschalk, Januszek, 1999; Fredrickson, 2001; Gałuszka, 2005; Pressman, Cohen, 2005).

Waga emocji pozytywnych została podkreślona przez włączenie ich do modelu procesu radzenia sobie ze stresem (Folkman, Moskowitz, 2006 — podają za: Heszen, 2008). Wspomniane wcześniej ujęcie stresu i radzenia sobie (koncentrujące się na dwóch funkcjach radzenia sobie, tj. skierowanej na emocje i skierowanej na problem) zostało wzbogacone przez Richarda Lazarusa i Susan Folkman o trzecią funkcję — radzenie skierowane na znaczenie, które jest efektem niekorzystnego wyniku procesu radzenia sobie. Radzenie skierowane na znaczenie odgrywa kluczową rolę w dalszym przebiegu radzenia sobie, ponieważ budzi pozytywne emocje, które zwrótnie wpływają na całość procesu radzenia sobie (ibidem).

Akceptacja własnej choroby może być także potraktowana jako pozytywny wynik relacji stresowej, a więc korzystne zakończenie procesu za-

radczego, w którym szczególną rolę odegrał pozytywny afekt, ale również nadawanie sensu (traktowanie choroby jako możliwości przekraczania siebie i wzbogacania własnego życia), przekonanie o korzyściach płynących z bycia chorym (np. wtórne zyski z choroby) oraz tzw. przypominanie korzyści (wymagające wysiłku poznawczego i behawioralnego) (por. Heszen, 2008; Sęk, 2008).

Informacja o zdiagnozowaniu choroby przewlekłej stanowi źródło stresu psychologicznego, budzi lęk i niepokój, co obniża jakość życia człowieka. Im poważniejsza choroba i bardziej niekorzystne rokowanie, tym znaczniejszy spadek jakości życia. Jednakże przewlekłość schorzenia powoduje, że człowiek ma czas na zaadaptowanie się do nowych warunków życia, dokonanie pozytywnych przewartościowań oraz zaakceptowanie własnej choroby, w czym mogą być pomocne wzbudzone w trakcie procesu radzenia sobie pozytywne emocje. Jeśli chory tego dokona, to tym samym jego jakość życia wzrośnie, a w szczególnych przypadkach może nawet przewyższyć tę, którą człowiek deklarował przed chorobą.

Biorąc pod uwagę, że stan emocjonalny, poziom odczuwanego dystresu, dyskomfort fizyczny oraz akceptacja własnej choroby odpowiadają, w pewnym zakresie, za jakość życia pacjentów, dokonano próby znalezienia związków pomiędzy wymienionymi zmiennymi.

Cel pracy

Celem badań było opisanie pacjenta korzystającego z ambulatoryjnej pomocy lekarskiej w zakresie wybranych zmiennych psychologicznych. Przeprowadzone badania miały na celu udzielenie odpowiedzi na sformułowane następująco pytanie: Czy istnieją, a jeśli tak, to jakie korelacje pomiędzy akceptacją choroby, dystresem, stanem emocjonalnym i objawami fizycznymi u pacjentów korzystających z opieki ambulatoryjnej?

Zmienną niezależną była somatyczna choroba przewlekła, natomiast nasilenie objawów fizycznych towarzyszące chorobie, lęk i nadzieja, dystres oraz akceptacja własnej choroby stanowiły zmienne zależne.

W badaniu sformułowano następująco hipotezy:

H1: Istnieją współzależności pomiędzy objawami fizycznymi, akceptacją własnej choroby, stanem emocjonalnym i dystresem, przy czym:

H1a: Akceptacja własnej choroby dodatnio koreluje z pozytywnym stanem emocjonalnym oraz ujemnie z nasileniem objawów fizycznych, lękiem oraz dystresem.

H1b: Nasilenie objawów fizycznych, lęk i dystres korelują z sobą dodatnio.

Choroba przewlekła łączy się z długim czasem chorowania oraz zazwyczaj silniejszą kontrolą progresji choroby niż jej leczenia. Stąd dolegliwości fizyczne związane z samą jednostką chorobową, ale również z ubocznymi skutkami leczenia oraz po prostu ze starzeniem się organizmu mogą nasilać się w czasie, zarówno pod względem ilości niedomagań, jak i ich nasilenia. Z tego powodu mogą wzmacniać się także lęk oraz ogólnie odczuwany dyskomfort prowadzący do stresu psychologicznego. Długi czas chorowania umożliwia jednak lepsze poznanie choroby, związanych z nią przeszkód i barier w codziennym funkcjonowaniu oraz możliwości poradzenia sobie z nimi, co może korzystnie wpłynąć na poziom nadziei oraz zaakceptowanie własnej choroby jako jednego z elementów życia jednostki. Hipotezy postawiono, opierając się na takim właśnie ujęciu problemu.

Osobami badanymi byli pacjenci korzystający z opieki ambulatoryjnej, którzy wyrazili zgodę na uczestniczenie w badaniu. Badanie przeprowadzono w placówkach służby zdrowia na terenie Śląska.

Materiał i metoda

Do zbierania danych zastosowano metody kwestionariuszowe. Na potrzeby badania skonstruowano **Ankieta Uwarunkowań Życiowych Pacjenta**. Ankieta ta składała się z pytań dotyczących: 1) funkcjonowania fizycznego (m.in. odczuwania bólu, bezsenności, zaburzeń łaknienia) oraz 2) emocji negatywnych (np. lęku, gniewu, rozżalenia) i pozytywnych (nadziei, uczucia ulgi i wdzięczności itp.). Wyniki uzyskane w tych skalach zostaną poddane analizie w niniejszym artykule. Ponadto Ankieta Uwarunkowań Życiowych Pacjenta zawierała pytania odnoszące się do: 3) sposobów radzenia sobie, 4) wsparcia społecznego i 5) oczekiwań względem służby zdrowia. Poza miejscem na udzielenie odpowiedzi na konkretne pytania każda część ankiety zawierała miejsce dające możliwość swobodnego wypowiedzenia się (np. podania objawów fizycznych czy emocji, które odczuwał badany, a które nie zostały ujęte w stwierdzeniach ankiety). Zadaniem badanego było zakreślenie odpowiedniej cyfry na skali od 1 do 5, przy czym 1 odpowiadało najmniejszemu, 3 — umiarkowanemu, natomiast 5 — największemu nasileniu określonej zmiennej. Dolegliwości fizyczne oraz stan emocjonalny badano w 9 pytaniach (przy czym 4 pytania dotyczyły emocji negatywnych, a 5 pytań — emocji pozytywnych).

Akceptacja własnej choroby była badana kwestionariuszem AIS (Acceptance of Illness Scale), którego autorami są Barbara J. Felton, Tracey A. Revenson i Gregory A. Hinrichsen, zaadaptowanym do warunków polskich przez Zygryda Juczyńskiego. AIS pozwala na określenie poziomu akceptacji własnej choroby przez pacjenta. Narzędzie to składa się z 8 twierdzeń, określających różnorodne trudności związane z chorobą (m.in. poczucie, że jest się ciężarem dla rodziny, niemożność wykonywania ulubionych zajęć czy zależność od innych osób). Każde twierdzenie jest usytuowane na pięciostopniowej skali (od 1 do 5). Zadanie badanego polega na ustosunkowaniu się do danego stwierdzenia i zakreśleniu cyfry, która najlepiej oddaje stan pacjenta, przy czym cyfra 1 oznacza wyrażenie zdecydowanej zgody z twierdzeniem, 3 — umiarkowaną aprobatę, cyfra 5 zaś — całkowitą negację podanego twierdzenia. Suma uzyskanych punktów jest miarą akceptacji choroby i mieści się w przedziale 8—40 punktów. Im mniej punktów uzyskuje badany, tym gorsza akceptacja choroby; im więcej punktów, tym pacjent bardziej akceptuje swoje schorzenie. Narzędzie ma zadowalające wskaźniki psychometryczne. Zgodność wewnętrzną α Cronbacha wynosi 0,85, a stałość 0,64 i są one zbliżone do wersji oryginalnej, dla której rzetelność α Cronbacha wynosi 0,82, a stałość 0,69 ρ Spearmana (Juczyński, 2001a).

Poziom stresu badany był Termometrem Dystresu (DT — Distress Thermometer), opracowanym przez American Cancer Society, tu w polskiej adaptacji Jolanty Życińskiej, Ewy Wojtyny, Alicji Heydy i Anny Syskiej-Bielak (Życińska et al., 2009). Termometr Dystresu jest skalą od 0 do 10 punktów, na której badany zaznacza poziom dyskomfortu. Im wyższa cyfra, tym większy dystres. Jeśli pacjent zaznaczy cyfrę 4 lub większą, może to być sygnałem, że należy podjąć dalszą diagnostykę ze względu na możliwość występowania u takiej osoby zaburzeń lękowych lub depresyjnych. Warto w tym miejscu dodać, iż normy dla warunków amerykańskich wynoszą tu 5 i więcej punktów. Termometr Dystresu ma zadowalające wskaźniki psychometryczne. Walidacja przeprowadzona została przy udziale Inwentarza Depresji Becka (BDI), Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (STAI) oraz Kwestionariusza Oceny Zdrowia Psychicznego według Goldberga (GHQ-12). Wielkość AUC wyniosła dla BDI 0,75; GHQ-12 — 0,78, natomiast dla STAI — 0,80 (ibidem).

Dane socjodemograficzne, takie jak wiek, płeć, miejsce zamieszkania, zostały zebrane za pomocą skonstruowanej do tego celu ankiety.

Wyniki

W badaniach wzięło udział 94 pacjentów leczących się ambulatoryjnie z powodu chorób przewlekłych (m.in. alergii, cukrzycy, chorób układu krążenia, nowotworów), w tym 61 kobiet (ok. 65% wszystkich badanych) i 33 mężczyzn (ok. 35% badanej grupy). Najbardziej liczną grupę wyróżnioną ze względu na wiek stanowili pacjenci pomiędzy 46. a 65. rokiem życia (38 osób, co stanowiło ok. 40% grupy), natomiast najmniej liczną — osoby w wieku 18—25 lat (16 respondentów, czyli ok. 17% badanych). Miejscem zamieszkania większości chorych było miasto powyżej 20 tys. mieszkańców (56 osób, ponad 60% grupy), a wieś zamieszkiwało najmniej badanych (tylko 18 osób, czyli ok. 19% całej grupy).

Podstawowe wartości statystyczne badanych zmiennych przedstawiono w tabeli 1. Najmłodszy respondent miał 18 lat, najstarszy zaś — 90 lat. Średni wiek badanych wynosił 50 lat i mieścił się w najliczniej reprezentowanym przedziale wiekowym (46—65 lat). Średni czas chorowania wynosił 10 lat.

Tabela 1

Statystyki podstawowe badanych zmiennych

Zmienne	Średnia <i>M</i>	Mediana	MIN	MAX	Wariancja	<i>SD</i>	Błąd standardowy
Wiek (w latach) (<i>N</i> = 94)	49,989	50,0	18,0	90,0	388,890	19,720	2,034
Czas chorowania (w miesiącach) (<i>N</i> = 87)	127,505	84,0	1,0	486,0	13 942,490	118,078	12,659
Objawy fizyczne (<i>N</i> = 94)	24,191	24,5	8,0	38,0	40,500	6,364	0,656
Emocje negatywne (<i>N</i> = 94)	11,351	11,0	3,0	20,0	14,101	3,755	0,387
Emocje pozytywne (<i>N</i> = 94)	13,989	14,0	3,0	24,0	16,096	4,012	0,413
Akceptacja choroby (<i>N</i> = 94)	27,159	27,0	8,0	40,0	51,855	7,201	0,742
Termometr Dystresu (DT) (<i>N</i> = 94)	4,946	5,0	0,0	10,0	6,551	2,559	0,265

Źródło: Badania własne.

Wypełniając część ankiety dotyczącą objawów fizycznych, pacjenci uzyskiwali liczbę punktów w przedziale 8—38 ($M = 24,191$, $SD = 6,364$). Emocje negatywne osiągnęły wartości z przedziału 3—20 ($M = 11,351$, $SD = 3,755$), a emocje pozytywne wartości z przedziału 3—24 ($M = 13,989$, $SD = 4,012$). Wartości statystyczne dla zmiennej akceptacja choroby znalazły się w przedziale 8—40 ($M = 27,159$, $SD = 7,201$), natomiast dla Termometru Dystresu — 0—10 ($M = 4,946$, $SD = 2,559$). Warto w tym miejscu nadmienić, że średnia wartość Termometru Dystresu (DT) w badanej grupie znalazła się powyżej wartości krytycznej, tj. powyżej 4 punktów, co — jak dowodzą autorzy polskiej adaptacji narzędzia — sugeruje konieczność podjęcia dalszych badań mających na celu diagnostykę zaburzeń lękowych i depresyjnych u tych osób (Życińska et al., 2009).

Zależności pomiędzy badanymi zmiennymi

Do określenia zależności pomiędzy badanymi zmiennymi zastosowano macierz korelacji r Pearsona. Uzyskane wyniki zebrano w tabeli 2.

Tabela 2

Korelacje r Pearsona pomiędzy badanymi zmiennymi ($N = 87$)

Zmienne	Czas chorowania	Objawy fizyczne	Emocje negatywne	Emocje pozytywne	Akceptacja choroby	Termometr Dystresu (DT)
Wiek	0,277**	0,281**	-0,131	0,076	-0,253*	-0,003
Czas chorowania		-0,010	-0,322**	0,226*	0,068	-0,336***
Objawy fizyczne			0,351***	0,301**	-0,446***	0,252*
Emocje negatywne				-0,238*	-0,492***	0,535***
Emocje pozytywne					0,119	-0,036
Akceptacja choroby						-0,240*

* $p \leq 0,05$;** $p \leq 0,01$;*** $p \leq 0,001$.

Źródło: Badania własne.

Wiek badanych koreluje z czasem chorowania ($r = 0,277$, $p \leq 0,01$), uciążliwymi objawami fizycznymi ($r = 0,281$, $p \leq 0,01$) oraz akceptacją choroby ($r = -0,253$, $p \leq 0,05$). Wynika stąd, że im starszy jest człowiek, tym dłużej choruje, ma więcej dolegliwości fizycznych i mniej akceptuje swoją chorobę.

Czas chorowania koreluje słabo, ale istotnie statystycznie z emocjami negatywnymi ($r = -0,322$, $p \leq 0,01$) i dystresem ($r = -0,336$, $p \leq 0,001$) oraz bardzo słabo z emocjami pozytywnymi ($r = 0,226$, $p \leq 0,05$). Uzyskane rezultaty badań pokazują, że im dłużej człowiek choruje, tym mniej odczuwa emocje negatywnych, a więcej emocji pozytywnych związanych z chorobą. Ponadto u osoby długo chorującej maleje poziom odczuwanego przez nią dystresu. Być może istotną rolę odgrywa w tym przypadku radzenie sobie skierowane na znaczenie. Taki sposób radzenia sobie wzbudza pozytywne emocje, a te z kolei pomagają odbudować zasoby wydatkowane w transakcji stresowej oraz oddziałują zwrotnie na funkcje radzenia sobie, m.in. torując drogę pozytywnemu przewartościowaniu, co pozwala choremu na skuteczniejszą walkę z cierpieniem i lepszą jakość życia (Heszen, 2008; Folkman, Moskowitz, 2000).

Objawy fizyczne korelują istotnie z emocjami negatywnymi ($r = 0,351$, $p \leq 0,001$) i pozytywnymi ($r = 0,301$, $p \leq 0,01$). Ujawniła się też umiarkowana korelacja objawów z akceptacją własnej choroby ($r = -0,446$, $p \leq 0,001$) oraz bardzo słaba z dystresem ($r = 0,252$, $p \leq 0,05$). Im więcej uciążliwości fizycznych związanych ze schorzeniem, tym więcej odczuwanych emocji negatywnych, większy dystres oraz mniejsza akceptacja choroby. Interesująca w tym przypadku jest pozytywna korelacja pomiędzy ograniczeniami fizycznymi a emocjami pozytywnymi. Wynik ten może wskazywać, że emocje pozytywne są obecne w sytuacjach stresowych, a nawet traumatycznych; odgrywają wówczas rolę motywu zachowań zaradczych oraz wyznaczających cel działań człowieka (Heszen, 2008).

Emocje negatywne istotnie, choć bardzo słabo, korelują z emocjami pozytywnymi ($r = -0,238$, $p \leq 0,05$), natomiast umiarkowanie z akceptacją choroby ($r = -0,492$, $p \leq 0,001$) oraz poziomem dystresu ($r = 0,535$, $p \leq 0,001$). Im pacjent odczuwa więcej emocji negatywnych, tym mniej przeżywa emocji pozytywnych, znacznie mniej akceptuje swoją chorobę i doświadcza silniejszego dystresu.

Emocje pozytywne wykazują bardzo słabe, lecz istotne statystycznie korelacje z czasem chorowania ($r = 0,226$, $p \leq 0,05$), emocjami negatywnymi ($r = -0,238$, $p \leq 0,05$), a także słabą korelacją z niekorzystnymi objawami fizycznymi ($r = 0,301$, $p \leq 0,01$).

Kolejna z analizowanych zmiennych — akceptacja własnej choroby — koreluje bardzo słabo z wiekiem ($r = -0,253$, $p \leq 0,05$) i poziomem dystre-

su ($r = -0,240$, $p \leq 0,05$), natomiast umiarkowanie z objawami fizycznymi ($r = -0,446$, $p \leq 0,001$) i emocjami negatywnymi ($r = -0,492$, $p \leq 0,001$). Dane te sugerują, że im większa akceptacja własnej choroby, tym chory jest młodszy, posiada niższy poziom dystresu, odczuwa mniej uciążliwych objawów fizycznych i wykazuje mniejsze nasilenie emocji negatywnych.

Ostatnia z poddanych analizie zmiennych — poziom dystresu — bardzo słabo, ale istotnie statystycznie koreluje z objawami fizycznymi ($r = 0,252$, $p \leq 0,05$) i akceptacją własnej choroby ($r = -0,240$, $p \leq 0,05$), wykazuje słabą korelację z czasem trwania choroby ($r = -0,336$, $p \leq 0,001$), natomiast umiarkowanie koreluje z emocjami negatywnymi ($r = 0,535$, $p \leq 0,001$). Wyższemu poziomowi dystresu towarzyszy więc więcej dolegliwości fizycznych, więcej emocji negatywnych oraz mniejsza akceptacja własnej choroby; zależności te dotyczą osób chorujących krócej.

Charakterystyka przedziałów zmiennych w badanej grupie

Poza poszukiwaniem korelacji pomiędzy zmiennymi dokonano próby określenia poziomów nasilenia poszczególnych zmiennych w badanej grupie pacjentów. W tym celu posłużono się przedziałami wartości poszczególnych zmiennych uzyskanymi w badaniu. Poziomy objawów fizycznych towarzyszących chorobie oraz emocji pozytywnych i negatywnych określono za pomocą wartości uzyskanych podczas badania, tj. minimum, maksimum, średniej i odchylenia standardowego, przy czym niski poziom obejmuje wyniki mieszczące się w przedziale od minimum do różnicy średniej i 1/2 odchylenia standardowego (wyłącznie), średni poziom — od różnicy średniej i 1/2 odchylenia standardowego (włącznie) do sumy średniej i 1/2 odchylenia standardowego (włącznie), wysoki poziom zaś od sumy średniej i 1/2 odchylenia standardowego (wyłącznie) do maksimum.

Wyróżnienie poziomów akceptacji własnej choroby odbyło się na podstawie kwestionariusza AIS, którego itemy zostały podzielone na trzy równoliczne przedziały punktów (por. Juczyński, 2001a). Niski poziom akceptacji choroby mieści się w zakresie punktów od 8 do 18, średni poziom — 19—29, a wysoki poziom akceptacji własnej choroby w przedziale 30—40 punktów.

Wartości dystresu zostały określone wspomnianą wcześniej wartością krytyczną — powyżej 4 punktów (tabela 3).

W pracy wyróżniono trzy poziomy nasilenia uciążliwych objawów fizycznych: niski, średni i wysoki (poziomy te wraz z przedziałami liczbowymi zostały przedstawione w tabeli 3). W badanej grupie średni poziom

Tabela 3

Przedziały badanych zmiennych

Zmienne		Poziom		
		niski	średni	wysoki
Akceptacja choroby	punkty	8—18	19—29	30—40
	<i>N</i>	11	50	33
	procent	11,7	53,2	35,1
Objawy fizyczne	punkty	8—21	22—27	28—38
	<i>N</i>	28	36	30
	procent	29,7	38,4	31,9
Emocje negatywne	punkty	3—9	10—13	14—20
	<i>N</i>	30	33	31
	procent	31,9	35,1	33,0
Emocje pozytywne	punkty	3—12	13—16	17—24
	<i>N</i>	29	45	20
	procent	31,0	47,8	21,2

Źródło: Badania własne.

nasilenia omawianej zmiennej był najliczniej reprezentowany (36 osób — 38,4%). Najmniej osób miało niski poziom dolegliwości fizycznych (28 pacjentów — 29,7%).

Podobnie jak w przypadku uciążliwych objawów fizycznych, tak i w odniesieniu do emocji najliczniej reprezentowany był przedział wyników średnich, zarówno dotyczący negatywnego, jak i pozytywnego stanu emocjonalnego (odpowiednio: 33 pacjentów, czyli 35,1%, oraz 45 chorych, tj. 47,8%). Najmniejszą liczebność miała grupa osób z niskim poziomem emocji negatywnych (30 badanych, czyli 31,9%), natomiast poziom emocji pozytywnych najmniej licznie występował w przedziale wysokiego nasilenia tej zmiennej (20 chorych, tj. 21,2%).

Najwięcej badanych leczących się ambulatoryjnie przejawiało średni poziom akceptacji własnej choroby (50 osób, czyli ponad 53% grupy). Ponad 1/3 chorych (33 osoby, 35,1%) wykazała się wysokim poziomem akceptacji własnej choroby, a 11 pacjentów (11,7%) niskim poziomem akceptacji schorzenia. Dane te mogą wynikać w pewnym stopniu z długiego czasu trwania choroby (średnio 10 lat) i związanej z nim adaptacji do ograniczeń, jakie choroba nakłada na człowieka.

Biorąc pod uwagę generalnie dobrą akceptację własnej choroby przez badane osoby, można byłoby przypuszczać, że pacjenci owi wykażą się niskim poziomem emocji negatywnych, a wysokim poziomem emocji pozytywnych. Otrzymane liczebności poziomów wskazują na odwrotną ten-

dencję, która po części znajduje swój wyraz w wysokim poziomie dystresu. Dokonano więc dokładniejszej analizy statystycznej tej zmiennej.

Określenie poziomów badanych zmiennych pozwoliło na zaobserwowanie średnich wartości dystresu dla każdego z nich w kontekście określonej zmiennej. Wyniki tej analizy przedstawiono zbiorczo w tabeli 4.

Tabela 4

**Średnie wartości Termometru Dystresu (DT)
dla wyróżnionych poziomów poszczególnych zmiennych**

Zmienne	Poziom	Średnia wartość Termometru Dystresu (DT)
Akceptacja choroby	niski	4,82
	średni	5,50
	wysoki	4,12
Objawy fizyczne	niski	4,48
	średni	4,81
	wysoki	5,53
Emocje negatywne	niski	3,23
	średni	5,19
	wysoki	6,35
Emocje pozytywne	niski	4,86
	średni	5,06
	wysoki	4,79

Źródło: Badania własne.

Podobnie jak średnie wartości dystresu (DT) dla całej badanej grupy, tak i średnie wartości DT w odniesieniu do konkretnych poziomów napięcia poszczególnych zmiennych przekroczyły wartość krytyczną. Jedynie na niskim poziomie emocji negatywnych średnia wartość DT jest w normie ($M = 3,23$). Im wyższy poziom emocji negatywnych, tym wyższa średnia DT, przy czym wysokiemu poziomowi negatywnego stanu emocjonalnego odpowiada najwyższy wskaźnik średniej wartości DT w całej badanej grupie, tj. $M = 6,35$. Wyniki te wydają się w pełni uzasadnione (im silniejszy stres, tym silniejsze emocje negatywne).

Taką tendencję zaobserwować można również w przypadku badania uciążliwych objawów fizycznych (im wyższy poziom dokuczliwych ograniczeń, tym średnie wartości DT są wyższe).

Nieco inny obraz dystresu wyłania się w odniesieniu do akceptacji choroby i emocji pozytywnych. W obu tych przypadkach najwyższe śred-

nie DT charakteryzują średnie poziomy nasilenia owych zmiennych (co jest szczególnie zaskakujące), natomiast najniższe średnie DT występują przy wysokich poziomach akceptacji własnej choroby i emocji pozytywnych.

Podczas dokładniejszej analizy danych sprawdzono istotność różnic pomiędzy średnimi wartościami Termometru Dystresu dla trzech poziomów badanych zmiennych. Wyniki testu *t*-Studenta (badającego istotność różnicy między średnimi dla dwóch prób niezależnych) przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5

**Test istotności różnic
pomiędzy średnimi wartościami Termometru Dystresu (DT)**

Zmienne	Różnice między poziomami	<i>df</i>	<i>t</i>
Akceptacja choroby	niski — średni	59	0,847
	średni — wysoki	81	2,395*
	niski — wysoki	42	0,768
Objawy fizyczne	niski — średni	59	0,470
	średni — wysoki	81	1,247
	niski — wysoki	42	1,531
Emocje negatywne	niski — średni	59	3,296**
	średni — wysoki	81	2,059*
	niski — wysoki	42	5,437***
Emocje pozytywne	niski — średni	59	0,326
	średni — wysoki	81	0,379
	niski — wysoki	42	0,091

* $p \leq 0,05$;

** $p \leq 0,01$;

*** $p \leq 0,001$.

Źródło: Badania własne.

Wartości statystyki *t* wskazują, iż osoby o różnym poziomie objawów fizycznych nie różnią się między sobą istotnie pod względem poziomu dystresu, podobnie jak osoby o różnym poziomie emocji pozytywnych (poziomy dystresu u tych osób i w tym przypadku nie różnią się w sposób istotny).

Zdecydowanie istotne statystycznie różnice w poziomie dystresu zauważyć można natomiast w odniesieniu do różnych poziomów emocji negatywnych. Wartość $t = 3,296$, przy $p \leq 0,01$, charakteryzuje różnicę wartości średnich DT dla niskiego i średniego poziomu emocji negatywnych, wartość $t = 5,437$, przy $p \leq 0,001$ — różnicę wartości średnich DT dla

niskiego i wysokiego poziomu emocji negatywnych, natomiast $t = 2,059$, przy $p \leq 0,05$ — różnicę wartości średnich DT pomiędzy średnim i wysokim poziomem omawianej zmiennej. Wynika stąd, iż osoby charakteryzujące się różnym poziomem nasilenia emocji negatywnych istotnie różnią się między sobą poziomem dystresu.

Istotne statystycznie różnice w poziomie dystresu występują również pomiędzy pacjentami charakteryzującymi się średnim i wysokim poziomem akceptacji własnej choroby ($t = 2,395$, przy $p \leq 0,05$).

Dyskusja i wnioski

Wyniki przeprowadzonych analiz pozwoliły na udzielenie twierdzącej odpowiedzi na zadane pytanie badawcze oraz potwierdzenie postawionych hipotez. Badanie pokazało, że istnieją korelacje pomiędzy wybranymi zmiennymi, takimi jak: emocje pozytywne i negatywne, objawy fizyczne, akceptacja własnej choroby oraz dystres, w grupie pacjentów leczących się ambulatoryjnie i cierpiących z powodu różnorodnych chorób przewlekłych.

Hipotezy odnoszące się do współzależności pomiędzy badanymi zmiennymi generalnie potwierdziły się. Okazało się bowiem, że:

1. Wskaźnik dystresu wykazuje istotne dodatnie korelacje z emocjami negatywnymi oraz z występowaniem objawów fizycznych (co było ujęte w hipotezie).
2. Emocje negatywne dodatnio korelują z liczbą objawów fizycznych (co również zawarto w hipotezie).
3. Akceptacja własnej choroby koreluje ujemnie z negatywnym stanem emocjonalnym, liczbą objawów fizycznych towarzyszących chorobie oraz odczuwanym dystresem (co zakładano).

Ponadto odnotowano wiele istotnych statystycznie korelacji zmiennych, wśród których na uwagę zasługują:

1. Ujemna korelacja czasu chorowania z emocjami negatywnymi i odczuwanym dystresem.
2. Dodatnia korelacja pomiędzy liczbą objawów fizycznych a emocjami pozytywnymi.
3. Dodatnia korelacja czasu chorowania z emocjami pozytywnymi.

Wyraźne zależności ujawniły się pomiędzy poziomami dystresu i negatywnego stanu emocjonalnego. Potwierdza to fakt, że wielu pacjentom potrzebna jest pomoc nie tylko medyczna, lecz także psychologiczna. Podobne wyniki uzyskali Sean Ransom, Paul B. Jacobsen i Margaret Booth-Jones (2006), badający pacjentów po przeszczepie szpiku kostne-

go. Wyniki te wskazują, iż wysoki poziom Termometru Dystresu koreluje dodatnio z poziomami depresji oraz lęku. Na potrzebę niesienia pomocy psychologicznej pacjentom chorym onkologicznie, mającym wysoki poziom dystresu, zwróciła uwagę także Kathleen Abrahamson (2010), przy czym szczególnie nacisk położyła na szeroko rozumiane wsparcie społeczne.

Za interesujący wynik można uznać pozytywne korelacje pomiędzy liczbą niekorzystnych objawów fizycznych a wiekiem, emocjami negatywnymi, poziomem dystresu i emocjami pozytywnymi. O ile uzasadnione wydają się współzależności wynikające z coraz większej liczby dolegliwości fizycznych pojawiających się wraz z wiekiem badanych (procesy starzenia się) oraz związanym z tym wzrostem dystresu i nasilenia emocji negatywnych (co jest zgodne z postawioną hipotezą badawczą), o tyle jednoczesny wzrost emocji pozytywnych może budzić zdziwienie. Podobnie jak dodatnia korelacja czasu trwania choroby i emocji pozytywnych, przy jednoczesnej ujemnej korelacji czasu chorowania z poziomem dystresu i emocjami negatywnymi. Wyniki te nie są jednakże odosobnione. Lilia Suchocka (2007) zwraca uwagę na procesy radzenia sobie i silną motywację człowieka do pozytywnego zmagania się z trudnościami i ograniczeniami spowodowanymi poważną chorobą. W badaniach potwierdzono także umiejętność pozytywnego myślenia pacjentów chorych na raka i czerpanie przez nich ze wsparcia społecznego (Creswell et al., 2007). Michele M. Tugade i Barbara Fredrickson (2004) podkreślają rolę prężności/elastyczności (ang. *resilient*) w przywracaniu i utrzymywaniu dobrego stanu emocjonalnego.

Wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań odnoszące się do akceptacji własnej choroby w znaczącej mierze potwierdzają postawione hipotezy. Akceptacja własnej choroby wykazuje bowiem ujemne korelacje z nasileniem objawów fizycznych związanych z chorobą, lękiem oraz poziomem dystresu. Nie koreluje natomiast istotnie z nadzieją.

Przedstawione wyniki pokazały również poziomy nasilenia badanych zmiennych oraz liczne, istotne statystycznie, choć nie zawsze silne, współzależności wybranych zmiennych w grupie badanych pacjentów przewlekle chorych leczących się ambulatoryjnie.

Generalnie w badanej grupie zaobserwowano:

1. Średnie poziomy nasilenia akceptacji własnej choroby, uciążliwych objawów fizycznych związanych ze schorzeniem oraz emocji pozytywnych i negatywnych.
2. Wysoki poziom dystresu.
3. Istotne statystycznie różnice w poziomie dystresu występujące w odniesieniu do poziomów emocji negatywnych (im mniej przeżywanych emocji negatywnych, tym niższy poziom dystresu).

Uzyskane rezultaty są nieco podobne do wyników zaprezentowanych przez Grażynę Wiraszkę i Barbarę Lelonek (2008) w zakresie akceptacji choroby. Autorki badały poziom akceptacji choroby u osób chorych na białaczkę. Większość badanych akceptowała chorobę na średnim poziomie. Średni poziom akceptacji własnej choroby odnotowali również: Małgorzata Kaczmarczyk (2008), badająca osoby starsze mieszkające w różnych środowiskach, tzn. w domu lub ośrodku opiekuńczym, oraz Jolanta Lewko, Barbara Polityńska, Jan Kochanowicz, Wiesław Zarzycki, Anna Okruszko, Matylda Sierakowska, Barbara Jankowiak, Maria Górską, Elżbieta Krajewska-Kułał, Krystyna Kowalczyk (Lewko et al., 2007), badający chorych na cukrzycę.

Nieco inny obraz akceptacji choroby uzyskano podczas badania pacjentów cierpiących z powodu migrenowych bólów głowy, którzy wykazali generalnie wysoki poziom akceptacji swojej choroby (Rolka et al., 2009).

Niepokojący natomiast jest fakt występowania wśród badanych pacjentów wysokiego poziomu dystresu. Podobne wyniki dotyczące nasilenia dystresu uzyskały Jolanta Życińska, Ewa Wojtyła, Alicja Heyda i Anna Syska-Bielak (Życińska et al., 2009). W grupie badanych przez autorki pacjentów onkologicznych aż 69,5% chorych miało poziom dystresu równy 4 punktom bądź wyższy. Wysoki poziom dystresu (5 punktów i więcej) dostrzeżono także w innych badaniach, np. u 34% kobiet z rakiem piersi (Dabrowski et al., 2007), czy też u ponad połowy chorych na nowotwory leczących się ambulatoryjnie (Piriz et al., 2005). Wysoki poziom dystresu może świadczyć o zaburzeniach lękowych i depresyjnych. Konieczna wydaje się więc dalsza diagnostyka chorych w tym kierunku. Wskazane byłoby również otoczenie pacjentów ambulatoryjnych opieką psychologa.

Zaprezentowane wyniki, ze względu na fakt, iż zostały opracowane na podstawie danych uzyskanych w grupie niebędącej grupą reprezentatywną dla całej populacji, należy interpretować z rozwagą. Niemniej niniejsze badania można traktować jako wstęp do dalszych poszukiwań, gdyż pokazują pewien niepokojący obraz pacjenta korzystającego z doraźnej pomocy ambulatoryjnej. Pośrednio i z dużą ostrożnością można sugerować, że jakość życia tych pacjentów nie jest najwyższa. Wskazują na to uzyskane rezultaty. Jakość życia chorego zależy bowiem od zaakceptowania przez niego własnej choroby, radzenia sobie z negatywnymi emocjami i stresem (Juczyński, 2001a; Lewko et al., 2007). Niestety w badanej grupie wskaźniki dystresu okazały się niepokojąco wysokie, natomiast akceptacja własnej choroby i emocje pozytywne wystąpiły na średnim poziomie.

Swoiste novum w prezentowanych badaniach stanowi wykorzystanie Termometru Dystresu (stosowanego dotychczas jako badanie przesiewo-

we w onkologii, a rekomendowanego m.in. przez NCCN — The National Comprehensive Cancer Network — i Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne) do badania pacjentów z inną niż onkologiczna chorobą somatyczną.

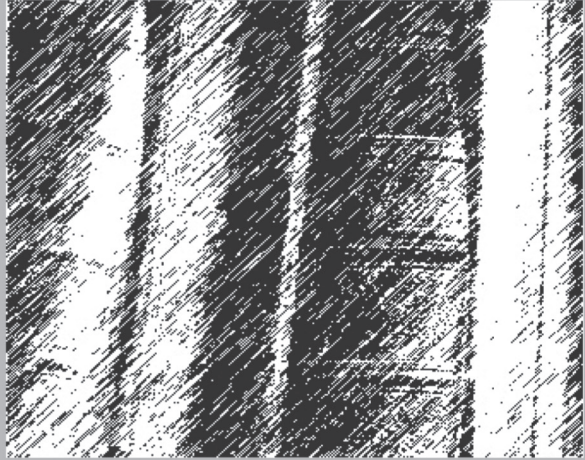
Przeprowadzona analiza danych dowodzi, że zasadne byłoby powszechne stosowanie Termometru Dystresu w praktyce ambulatoryjnej jako badania przesiewowego, aby tam, gdzie jest to potrzebne, nieść pomoc nie tylko medyczną, lecz także psychologiczną. W ten sposób, przynajmniej częściowo, można by spełnić postulat holistycznej opieki nad pacjentem i przyczynić się do podniesienia jakości życia osoby chorej.

Bibliografia

- Abrahamson K., 2010: *Helping patients with cancer-related distress*. "Oncology Times", vol. 32, issue 8, s. 7—8.
- Antonovsky A., 2005: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Przeł. H. Grzegołowska-Klarkowska. Warszawa.
- Baumann K., 2006: *Jakość życia w okresie późnej dorosłości — dyskurs teoretyczny*. „Gerontologia Polska”, T. 14, nr 4, s. 165—171.
- Bidzan M., 2010: *Niepiłodność w ujęciu bio-psycho-społecznym*. Kraków.
- Bielawska-Batorowicz E., 2006: *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice.
- Bishop G.D., 2000: *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*. Wrocław.
- Brown R.I., ed., 1997: *Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice*. Cheltenham.
- Creswell J.D. et al., 2007: *Does self-affirmation, cognitive processing, or discovery of meaning explain cancer-related health benefits of expressive writing?* "Personality and Social Psychology Bulletin", vol. 33, s. 238—250.
- Czapiński J., 1992: *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa.
- Czapiński J., red., 2004: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnocie człowieka*. Warszawa.
- Dabrowski M. et al., 2007: *Clinical experience with the NCCN distress thermometer in breast cancer patients*. "Journal of the National Comprehensive Cancer Network", January, vol. 5 (1), s. 104—111.
- Folkman S., Moskowitz J.T., 2000: *Positive affect and the other side of coping*. "American Psychologist", vol. 55, s. 647—654.
- Folkman S., Moskowitz J.T., 2006: *Positive affect and meaning-focused coping during significant psychological stress*. In: *The scope of social psychology. Theory and application*. Eds. H. Schut, J. de Wit, K. van den Bos. Hove, s. 193—208.
- Fredrickson B.I., 2001: *The role of positive emotions in positive psychology: the broaden — and build theory of positive emotions*. "American Psychologist", vol. 56, issue 3, s. 218—276.
- Gałuszka A., 2005: *Człowiek przewlekle chory. Aspekty psychoegzystencjalne*. Katowice.

- Heszen I., 2008: *Pozytywne emocje w negatywnych sytuacjach: skąd się biorą i jak zmieniają radzenie sobie*. W: *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Red. I. Heszen, J. Życińska. Warszawa, s. 139—150.
- Heszen I., Sęk H., 2007: *Psychologia zdrowia*. Warszawa.
- Heszen-Niejodek I., Gottschalk L.A., Januszek M., 1999: *Anxiety and hope during the course of three different somatic illnesses: A longitudinal study*. "Psychotherapy and Psychosomatics", vol. 68, s. 304—312.
- Hobfoll S.E., 2006: *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk.
- Juczyński Z., 2001a: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa.
- Juczyński Z., 2001b: *Spostrzegana kontrola a strategie radzenia sobie z przewlekłym bólem*. „Sztuka Leczenia”, T. 7 (2), s. 9—16.
- Kaczmarczyk M., 2008: *Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach*. „Studia Medyczne”, T. 12, s. 29—33.
- Kornas-Biela D., 2004: *Wokół początku życia ludzkiego*. Warszawa.
- Kulik T., Latański M., 2002: *Zdrowie publiczne*. Lublin.
- Lazarus R., Folkman S., 1984: *Stress, appraisal and coping*. New York.
- Lewko J. et al., 2007: *Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy*. "Advances in Medical Sciences", vol. 52, suppl. 1, s. 144—146.
- Łosiak W., 2004: *Dynamika emocji i radzenia sobie w stresie psychologicznym. Badania pacjentów chirurgicznych*. Warszawa.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2008: *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z., 2009: *Stres i radzenie sobie a ryzyko uzależnienia od zakupów*. „Nowiny Psychologiczne”, nr 2, s. 5—16.
- Piriz E. et al., 2005: *Distress in oncology patients: Distress Thermometer in a Latin American study*. "Journal of Clinical Oncology", vol. 23, no. 16S, abstrakt no. 8211.
- Poprawa R., 2008: *Samoocena jako miara podmiotowych zasobów radzenia sobie i szczęścia człowieka*. W: *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Red. I. Heszen, J. Życińska. Warszawa, s. 103—121.
- Pressman S., Cohen S., 2005: *Does positive affect influence health?* "Psychological Bulletin", vol. 131, no. 6, s. 925—971.
- Ransom S., Jacobsen P.B., Booth-Jones M., 2006: *Validation of the Distress Thermometer with bone marrow transplant patients*. "Psycho-Oncology", vol. 15, s. 604—612.
- Rolka H. et al., 2009: *Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. Doniesienie wstępne*. „Problemy Pielęgniarstwa”, T. 17 (3), s. 178—183.
- Seligman M.E.P., 1993: *Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie*. Przeł. A. Jankowski. Poznań.
- Sęk H., 2008: *Udział pozytywnych emocji w osiągnięciu zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia. W poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Red. I. Heszen, J. Życińska. Warszawa, s. 73—88.
- Sęk H., Cieślak R., 2006: *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa.
- Sheridan Ch.L., Radmacher S.A., 1998: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa.
- Suchocka L., 2007: *Psychologiczna analiza cierpienia w chorobie przewlekłej*. Lublin.
- Tugade M.M., Fredrickson B.L., 2004: *Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 87, s. 280—287.

-
- Walden-Gałuszko K. de, Majkowicz M., red., 1994: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk.
- Wiraszka G., Lelonek B., 2008: *Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej*. „Studia Medyczne”, T. 10, s. 21—26.
- Wrześniewski Z., Włodarczyk D., 2004: *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty zapobiegania i leczenia*. Gdańsk.
- Życińska J. et al., 2009: *Polska adaptacja skali Distress Thermometer i Problem List. Badania walidacyjne wśród pacjentów onkologicznych*. X Ogólnopolska Konferencja Psychoonkologiczna. 11—12 września, Władysławowo. Abstrakt wystąpienia. Tryb dostępu: http://www.ptpo.org.pl/index/index.php?option=com_content&task=view&id=151. Data dostępu: 25.02.2011 r.



EWA WOJTYNA, IWONA NAWARA

Krótką grupowa racjonalna terapia zachowania a jakość życia chorych na nowotwory

Short group rational behavioural therapy and quality of life among cancer patients

Abstract: The aim of the study was to explore the impact of a short group rational behavioural therapy (RBT) on a quality of life among cancer patients.

The study involved 217 people with cancer. 137 people formed the experimental group, which took part in the seven days, group psychotherapeutic classes, based on RBT. The control group consisted of 80 patients waiting for a therapy.

The study was longitudinal and consisted of pre-and posttest (8 weeks after the end of the therapeutic influence). The quality of life was estimated by the Polish version of the SF-36v2.

It was observed, that in the experimental group the quality of life increased in all areas of a health related quality of life, except for a physical functioning. These changes, with the exception of modifications in a role emotional scale, were bound up with RBT. In the control group the quality of life improved in the scales: a social functioning, a mental health and a bodily pain. However, the observed changes were higher in the experimental group. In both groups there was no deterioration in the quality of life in any of the investigated scales.

In summary, the short group RBT can be a valuable complement to standard cancer therapy, particularly for people who seek help and have higher motivation to work.

Key words: brief cognitive-behaviour therapy, rational behaviour therapy, cancer, quality of life.

Wprowadzenie

Charakterystyka sytuacji chorych na nowotwory

Choroba nowotworowa powoduje bardzo istotne zmiany w dotychczasowym funkcjonowaniu człowieka (por. de Walden-Gałuszko, 2011). Podstawowa zmiana wiąże się z koniecznością przyjęcia roli chorego, a więc ze zmianami w hierarchii celów i wartości, koniecznością zmodyfikowania nawyków zdrowotnych i szeroko rozumianego zachowania. Pacjent musi podporządkować się reżimowi terapeutycznemu, związanemu z częstymi badaniami, hospitalizacjami czy wreszcie bardzo obciążającymi metodami leczenia. Zmienia się sytuacja zawodowa chorego (absencja w pracy, nierzadko rezygnacja z pracy na rzecz świadczeń rentowych) czy rodzinna (zmiana w zakresie pełnienia ról — np. z osoby dominującej na osobę wymagającą opieki, zależną od innych). Wreszcie zmiana ulega funkcjonowanie fizyczne człowieka. Pojawiają się ograniczenia mobilności, często niepełnosprawność, okaleczenia. Wszystko to znajduje odzwierciedlenie w zmianie obrazu siebie chorego (por. Wojtyna, Życińska, Stawiarska, 2007).

Nie bez znaczenia jest także samo leczenie, a właściwie jego skutki niepożądane. Chorzy mogą odczuwać znaczny dyskomfort fizyczny podczas leczenia (np. nudności, ból, zmęczenie, zaburzenia funkcji układu pokarmowego), mogą również pojawiać się reakcje psychiczne spowodowane stosowanym leczeniem: drażliwość, zaburzenia świadomości czy chwiejność emocjonalna, a nawet nasilone myśli suicydalne (por. Moorey, Greer, 2007). Chemioterapia swoją neurotoksycznością może powodować zaburzenia funkcjonowania poznawczego. Zjawisko to dotyczy znacznego odsetka chorych, np. w przypadku kobiet z rakiem piersi leczonych cytostatykami zaburzenia funkcji poznawczych obserwuje się u blisko 50% pacjentek (por. Ferguson, Cassel, Dawson, 2010; Staat, Segatore, 2005).

Trudna sytuacja chorych sprawia zatem, iż jest to grupa ludzi szczególnie narażona na przeżywanie dystresu (Moorey, Greer, 2007) oraz częstsze występowanie zaburzeń psychicznych. Zaburzenia lękowe odnotowuje się u ok. 30% chorych, a problemy depresyjne u blisko 40% (Rymaszewska, Podolak-Dawidziak, Kiejna, 2007).

Chorzy stają przed koniecznością podjęcia zadań adaptacyjnych, takich jak utrzymanie równowagi emocjonalnej, zachowanie satysfakcjonujących relacji z bliskimi, budowanie i zachowanie poczucia kontroli i kompetencji, radzenie sobie z niepewnością. Efekty tych aktywności wyznaczają z kolei poziom funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego chorego (de Ridder, Schreurs, 2001).

Jakość życia związana ze zdrowiem

Konstruktem, który uwzględnia przedstawione zjawiska, jest jakość życia. Jakość życia wiąże się z przekonaniem jednostki na temat wykorzystywania własnych możliwości, samorealizowania się, ale także zaspokajania własnych potrzeb — fizycznych i emocjonalnych (de Walden-Gałużko, Majkovicz, red., 1994). W obszarze tym można wyróżnić jakość życia związaną ze zdrowiem, rozumianą jako wielopoziomową koncepcję reprezentującą rezultat wspólnego działania wszystkich fizjologicznych, psychologicznych i społecznych czynników istotnych dla stanu zdrowia (Schipper, 1990). Jakość zdrowia związana ze zdrowiem dotyczy spostrzeganego przez pacjenta wpływu choroby i stosowanego leczenia na funkcjonowanie i ogólne poczucie satysfakcji życiowej (Majkovicz, 2000).

Istnieje wiele danych empirycznych, które potwierdzają możliwość wpływu oddziaływań psychoterapeutycznych na poprawę jakości życia (por. Bottomley, 1997; Wojtyna, Życińska, Stawiarska, 2007). Również takie czynniki, jak dobra relacja lekarz — pacjent, edukacja czy udział w grupie wsparcia mogą korzystnie wpływać na kształtowanie się jakości życia w sytuacji choroby (Helgeson, Lepore, Eton, 2006; Rehse, Pukrop, 2002; Zabalegui et al., 2005).

Z praktycznego punktu widzenia szczególnie ważne dla kształtowania się jakości życia są te czynniki, na które pacjent może wpływać niezależnie od zaawansowania choroby i konieczności korzystania z pomocy innych osób lub instytucji. Jednym z takich czynników jest subiektywna ocena poznawcza sytuacji, która może odgrywać kluczową rolę w radzeniu sobie z problemami związanymi z chorobą nowotworową (por. Wojtyna, Życińska, Stawiarska, 2007).

Ocena poznawcza choroby nowotworowej

Zgodnie z założeniami koncepcji stresu Richarda Lazarusa i Susan Folkman, ocena poznawcza jest rozumiana jako „proces kategoryzowania wydarzenia i różnych jego aspektów w odniesieniu do znaczenia, jakie to wydarzenie ma dla dobrostanu jednostki” (Lazarus, Folkman, 1984, s. 31, tłum. — E.W.). Ocena ta stanowi proces ciągły i obejmuje ocenę pierwotną, na którą składa się uznanie sytuacji za stresową i określenie jej w kategoriach krzywdy/straty, zagrożenia lub wyzwania, oraz ocenę wtórną, która dotyczy możliwości podjęcia przez jednostkę działań mających na celu rozwiązanie tej sytuacji.

Dla chorego oceny pierwotna i wtórna są predyktorami jego samopoczucia i wyznaczają możliwości dostosowania się do reżimu tera-

peutycznego. Zgodnie z założeniami nurtu poznawczo-behawioralnego, treści poznawcze determinują stan emocjonalny, ale i zachowanie człowieka (por. Ellis, 1999; Kokoszka, 2009; Maultsby, 2008). Stąd ocenie stresora w kategorii krzywda/strata towarzyszy często smutek i żal z biernością w zachowaniu, zagrożenie wiąże się z lękiem i działaniami ucieczkowymi lub chaotycznymi, a wyzwanie może mieć bardzo szeroki obraz emocjonalny — w tym budzić pozytywne emocje, takie jak nadzieja, którym towarzyszy zaangażowanie i działanie ukierunkowane na osiągnięcie celu.

Ocena wtórna pozwala ocenić własne możliwości działania w konfrontacji ze stresorem, staje się punktem wyjścia procesu radzenia sobie. Radzenie sobie, determinowane subiektywną, a więc dopuszczającą zniekształcenia poznawcze, oceną, może być ukierunkowane na rozwiązanie problemu lub też na samoregulację emocji (Lazarus, Folkman, 1984).

Sposób myślenia o chorobie i możliwościach radzenia sobie z nią wpływa na funkcjonowanie emocjonalne pacjentów. Chorzy na nowotwory często głoszą przekonania typu: „Chemioterapia mnie zabija”, „Rak to wyrok”, „Nic mi już nie pomoże”, „Moi bliscy sobie nie poradzą”, „Umrę w cierpieniu”, „To koniec” itd. Taki sposób myślenia prowadzi do nasilenia cierpienia pacjentów (por. Wirga, Wojtyna, 2010).

Terapia poznawczo-behawioralna jako metoda modyfikacji treści poznawczych

W świetle zaprezentowanych rozważań w sytuacji choroby nowotworowej i jej leczenia pomocna wydaje się psychoterapia, a szczególnie terapia poznawczo-behawioralna (TPB), ukierunkowana na zmianę negatywnych treści poznawczych i wykształcenie nowych, sprzyjających pożądanym emocjom i zachowaniom nawyków myślowych (Kokoszka, 2009; Maultsby, 2008). Korzystny wpływ TPB na funkcjonowanie psychiczne chorych na nowotwory wykazano w licznych badaniach (por. Cathcart, 2006; Moorey, Greer, 2007; Wojtyna, Życińska, Stawiarska, 2007; Wojtyna, Stawiarska, 2010).

Jednocześnie wiele badań wskazuje na pozytywny wpływ TPB na radzenie sobie z przykrymi objawami fizycznymi, takimi jak ból (Dalton et al., 2004; Wojtyna, 2012), duszności (Bredin et al., 1999), nudności (Cathcart, 2006; Morrow, Roscoe, Hickok, 1998). Dzięki TPB można uzyskać także redukcję niepożądanego wpływu chemioterapii na funkcje poznawcze (Ferguson, Cassel, Dawson, 2010; Staat, Segatore, 2005). Wreszcie TPB może korzystnie wpływać na funkcjonowanie układu odpornościowego chorych, zwiększając m.in. liczebność i aktyw-

ność komórek NK (Andersen et al., 2004; Fawzy, Canada, Fawzy, 2003).

Uzasadnione zatem byłoby wprowadzenie TPB jako terapii wspomagającej postępowanie medyczne u chorych na nowotwory.

Tymczasem w polskich warunkach niewiele placówek onkologicznych może zaoferować pacjentom wystarczającą pomoc psychologiczną, a tym bardziej psychoterapeutyczną¹. Z kolei poszukiwanie psychoterapii we własnym zakresie może pociągać za sobą duże wydatki finansowe, co w utrudnionej sytuacji materialnej wielu chorym uniemożliwia skorzystanie z tej formy pomocy.

Obok trudności związanych z dostępnością i brakiem środków finansowych pojawia się jeszcze problem czasu. TPB należy wprowadzić do psychoterapii krótkoterminowych, jednak klasyczny schemat terapii wymaga co najmniej kilku do kilkunastu regularnych sesji terapeutycznych, zwykle odbywających się z częstotliwością raz w tygodniu. Przeprowadzone dotąd w polskich warunkach badania nad skutecznością TPB u osób z chorobą nowotworową obejmowały 8–10 cotygodniowych sesji (Wojtyna, 2012; Wojtyna, Życińska, Stawiarska, 2007; Wojtyna, Stawiarska, 2010). Rozciągnięcie terapii w czasie wiąże się jednak z częstszą rezygnacją chorych z udziału w TPB, co jest spowodowane pogorszeniem się ich stanu zdrowia, hospitalizacjami, badaniami kontrolnymi czy wreszcie zmianą miejsca pobytu.

Korzystnym rozwiązaniem mogłoby stać się zblokowanie spotkań psychoedukacyjno-terapeutycznych w krótkim okresie czasu, jednak wystarczającym do przyswojenia sobie przez pacjentów technik umożliwiających lepsze radzenie sobie z problemami emocjonalnymi czy behawioralnymi.

Odpowiedzią na potrzeby pacjentów chorych na nowotwory może być racjonalna terapia zachowania (RTZ), której autorem jest Maxie C. Maultsby (2008), należąca do nurtu poznawczo-behawioralnego i wywodząca się z racjonalno-emotywniej terapii zachowania Alberta Ellisa (1999). Maultsby zakłada możliwość uzyskania za pomocą tej metody szybkich efektów, u podstaw których leży między innymi duża łatwość nauczenia pacjentów technik terapeutycznych prowadzących do zmiany niezdrowych przekonań. Racjonalna terapia zachowania to metoda aktywno-dyrektywna, skupiająca się na codziennych problemach pacjentów; równocześnie jednak pomaga stopniowo rozwiązywać bardziej

¹ W załączniku do Zarządzenia nr 66/2009 DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii widnieje zapis o zatrudnieniu psychologa klinicznego jako warunku dodatkowo ocenianym, ale nieobowiązkowym.

długotrwałe i głębsze problemy osobowościowe. RTZ nie koncentruje się jednak na złożonych i nierzadko leżących w dalekiej przeszłości źródłach obecnych problemów pacjenta, zakładając, że wiele z tych przyczyn albo jest niemodyfikowalnych, albo ich zmiana wymaga bardzo długiego czasu terapii. Tymczasem koncentracja na podlegających zmianie bieżących dysfunkcyjnych przekonaniach może doprowadzić w krótkim czasie do pożądanych oraz trwałych zmian w zakresie samopoczucia i zachowania pacjentów.

Na podstawie dostępnych danych empirycznych Maultsby zdefiniował racjonalny (zdrowy) sposób myślenia, który sprzyja pożądanym emocjom i zachowaniom. Zdrowe myślenie obejmuje następujące elementy:

- jest oparte na faktach;
- sprzyja utrzymaniu zdrowia i życia;
- pomaga osiągać cele;
- pomaga rozwiązywać niepożądane konflikty z innymi bądź unikać takich konfliktów;
- pomaga czuć się w zgodzie z własnymi potrzebami.

Przekonania, które spełniają większość tych zasad, odpowiadają myśleniu pozwalającemu uzyskać poprawę jakości życia. Praca oparta na zasadach zdrowego myślenia jest kompilacją kilku klasycznych metod wykorzystywanych w TPB (np. debata dowodów za i przeciw negatywnym myślom, ocena konsekwencji myślenia czy korekta zniekształceń poznawczych).

Dla chorych na nowotwory, których problemy najczęściej są reaktywne względem aktualnej sytuacji, RTZ może być narzędziem umożliwiającym skuteczną samopomoc. Jest to o tyle istotne, że dekompensacja stanu psychicznego pacjentów często ma miejsce w sytuacjach, kiedy dostęp do terapeuty jest ograniczony (np. w szpitalu, podczas bezsennej nocy).

Przedstawienie chorym zasad samopomocy opartych na RTZ zajmuje jedną lub dwie sesje terapeutyczne, kolejne spotkania przeznaczają się na utrwalanie zdobytej wiedzy i trenowanie umiejętności w toku pracy nad konkretnymi przekonaniami. Terapia grupowa, z racji możliwości wykorzystania potencjału innych ludzi, jeszcze bardziej sprzyja ćwiczeniu nowych umiejętności (Wirga, Wojtyna, 2008). Pojawia się wówczas znacznie więcej możliwości trenowania technik samopomocy. Uczestnicy grupy nie tylko mają okazję przepracować własne treści poznawcze, lecz także aktywnie uczestniczą w rozwiązywaniu problemów innych osób, co sprzyja budowaniu poczucia własnej skuteczności dzięki tzw. doświadczeniu pośredniemu (Juczyński, 1998; Yalom, Leszcz, 2006).

Specyfika choroby nowotworowej i głównie reaktywne podłoże towarzyszących jej problemów emocjonalnych pozwala zakładać możliwość przeprowadzenia zablokowanych, krótkich programów skutecznej pomocy psychoterapeutycznej dla pacjentów chorych onkologicznie.

Celem prezentowanego w niniejszej pracy badania było określenie wpływu krótkiej grupowej racjonalnej terapii zachowania na jakość życia chorych na nowotwory.

Materiał i metody

Osoby badane i przebieg badań

Do udziału w badaniu zaproszono 310 osób chorych na nowotwory. Włączenie do badań następowało po poinformowaniu pacjentów o procedurze badania i rodzaju planowanej interwencji terapeutycznej (grupowa RTZ) oraz po wyrażeniu przez pacjentów zgody na badanie. Chorzy otrzymali informację, że udział w terapii jest dobrowolny i bezpłatny. Pozostałe kryteria włączenia chorych do badania to: brak istotnych zaburzeń funkcji poznawczych oraz brak czynnych zaburzeń psychotycznych. Żaden z objętych badaniem pacjentów nie był wcześniej leczony psychiatrycznie i nie korzystał z profesjonalnej pomocy psychoterapeutycznej.

Chorych następnie podzielono na trzy grupy. W grupie eksperymentalnej ($N = 50$) wprowadzono krótkoterminową grupową racjonalną terapię zachowania (RTZ) jako oddziaływanie uzupełniające konwencjonalne postępowanie onkologiczne. Pierwszą grupę porównawczą ($N = 80$) stanowili chorzy oczekujący na możliwość psychoterapii (czas oczekiwania wynosił od 4 do 6 miesięcy). Drugą grupę porównawczą tworzyli pacjenci, którzy odrzucili propozycję psychoterapii ($N = 80$). Powodem takiej ich decyzji najczęściej był brak czasu, deklarowany brak zainteresowania lub potrzeby specjalistycznego wsparcia psychoedukacyjno-terapeutycznego oraz chęć pozostania dłużej we własnym domu.

Badanie miało charakter podłużny, z dwukrotnym pomiarem — początkowym i po 9 tygodniach, czyli dwa miesiące po zakończeniu terapii.

Ze względu na utratę części danych w drugim pomiarze ostatecznie do analizy włączono wyniki 217 chorych, w tym 146 kobiet i 71 mężczyzn, w wieku od 24 do 66 lat ($M = 48,02$; $SD = 6,4$). W grupie eksperymentalnej utrata danych dotyczyła 13 osób (3 osoby zmarły przed terminem posttestu, a 10 osób nie odesłało kwestionariuszy lub dane w kwestionariuszach nie były pełne). W pierwszej grupie kontrolnej wszyscy badani wypełnili i zwrócili kwestionariusze w drugim etapie badania i wyniki te w całości objęto analizą. Zrezygnowano natomiast z analizy drugiej grupy kontrolnej, która nie była zainteresowana terapią. W tej grupie odsetek zwrotów wypełnionych kwestionariuszy

w drugim pomiarze był niski i wynosił 12,5% ($N = 10$). Nie wykazano różnic pomiędzy wszystkimi wyróżnionymi grupami — eksperymentalną i obiema kontrolnymi.

Ewaluację oddziaływania terapeutycznego przeprowadzono ostatecznie w planie dwugrupowym, uwzględniając wyniki grupy eksperymentalnej ($N = 137$) i pierwszej grupy kontrolnej oczekującej na terapię ($N = 80$).

Metoda oddziaływania — opis terapii

W grupie eksperymentalnej wprowadzono tygodniowy program psychoedukacyjno-terapeutyczny oparty na racjonalnej terapii zachowania, obejmujący łącznie 30 godzin zajęć. Spotkania odbywały się dwa razy dziennie. Przez sześć dni pacjenci uczestniczyli w zajęciach popołudniowych, na które składały się: 2-godzinna psychoedukacja na temat zdrowego myślenia i możliwości zastosowania RTZ we własnym codziennym życiu, a następnie, po przerwie, 3-godzinna grupowa terapia (pacjenci mieli wówczas możliwość przepracowania własnych niezdrowych przekonań). Siódmy dzień programu przeznaczony był na zajęcia rozrywkowe, podsumowanie i omówienie możliwości uzyskania dalszej pomocy w radzeniu sobie z chorobą i codziennymi problemami w przyszłości. Chorzy mogli także skorzystać z indywidualnych konsultacji z psychoterapeutami i lekarzami — psychiatrą i onkologiem.

Tematy poruszane w części psychoedukacyjnej obejmowały następujące zagadnienia:

- związki pomiędzy myśleniem a emocjami; temat realizowany na podstawie modelu ABC emocji (zdarzenie — interpretacja — emocja) A. Ellisa (1999);
- psychoedukacja w zakresie stosowania zdrowej semantyki jako metody ułatwiającej redukcję dystresu;
- zasady zdrowego myślenia i sposoby pracy nad zmianą własnych niezdrowych przekonań;
- wykorzystanie wyobraźni jako metody wspomagającej utrwalanie nowych adaptacyjnych przekonań oraz metody pracy nad motywacją do zmiany;
- zastosowanie RTZ w radzeniu sobie ze złością, smutkiem, z poczuciem winy, beznadziei i innymi niepożądanymi emocjami;
- zastosowanie RTZ w przeprowadzaniu zmiany niepożądanych zachowań (np. rzucenie palenia, redukcja zachowań impulsywnych czy agresywnych, wprowadzenie aktywności fizycznej, zmiana diety czy zmiana nawyków w komunikacji interpersonalnej).

Zajęcia odbywały się w grupach 10—15-osobowych i obejmowały zarówno osoby chore, jak i wspierających je na co dzień bliskich — partnerów życiowych, dzieci, rodziców czy przyjaciół. Obecność osób wspierających nie była wymogiem i 29 chorych uczestniczyło w zajęciach bez osób bliskich.

Program przeprowadzony został w trzech ośrodkach: 1) w formie stacjonarnej w ośrodku wypoczynkowym, we współpracy z Centrum Psychoonkologii i ze Stowarzyszeniem Wspierania Onkologii Unicorn w Krakowie ($N = 49$); 2) stacjonarnie w ramach hospitalizacji w Szpitalu Miejskim w Rudzie Śląskiej ($N = 48$); i 3) w formie ambulatoryjnej, we współpracy z Rudzkim Stowarzyszeniem Amazonek „Relaks” w Rudzie Śląskiej ($N = 40$).

Narzędzia

W badaniu zastosowano kwestionariusz SF-36v2 (The Short Form — 36 Health Survey Questionnaire) w polskiej adaptacji Doroty Żołnierczyk-Zredy, Kazimierza Wrześniewskiego, Joanny Bugajskiej i Anny Jędryki-Góral (Żołnierczyk-Zreda et al., 2009). Jest to jedno z najpowszechniej stosowanych i najlepiej zbadanych narzędzi do oceny jakości życia związanej ze zdrowiem (Garratt et al., 2002). Narzędzie to zbudowane jest z 36 pozycji kwestionariuszowych, składających się na osiem podskal; cztery podskale związane są ze zdrowiem somatycznym: funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów ze zdrowiem (ograniczenia roli — problemy fizyczne), ból, zdrowie ogólne; a cztery — ze zdrowiem psychicznym: witalność, funkcjonowanie społeczne, ograniczenia w pełnieniu ról z powodu problemów emocjonalnych (ograniczenia roli — problemy emocjonalne) oraz samopoczucie. Wysokie wyniki uzyskiwane w poszczególnych podskalach wskazują na pożądaną poziom funkcjonowania chorych i na wysoką jakość ich życia.

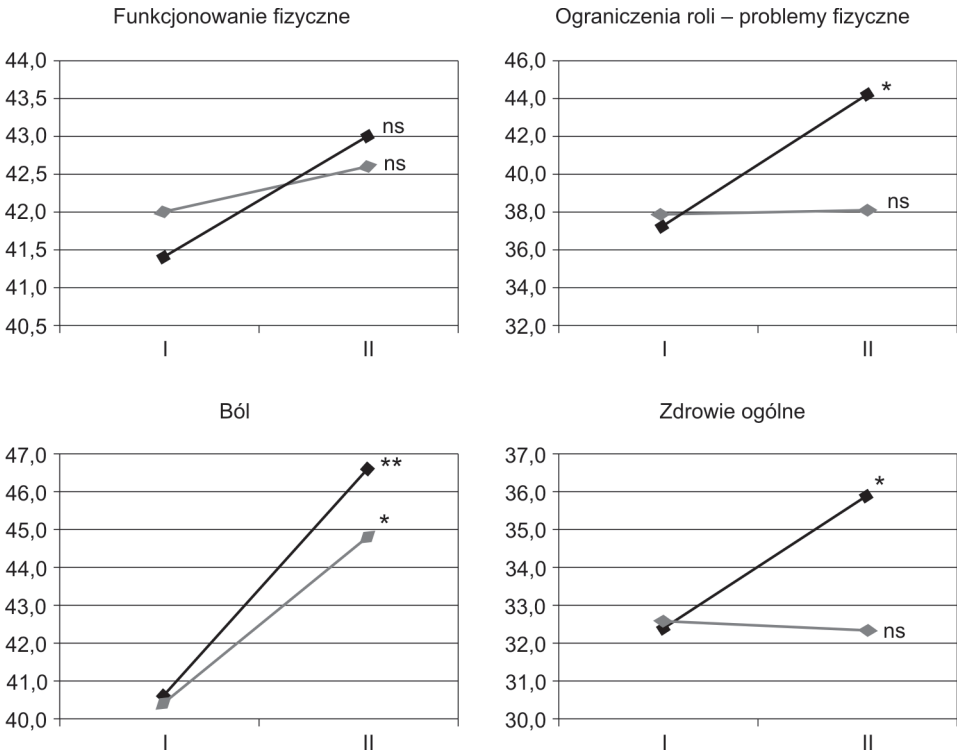
Rzetelność podskal narzędzia (α Cronbacha) zawiera się w przedziale od 0,63 dla podskali zdrowia ogólnego do 0,96 dla podskali ograniczeń roli — problemów fizycznych.

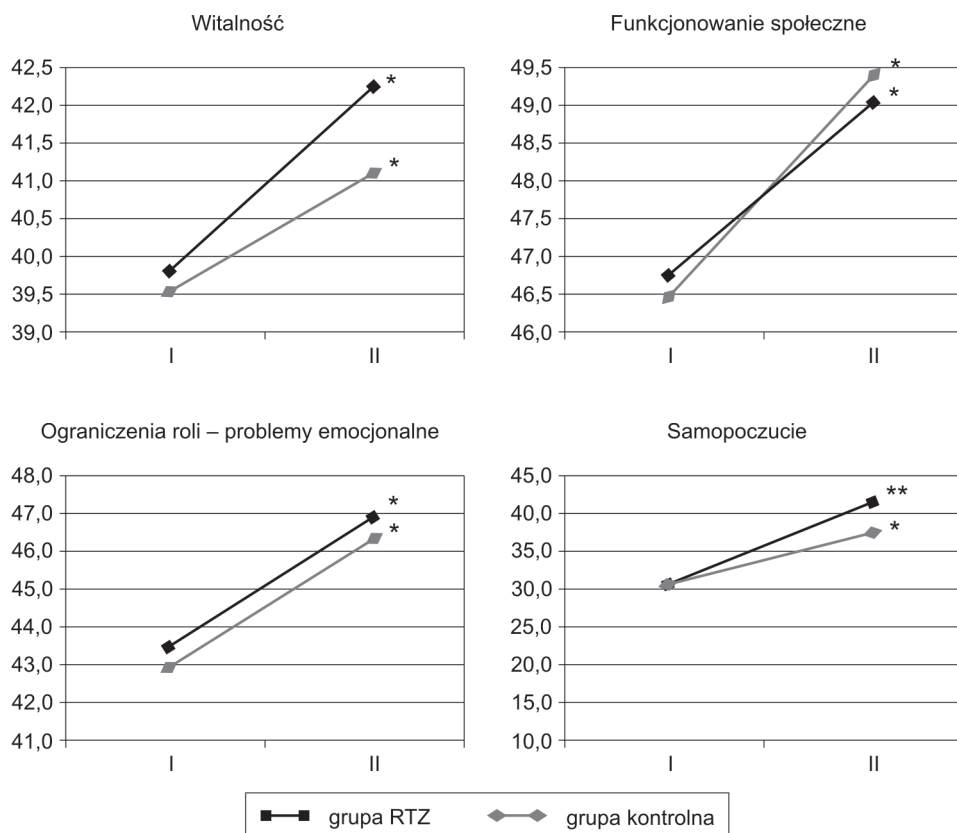
Podczas badań wykorzystano także kwestionariusz, za pomocą którego zebrano dane dotyczące przebiegu i charakterystyki choroby oraz dane socjodemograficzne.

Wyniki

Badane grupy chorych były homogeniczne pod względem stanu cywilnego, wykształcenia oraz wieku. Wśród pacjentów przeważały osoby pozostające w związkach oraz z wykształceniem zawodowym (tabela 1). Ze względu na brak korelacji wieku z jakością życia nie wprowadzano tej zmiennej do dalszych analiz. Nie wykazano także istotnych różnic pomiędzy uczestnikami grup w poszczególnych ośrodkach.

W celu porównania poziomów jakości życia na początku i na końcu badania w obu grupach przeprowadzono test *t*-Studenta dla zmiennych powiązanych. Wyniki tych porównań przedstawiono na rys. 1.





Rys. 1. Zmiany jakości życia w okresie czasu objętym badaniem

Objaśnienia: gwiazdkami oznaczono istotne statystycznie różnice pomiędzy I i II pomiarem (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$); ns — nieistotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Jedyną podskala, w której nie zaobserwowano żadnych istotnych zmian, było funkcjonowanie fizyczne. W pozostałych podskalach w grupie RTZ jakość życia ulegała poprawie, tzn. w wymiarze ograniczeń roli — problemów fizycznych ($t = -3,08$; $df = 136$; $p < 0,05$), bólu ($t = -3,25$; $df = 153$; $p < 0,01$), zdrowia ogólnego ($t = -2,45$; $df = 153$; $p < 0,05$), witalności ($t = -2,24$; $df = 153$; $p < 0,05$), funkcjonowania społecznego ($t = -3,01$; $df = 153$; $p < 0,05$), ograniczeń roli — problemów emocjonalnych ($t = -2,89$; $df = 153$; $p < 0,05$) oraz samopoczucia ($t = -3,50$; $df = 153$; $p < 0,01$).

Poprawę zaobserwowano także w grupie kontrolnej w obszarze funkcjonowania społecznego ($t = -3,19$; $df = 79$; $p < 0,05$), bólu ($t = -2,98$; $df = 79$; $p < 0,05$), ograniczeń roli — problemów emocjonalnych ($t = -2,79$;

$df = 79$; $p < 0,05$) oraz w zakresie samopoczucia ($t = -3,02$; $df = 79$; $p < 0,05$). Nie zaobserwowano natomiast istotnego pogorszenia się jakości życia w żadnej z badanych skal.

Tabela 1

Charakterystyka osób badanych

Cecha		Grupa				Razem ($N = 217$)	
		RTZ ($N = 137$)		kontrolna ($N = 80$)			
		liczba	procent	liczba	procent	liczba	procent
Stan cywilny	wolny	24	17,5	13	16,2	37	17,0
	małżeństwo/konkubinaty	96	70,1	58	72,5	154	71,0
	wdowieństwo	6	4,4	4	5,0	10	4,6
	rozwód	11	8,0	5	6,3	16	7,4
Wykształcenie	podstawowe	7	5,1	1	1,3	8	3,8
	zawodowe	87	63,5	52	65,0	139	64,0
	średnie	22	16,0	16	20,0	38	17,5
	wyższe	21	15,4	11	13,7	32	14,7
Wiek	M	48,22		47,48		48,02	
	SD	6,8		5,9		6,4	
	t ($df = 215$)	ns		ns		—	

Objaśnienie: ns — nieistotnie statystycznie.

Źródło: Badania własne.

W celu wykazania różnic pomiędzy grupą kontrolną a chorymi korzystającymi z grupowej RTZ zastosowano analizę wariancji dla powtarzalnych pomiarów opartą na modelu III (efektów mieszanych) ANOVA (tabela 2).

Analiza efektów interakcji udziału w terapii oraz oceny jakości życia wykazała, że zastosowane oddziaływanie było skuteczne w odniesieniu do następujących obszarów jakości życia: ograniczeń roli — problemów fizycznych, bólu, zdrowia ogólnego, witalności, funkcjonowania społecznego i samopoczucia. Oznacza to, że po dziewięciu tygodniach od momentu rozpoczęcia terapii nastąpił istotny statystycznie wzrost jakości życia chorych onkologicznie w tych wymiarach ewaluacji.

Natomiast niezależny od udziału w terapii wzrost jakości życia w obu grupach zaobserwowano w wymiarze ograniczeń roli — problemów emocjonalnych.

Tabela 2

**Jakość życia — analiza wariancji dla powtarzalnych pomiarów
w grupie RTZ ($N = 137$) i grupie kontrolnej ($N = 80$)**

Czynnik	Grupa	Jakość życia						
		pomiar I		pomiar II		źródło zmienności		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	grupa <i>F</i> (η^2)	pomiar <i>F</i> (η^2)	interakcja <i>F</i> (η^2)
Funkcjonowanie fizyczne	RTZ	41,40	8,62	43,01	8,27	ns	ns	ns
	kontrolna	41,97	8,68	42,64	9,80			
Ograniczenia roli — problemy fizyczne	RTZ	37,03	4,93	44,28	3,91	ns	4,53* (0,04)	5,34* (0,39)
	kontrolna	37,85	4,25	38,11	4,10			
Ból	RTZ	40,69	3,87	46,55	4,85	ns	12,78* (0,09)	64,87*** (0,48)
	kontrolna	40,40	5,37	44,67	8,05			
Zdrowie ogólne	RTZ	32,46	4,96	35,82	5,35	ns	5,01* (0,03)	5,02* (0,27)
	kontrolna	32,63	5,62	32,47	6,07			
Witalność	RTZ	39,75	3,06	42,26	3,87	ns	6,02* (0,10)	6,96* (0,13)
	kontrolna	39,52	4,25	39,53	4,54			
Funkcjonowanie społeczne	RTZ	46,69	3,78	49,10	4,97	ns	7,72* (0,03)	75,01*** (0,36)
	kontrolna	46,41	5,25	49,29	8,61			
Ograniczenia roli — problemy emocjonalne	RTZ	43,37	4,73	46,83	4,06	ns	5,07* (0,11)	ns
	kontrolna	42,86	4,03	46,45	4,31			
Samopoczucie	RTZ	31,55	5,56	41,97	6,31	ns	10,23* (0,06)	25,78** (0,24)
	kontrolna	31,13	7,71	37,33	9,08			

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

Objaśnienie: ns — nieistotne statystycznie.

Źródło: Badania własne.

Dyskusja

W badaniu wykazano obecność korzystnych zmian w jakości życia zarówno w grupie eksperymentalnej, jak i w grupie kontrolnej. Racjonalna terapia zachowania wiązała się jednak z większą i dotyczącą większej liczby sfer życia poprawą jakości życia w porównaniu ze zmianami obserwowanymi w grupie kontrolnej. Warto zaznaczyć, że w okresie objętym

badaniem nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie poprawy zdrowia somatycznego; co więcej, często obserwuje się pogorszenie samopoczucia fizycznego chorych, będące skutkiem stosowanego leczenia czy postępu choroby. Stąd szczególnie interesująca jest poprawa jakości życia w grupie poddanej RTZ związana z oceną zdrowia ogólnego i przełamywaniem ograniczeń ról związanych z problemami fizycznymi, a także obserwowana w obu grupach poprawa w zakresie radzenia sobie z bólem.

Uzyskane wyniki wskazują, iż nawet bardzo krótko stosowana grupowa forma RTZ przynosi pozytywne efekty — wpływa na poprawę jakości życia w dwa miesiące po zakończeniu oddziaływań. Jest to wynik spójny z doniesieniami dotyczącymi bardziej rozciągniętych w czasie terapii poznawczo-behawioralnych stosowanych u chorych na nowotwory (por. Hersch et al., 2009; Hopko et al., 2008; Wojtyna, Życińska, Stawiarska, 2007). Autorzy wielu prac zwracają uwagę na fakt, że najlepsze efekty uzyskuje się około 3 miesiące po zakończeniu terapii, jednak później korzyści z tych oddziaływań zaczynają słabnąć. Interesujące jest zatem zbadanie bardziej odległych w czasie skutków krótkiej RTZ, a także przygotowanie i ewaluacja programów podtrzymujących dla chorych, którzy uzyskali korzyści z udziału w psychoterapii.

Ciekawe wydają się obserwacje zmian w grupie kontrolnej. Nie wykazano pogorszenia się jakości życia w żadnej podskali, natomiast zaobserwowano poprawę jakości życia w zakresie lepszego radzenia sobie z bólem, lepszego funkcjonowania społecznego, pokonywania ograniczeń ról związanych z problemami emocjonalnymi; wreszcie poprawie uległo ogólne samopoczucie chorych.

Z jednej strony zmiany te można tłumaczyć naturalnie przebiegającymi procesami adaptacji do choroby. Takie zjawiska, jak adaptacja poznawcza do choroby, nadawanie znaczenia, posttraumatyczny wzrost czy odnoszenie korzyści wtórnych z choroby, są dość powszechne w grupie chorych na nowotwory (Cordova et al., 2001; Taylor, 1983; Tomich, Helgeson, 2004). Wśród korzyści wtórnych najczęściej wymienia się pogłębienie i poprawę relacji z bliskimi, zmianę hierarchii wartości, odnalezienie nowego sensu życia, nabycie umiejętności dbania o siebie i wyrażania własnych potrzeb. W badaniach podejmujących tę problematykę wskazuje się na pozytywny wpływ korzyści wtórnych na stan psychiczny — np. Sharon Sears, Annette Stanton i Sharon Danoff-Burg (2003) wykazały, iż 83% badanych kobiet z rakiem piersi potrafiło wskazać przynajmniej jedną korzyść związaną z doświadczeniem choroby i przekładało się to na lepsze funkcjonowanie psychiczne tych chorych. Podobne wyniki uzyskali w badaniach Patricia Tomich i Vickie Helgeson (2002) czy Charles Carver i Michael Antoni (2004). Wyniki zaprezentowane w niniejszym artykule również pokazują zmiany przede wszystkim w za-

kresie jakości życia związanej ze zdrowiem psychicznym. Jedyna zmiana w obszarze jakości życia dotyczącym zdrowia fizycznego dotyczyła lepszego radzenia sobie z bólem, co może wynikać z objęcia chorych leczeniem przeciwbólowym, które jest standardem postępowania medycznego.

Podobne zjawiska mogły zachodzić także w grupie eksperymentalnej, wykazano bowiem, iż udział w terapii poznawczo-behawioralnej wiąże się z większym nasileniem poszukiwania korzyści wtórnych z choroby nowotworowej i lepszą jakością życia, a zmiany te są mediowane przez rozwój umiejętności radzenia sobie ze stresem (Penedo et al., 2006).

Warto jednak zwrócić uwagę na specyfikę grupy porównawczej. Osoby z tej grupy były bardzo zaangażowane i zdeterminowane do uczestnictwa w terapii. Może o tym świadczyć fakt, że jedynie w tej grupie 100% osób wypełniło kwestionariusze w drugim pomiarze badania. Możliwe więc, że osoby te dostrzegały u siebie potrzebę zmian i jednocześnie aktywnie poszukiwały pomocy. Można też przypuszczać, że pomoc tę otrzymywały ze strony najbliższego otoczenia (72,5% badanych z tej grupy pozostawało w stałych związkach). Interesująca byłaby zatem analiza jakości życia w drugiej grupie kontrolnej, w której nie występowało zainteresowanie udziałem w terapii. Nie było to jednak możliwe w niniejszym badaniu. Warto także bliżej przyjrzeć się dynamice zmian u ludzi niekorzystających z pomocy psychologicznej czy psychoterapeutycznej.

Ograniczeniem przedstawianego badania jest brak randomizacji. Badaniem objęte zostały osoby zainteresowane pomocą psychoterapeutyczną, co nie pozwala na uogólnienie wniosków z badania na całą populację chorych na nowotwory.

Wnioski

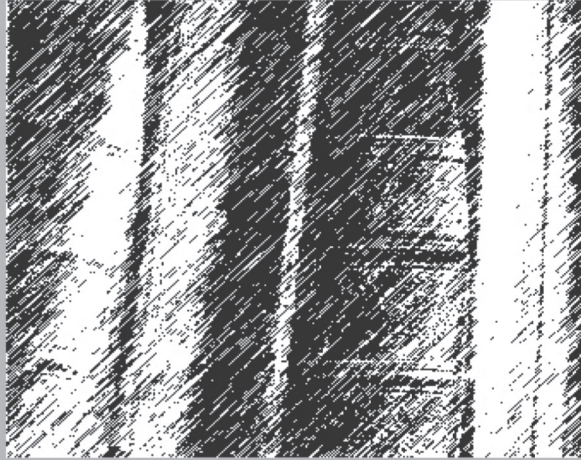
Na podstawie przedstawionych wyników badań można stwierdzić, iż nawet kilkudniowe poznawczo-behawioralne oddziaływania terapeutyczne mogą stać się cennym uzupełnieniem standardowego leczenia onkologicznego przede wszystkim u osób poszukujących pomocy w radzeniu sobie z chorobą. Racjonalna terapia zachowania może zatem stać się narzędziem stosowanym przez placówki zajmujące się leczeniem onkologicznym, które pragnąc realizować postulat o wspieraniu jakości życia chorych, jednocześnie nie dysponują możliwościami zaoferowania profesjonalnej pomocy psychologa klinicznego (RTZ może być prowadzona przez wyszkolonego lekarza, pielęgniarkę lub psychologa) czy psychoterapii o dłuższym okresie trwania.

Bibliografia

- Andersen B.L. et al., 2004: *Psychological, behavioral and immune changes after psychological intervention: a clinical trial*. "Journal of Clinical Oncology", vol. 22 (17), s. 3570—3580.
- Bottomley A., 1997: *Synthesizing cancer group interventions — a cancer group intervention in need of testing*. "Clinical Psychology and Psychotherapy", vol. 4 (1), s. 51—61.
- Bredin M. et al., 1999: *Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer*. "BMJ", vol. 318, s. 901—904.
- Carver C., Antoni M., 2004: *Finding benefit in breast cancer during the year after diagnosis predicts better adjustment 5 to 8 years after diagnosis*. "Health Psychology", vol. 23 (6), s. 595—598.
- Cathcart F., 2006: *Psychological distress in patients with advanced cancer*. "Clinical Medicine", vol. 6, s. 148—150.
- Cordova M. et al., 2001: *Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study*. "Health Psychology", vol. 20, s. 176—185.
- Dalton J.A. et al., 2004: *Tailoring cognitive-behavioral treatment for cancer pain*. "Pain Management Nursing", vol. 5 (1), s. 3—18.
- Ellis A., 1999: *Terapia krótkoterminowa*. Gdańsk.
- Fawzy F.I., Canada A.L., Fawzy N.W., 2003: *Malignant melanoma: effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up*. "Archives of General Psychiatry", no. 60 (1), s. 100—103.
- Ferguson R.J., Cassel A., Dawson R., 2010: *Cognitive effects of cancer chemotherapy in adult cancer survivors: Cognitive-behavioral management*. "Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy", vol. 28 (1), s. 25—41.
- Garratt A.M. et al., 2002: *Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures*. "British Medical Journal", vol. 324 (7351), s. 1417—1421.
- Helgeson V.S., Lepore S.J., Eton D.T., 2006: *Moderators of the benefits of psychoeducational interventions for men with prostate cancer*. "Health Psychology", vol. 25 (3), s. 348—354.
- Hersch J. et al., 2009: *Psychosocial interventions and quality of life in gynaecological cancer patients: a systematic review*. "Psycho-Oncology", vol. 18, s. 795—810.
- Hopko D.R. et al., 2008: *Cognitive-behavior therapy for depressed cancer patients in a medical care setting*. "Behavior Therapy", vol. 39 (2), s. 126—136.
- Juczyński Z., 1998: *Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych*. „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 5 (14), s. 54—63.
- Kokoszka A., 2009: *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behavioralnej*. Kraków.
- Lazarus R., Folkman S., 1984: *Stress, appraisal and coping*. New York.
- Majkowicz M., 2000: *Problemy i perspektywy oceny jakości życia w chorobie nowotworowej (ujęcie krytyczne)*. W: *Psychoonkologia*. Red. K. de Walden-Gałuszko. Kraków, s. 141—148.
- Maultsby M.C., 2008: *Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behavioralnej*. Wyd. 2. pol., popr. i uaktualnione. Przeł., uaktualnił, popr. i rozsz. M. Wirga. Żnin.
- Moorey S., Greer S., 2007: *Terapia poznawczo-behavioralna osób z chorobą nowotworową*. Przeł. M. Klimaszewska. Gdynia.

- Morrow G., Roscoe J.A., Hickok J.T., 1998: *Nausea and vomiting*. In: *Psycho-oncology*. Red. J.C. Holland, W. Breitbart, P.B. Jacobsen. New York, s. 476—484.
- Penedo F.J. et al., 2006: *A randomized trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding*. "Annals of Behavioral Medicine", vol. 31 (3), s. 261—270.
- Rehse B., Pukrop R., 2002: *Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: Meta-analysis of 37 published controlled outcome studies*. "Patient Education and Counseling", vol. 50, s. 179—186.
- Ridder D. de, Schreurs K., 2001: *Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept?* "Clinical Psychology Review", vol. 21 (2), s. 205—240.
- Rymaszewska J., Podolak-Dawidziak M., Kiejna A., 2007: *Zaburzenia psychiczne w przebiegu nowotworów. Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych*. „Onkologia w Praktyce Klinicznej”, T. 3 (supl. C, cz. 1), s. 439—444.
- Schipper H., 1990: *Quality of life: Principles of the clinical paradigm*. "Journal of Psychosocial Oncology", vol. 8 (23), s. 171—185.
- Sears S., Stanton A., Danoff-Burg S., 2003: *The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer*. "Health Psychology", vol. 22, s. 487—497.
- Staat K., Segatore M., 2005: *The phenomenon of chemo-brain*. "Clinical Journal of Oncology Nursing", vol. 9 (6), s. 713—721.
- Taylor S.E., 1983: *Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation*. "American Psychologist", vol. 38, s. 1161—1173.
- Tomich P., Helgeson V., 2002: *Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women*. "Psycho-Oncology", vol. 11, s. 154—169.
- Tomich P., Helgeson V., 2004: *Is finding something good in the bad always good? Benefit finding among women with breast cancer*. "Health Psychology", vol. 23, s. 16—23.
- Walden-Gałuszko K. de, 2011: *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa.
- Walden-Gałuszko K. de, Majkovicz M., red., 1994: *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk.
- Wirga M., Wojtyna E., 2008: *Grupowa racjonalna terapia zachowania*. W: M.C. Maullsby: *Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik terapii poznawczo-behawioralnej*. Wyd. 2. pol., popr. i uaktualnione. Przeł., uaktualnił, popr. i rozsz. M. Wirga. Żnin, s. 347—370.
- Wirga M., Wojtyna E., 2010: *Udręki zdrowego umysłu. Neuropsychologia cierpienia*. W: *Wielowymiarowość cierpienia*. Red. J. Binnebesel, J. Błeszyński, Z. Domżał. Łódź, s. 31—51.
- Wojtyna E., 2012: *Irrational suffering — An impact of cognitive behavioural therapy on the depression level and the perception of pain in cancer patients*. In: *Mental illnesses — evaluation, treatments and implications*. Ed. L. L'Abate. S. 227—244. Strona internetowa: InTech. Tryb dostępu: <http://www.intechopen.com/articles/show/title/irrational-suffering-an-impact-of-cognitive-behavioural-therapy-on-the-depression-level-and-the-perc>. Data dostępu: 08.02.2013 r.
- Wojtyna E., Stawiarska P., 2010: *Percepcja wsparcia społecznego a uczestnictwo w terapii poznawczo-behawioralnej u kobiet z rakiem piersi*. W: *Kryzysy, katastrofy, kataklizmy w perspektywie psychologicznej*. Red. K. Popiołek, A. Bańka. Poznań, s. 305—316.

- Wojtyna E., Życińska J., Stawiarska P., 2007: *The influence of cognitive-behavior therapy on quality of life and self-esteem in women suffering from breast cancer*. "Reports of Practical Oncology and Radiotherapy", vol. 12 (2), s. 109—117.
- Yalom I., Leszcz M., 2006: *Psychoterapia grupowa*. Kraków.
- Zabalegui A. et al., 2005: *Nursing and cancer support groups*. "Journal of Advanced Nursing", vol. 51 (4), s. 369—381.
- Żołnierczyk-Zreda D. et al., 2009: *Polska wersja kwestionariusza SF-36v2 do badania jakości życia*. Warszawa.



ŁUKASZ JACH

Źródła ludzkiego zadowolenia z życia z punktu widzenia psychologii ewolucyjnej — wybrane zagadnienia

The sources of humans' satisfaction with life in terms of the evolutionary psychology — selected aspects

Abstract: The topic of the article is evolutionary reflection on human sense of happiness, its causes and determinants. According to evolutionary foundations, emotional and cognitive processes connected with feeling of psychological well-being represent the symptom of functioning of psychic mechanisms developed in response to environmental problems of adaptation. Based on this thesis we present explanations of such phenomena as positive and negative emotionality, commonness of optimistic attitude and general positive inclination and influence of contemporary environmental conditions on our sense of happiness. The last part of the article treats shows some ways of practical employment of evolutionary knowledge to develop human well-being.

Key words: psychology of happiness, error management theory, evolutionary psychology, satisfaction with life, positive psychology.

Wprowadzenie

W psychologii zagadnienia związane z subiektywnym poczuciem szczęścia i zadowolenia z życia porusza jej rozwijająca się subdyscyplina określana mianem psychologii pozytywnej (Seligman, 2008). Jak dotąd, wielość podejść i teorii formułowanych w ramach tej dziedziny uniemożliwia wskazanie jednego, dominującego stanowiska, dostarczającego narzędzi opisu i wyjaśnienia wszystkich zjawisk związanych z odczuwaniem, percepcją i poszukiwaniem szczęścia oraz życiowej satysfakcji. Przykładowo, teoria potrzeb sformułowana przez Ruuta Veenhova (podaję za: Czapiński, 2008a) dość dobrze sprawdza się w warunkach analizy makrostruktur, takich jak państwo lub społeczeństwo, słabiej radzi sobie natomiast z problematyką poczucia zadowolenia z życia podejmowaną na poziomie konkretnej jednostki. Podobny problem dotyczy teorii Alexa C. Michalosa (podaję za: *ibidem*); jej autor zwraca uwagę na znaczenie porównań w budowaniu subiektywnego poczucia dobrostanu. Jeśli bowiem ludzi cechuje tendencja do określania poziomu satysfakcji ze swojego życia na podstawie zestawień z innymi, to jak wytłumaczyć powszechne zjawisko polegające na przeszacowywaniu poziomu własnego zadowolenia z życia (Nettle, 2005)?

Próby stworzenia spójnej teorii dobrostanu psychicznego, jego przyczyn i wyznaczników od pewnego czasu podejmowane są również na gruncie psychologii ewolucyjnej. Ta silnie osadzona w perspektywie biologicznej gałąź psychologii od początku nastawiona jest na odkrywanie kolejnych, ukształtowanych w toku ewolucji elementów ludzkiej natury, wyrażającej się w działaniu mechanizmów psychicznych wykształconych ewolucyjnie (Buss, 2001). Ewolucjoniści sugerują, by wszelkie procesy zachodzące w obrębie psychiki uznawać za przejawy funkcjonowania ukształtowanych w procesie doboru naturalnego mechanizmów służących rozwiązywaniu występujących w środowisku problemów adaptacyjnych, z których najważniejsze wiążą się z przetrwaniem i reprodukcją¹. Teoria samolubnego genu (Dawkins, 2003) zakłada, że każdy żywy organizm jest jedynie swego rodzaju transporterem umożliwiającym międzypokoleniową replikację informacji zawartej w genach.

Pomiędzy rozwijanymi dotychczas w ramach psychologii pozytywnej podejściami hedonistycznymi² i eudajmonistycznymi³ a ujęciem ewolucyj-

¹ Na temat założeń podejścia ewolucyjnego w psychologii zob. np. Wróbel, 2010.

² Zgodnie z postulatami podejść hedonistycznych, poziom szczęścia określić można jako funkcję matematyczną uwzględniającą liczbę pozytywnych i negatywnych emocji doświadczanych w trakcie życia.

³ W podejściach eudajmonistycznych zakłada się, że szczęście to coś więcej niż tylko prosty stosunek przyjemności i przykrości, oraz zwraca uwagę na fakt, iż nawet nieprzy-

nym istnieje więc zasadnicza różnica. Podczas gdy te pierwsze uznają szczęście jednostki za podstawową i bezwzględnie istotną wartość, psychologia ewolucyjna nadaje szczęściu status wartości względnej. Wysoki poziom dobrostanu psychicznego wartościowy jest tylko o tyle, o ile jest adaptacyjny w konkretnych warunkach środowiskowych. Jeżeli dążenie do szczęścia i jego doświadczenie nie wiązałyby się dodatkowo z sukcesem ewolucyjnym, to prawdopodobnie ludzie nie wydatkowaliby tyle czasu i energii na wysiłki motywowane osiągnięciem i utrzymaniem szczęścia. Działania ludzi są środkiem mającym na celu zwiększanie subiektywnego poczucia szczęścia, ale samo poczucie szczęścia także stanowi jedynie środek sprzyjający replikacji materiału genetycznego. W związku z niniejszym u podstaw wszelkich ewolucyjnych rozważań na temat psychicznego dobrostanu odnaleźć można następujące założenia:

1. Poznawcze i emocjonalne mechanizmy związane z odczuwaniem psychicznego dobrostanu są ewolucyjnymi adaptacjami, służącymi orientowaniu aktywności organizmu na zwiększanie poziomu jego dopasowania do środowiska i szans na reprodukcję materiału genetycznego (por. Tooby, Cosmides, 2005).
2. Powiązanie aktywności nastawionej na realizację ewolucyjnych priorytetów z pozytywnymi odczuciami zachodzi wówczas, gdy mechanizmy psychiczne działają w sposób prawidłowy. Najwyższe prawdopodobieństwo prawidłowego funkcjonowania mechanizmów psychicznych odpowiedzialnych za poczucie szczęścia występuje w sytuacji przebywania organizmu w środowisku, którego fizyczne i społeczne aspekty są zbliżone do tych, z jakimi przedstawiciele naszego gatunku spotykali się w czasie gatunkowego rozwoju (por. Buss, 2001; Gazzaniga, 2011).
3. Obecne, późnonowoczesne warunki życia, znacząco różniące się od środowiska powstawania ludzkich mechanizmów psychicznych, stwarzają ryzyko wystąpienia dysfunkcji, które w zakresie poczucia szczęścia przejawiać się mogą:
 - a) doświadczeniem radości w związku z podejmowaniem działań nieprzyczyniających się do zwiększania poziomu dopasowania do środowiska,
 - b) brakiem doświadczenia radości, czy wręcz obniżonym dobrostanem psychicznym, w związku z podejmowaniem działań przyczyniających się do zwiększania poziomu dopasowania do środowiska.

W poszczególnych częściach niniejszego artykułu założenia te rozwinięte zostaną w formie poszerzonej analizy teoretycznej, wspartej informacjami pochodzącymi z badań. Jako główne tematy wyróżniono do-

jemne wydarzenia w ostatecznym rozrachunku interpretowane mogą być przez jednostkę jako rozwijające jej osobowość i pozwalające spojrzeć na życie w sposób wieloaspektowy.

świadczenia związane z pozytywną i negatywną emocjonalnością, ludzką skłonnością do optymizmu oraz wpływ, jaki na poczucie szczęścia mają współczesne uwarunkowania środowiskowe. Ponadto opisano kierunki praktycznych oddziaływań, jakie dla podwyższania poczucia subiektywnego dobrostanu mogą być podejmowane na kanwie założeń psychologii ewolucyjnej.

Być szczęśliwym, czyli odczuwać pozytywne emocje

Zgodnie z hedonistycznie zorientowanymi ujęciami psychologii pozytywnej, jednostka wie, że satysfakcjonujące życie wtedy, gdy obfituje ono w bodźce przyjemne, a sytuacje wywołujące ból, strach czy cierpienie przydarzają się możliwie najrzadziej (Czapiński, 2008b). Tak rozumiane szczęście nierozzerwalnie łączy się z doświadczaniem pozytywnych emocji i wolnością od emocji negatywnych. Propozycję utylitarystów, zakładających oparcie dyskusji o szczęście na bilansie emocjonalnym, zestawiać można z ewolucyjnymi ustaleniami na temat natury emocji. Dokonując analizy sześciu zidentyfikowanych przez Paula Eckmana i Wallace'a Friesena emocji podstawowych, Daniel Nettle (2005) zwrócił uwagę, że tylko jedna z nich (radość) związana jest ze stanem pozytywnym, natomiast aż cztery (złość, strach, obrzydzenie i smutek) dotyczą stanów negatywnych (zaskoczenie uznane zostało za emocję neutralną). Autor zauważa ponadto, że emocje negatywne charakteryzuje wysoki stopień specyfikacji (konkretne emocje pojawiają się w zetknięciu z konkretnymi przykrymi bodźcami), radość zaś jest emocją niespecyficzną (różne bodźce przyjemne wywołują bardzo podobne reakcje organizmu).

Specyficzność emocji negatywnych wytłumaczyć można ich znaczeniem dla bezpośredniego przeżycia organizmu. Każda z emocji związana jest z konkretnymi, występującymi w środowisku naszych przodków problemami adaptacyjnymi, wymagającymi innych środków zaradczych. Strach uaktywniał się w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, towarzyszących na przykład zmaganiom z dzikimi zwierzętami lub siłami natury. Występująca w sytuacjach łamania norm społecznych złość nakazywała podjęcie kroków zmierzających ku przywróceniu ładu. Smutek doświadczany w momencie straty z jednej strony ułatwiał poszukiwanie wsparcia społecznego, z drugiej zaś motywował do zachowania ostrożności na przyszłość. Obrzydzenie pomagało w unikaniu zagrożeń związa-

nych choćby z nieświeżym lub trującym pożywieniem, jadowitymi bądź zakażonymi zwierzętami czy siedliskami drobnoustrojów wywołujących choroby. Jak widać, z każdą z emocji negatywnych wiąże się konkretny program działania. Inaczej jest z radością, która sygnalizowała po prostu, że wszystko jest w jak najlepszym porządku i niczego nie należy zmieniać.

Według psychologów ewolucyjnych, w warstwie emocjonalno-motywacyjnej współczesny człowiek niczym nie różni się od prehistorycznego mieszkańca afrykańskiej sawanny. Teorie hedonistyczne powinny więc uwzględniać funkcjonalne różnice pomiędzy pozytywną i negatywną emocjonalnością, a także zjawisko szybkiego tempa adaptacji organizmu do bodźców zwiększających poczucie psychicznego dobrostanu.

Organizm ludzki bardzo łatwo adaptuje się do zjawisk o pozytywnym znaku — wyzwalane przez nie stany emocjonalne są z natury ulotne i nierzadko mniej satysfakcjonujące niż w naszych wcześniejszych wyobrażeniach. Dzieje się tak, ponieważ długotrwałe doświadczanie silnych pozytywnych emocji osłabia reakcje na płynące z otoczenia bodźce. Przyjemność związana z konkretnymi czynnościami musi mieć swój kres także dlatego, by stale utrzymywać w organizmie pewien motywacyjny potencjał. Opisane przez Philipa Brickmana i Donalda P. Campbella (podają za: Diener, Lucas, Scolon, 2006) zjawisko hedonistycznego młyna, polegające na ciągłej niemożności osiągnięcia poczucia pełnej i trwałej satysfakcji, ma zatem swoje ewolucyjne uzasadnienie. Inaczej rzecz ma się w przypadku stanów negatywnych, do których o wiele trudniej jest się przyzwyczaić. Wiąże się to z przypisywanym im znaczeniem, zakładającym współwystępowanie z wymagającym rozwiązania problemem adaptacyjnym. Subiektywną nietrwałość przyjemności i uciążliwość doświadczania bodźców przykrych doskonale opisał Albert Einstein, twierdząc, że dwie minuty spędzone na gorącym piecu wydają się dwiema godzinami, a dwie godziny w towarzystwie pięknej kobiety mijają tak szybko, jak dwie minuty (Klein, 2009).

Jak pogodzić przedstawione tezy z wnioskami płynącymi z badań nad pozytywną emocjonalnością? Według Alice M. Isen (2008), doświadczanie pozytywnych emocji na poziomie neurobiologicznym powiązane jest z aktywacją obszarów mózgu odpowiedzialnych za bardziej plastyczne myślenie, przydatne zarówno podczas rozwiązywania problemów (lepsze radzenie sobie ze stresem, otwartość na informacje zwrotne, poszukiwanie różnorodności), jak i w relacjach międzyludzkich (wzrost empatii, mniejsze prawdopodobieństwo wykazywania postaw opartych na negatywnych stereotypach). Wiele badań wskazuje, że o ile pozytywna emocjonalność wiąże się z długim życiem, o tyle implikującej podwyższoną czujność emocjonalności negatywnej towarzyszą większe szanse na prze-

życie w niesprzyjających warunkach środowiskowych (Nettle, 2006). Możliwe, że korzyści płynące z emocjonalności pozytywnej pojawiły się dopiero w środowisku wyselekcjonowanym dzięki emocjom negatywnym. Jak jednak zauważają Jeff T. Larsen, Scott H. Hemenover, Catherine J. Norris i John T. Cacioppo (Larsen et al., 2008), na poziomie neurofizjologicznym za doświadczanie emocji pozytywnych i negatywnych odpowiadają różne układy neuronalne, co oznacza, że w niektórych przypadkach układy te mogą być pobudzane jednocześnie. Według autorów, taka konfiguracja charakteryzuje się najwyższym poziomem adaptacyjności, pozwalającym na przykład lepiej wykorzystywać zasoby pamięci i wyciągać wnioski z przeszłych niepowodzeń, żywiąc jednocześnie nadzieję na sukces w czasie kolejnych zmagania z tym samym problemem.

Ewolucyjne różowe okulary

Skoro ludzkiemu życiu towarzyszy ciągle gonitwa za tym, co trwale nieosiągalne, dlaczego większość osób uważa się za ludzi szczęśliwych? Marie G. Haselton i Daniel Nettle (2006) podjęli próbę wyjaśnienia niniejszego zjawiska w ramach ewolucyjnej teorii zarządzania błędami (*error management theory*, EMT), ukazującej możliwe korzyści płynące z nie do końca optymalnego funkcjonowania procesów poznawczych.

Z ewolucyjnego punktu widzenia organizm, który radzi sobie w swoim otoczeniu w sposób najlepszy z możliwych, podejmuje określone zachowania wyłącznie w sytuacjach tego wymagających i powstrzymuje się od takich zachowań w okolicznościach czyniących dane zachowanie nieopłacalnym. Innymi słowy, organizm doskonale radzący sobie w otoczeniu powinien reagować wtedy, gdy jest to uzasadnione, i nie reagować wtedy, gdy obiektywnie nie ma takiej potrzeby. W związku z reakcjami na bodźce z otoczenia, w zachowaniach wskazać można jednak dwa typy błędów towarzyszących życiu organizmu:

- typ I — zachowanie pojawia się pomimo braku odpowiednich bodźców z otoczenia,
- typ II — pomimo występowania odpowiednich bodźców zachowanie nie pojawia się.

Co ciekawe, oba typy błędów nie występują z równą częstotliwością, a to za sprawą związanych z nimi, wcale nie identycznych, kosztów środowiskowych.

Jednym z najczęściej wskazywanych w literaturze z zakresu psychologii ewolucyjnej przykładów działania mechanizmów psychicznych

wykształconych ewolucyjnie jest reakcja organizmu wywołana leżącą wzdłuż leśnej ścieżki suchą gałęzią przypominającą węża (zob. np. Buss, 2001). Zgodnie z teorią, spotkania z węzami były dla naszych przodków ważnymi zadaniami ewolucyjnymi, z czego wynika wyczulenie współczesnych ludzi na obiekty przypominające swym kształtem te groźne gady. Reakcja organizmu wywołana widokiem gałęzi jest z pewnością nieadekwatna, jednak jej faktyczne koszty porównać należy z brakiem reakcji w przypadku spotkania z jadowitym zwierzęciem...

Haselton i Nettle przywołują wiele sytuacji (obejmujących swym zasięgiem zarówno przebywanie w środowisku fizycznym, jak i wchodzenie w relacje społeczne), w których koszty popełniania przez organizm błędów typu II mogą nieść z sobą daleko poważniejsze konsekwencje dla życia lub zdrowia niż popełnianie błędów typu I. Wśród błędów typu II wymienić można na przykład nieprawidłową percepcję szybkości zbliżania się bądź oddalania źródeł hałasu. Jak podaje John G. Neuhoff (1998), jeśli intensywność dźwięku zmienia się, to ludzie skłonni są oceniać tę zmianę jako szybszą, gdy w jej rezultacie dźwięk staje się głośniejszy niż gdyby miał on cichnąć. Fakt ten wyjaśnić można ewolucyjną adaptacją do zbliżających się zagrożeń, wymagających sprawnego przejścia organizmu w stan gotowości. Koszt popełnienia błędu typu I jest znacznie niższy niż brak reakcji w sytuacji faktycznej konieczności stawienia czoła niebezpieczeństwu.

Podobne mechanizmy dostrzec można między innymi w nieufności do obcych (lepiej zachować dystans wobec osoby potencjalnie wrogiej niż zaufać osobie chcącej nas skrzywdzić) czy zdystansowanej postawie do nieznanego pożywienia. EMT wyjaśnia jednak również bardziej złożone zjawiska. Przykładowo, Steward Guthrie (2001, podają za: Haselton, Nettle, 2006) w ramach teorii EMT uzasadnia potoczny (charakterystyczny na przykład dla religii animistycznych) pogląd mówiący o występującym w przyrodzie hylozoizmie. Według badacza, przekonanie o tym, że nawet losowe wydarzenia są wynikiem intencjonalnych działań pewnych istot, jest z punktu widzenia organizmu bardziej adaptacyjne niż uznanie działań faktycznie intencjonalnych za przypadkowe. Skłonność do popełniania błędów typu I wiąże się zatem z większym poczuciem sprawstwa i podwyższoną gotowością do wchodzenia w interakcje z otoczeniem oraz mniejszym ryzykiem niedostrzeżenia rzeczywistej aktywności innych. Omawiana zależność łączy się z opisanym przez Rodericka M. Kramera (1998) zjawiskiem przeceniania własnych gaf popełnianych w otoczeniu społecznym. Z badań przeprowadzonych wśród studentów wynika, że ludzie uważają popełnione przez siebie czyny za dużo bardziej krępujące i niestosowne, niż gdyby tych czynów dokonały inne osoby. Na gruncie EMT mechanizm ten wyjaśnić można wyczuleniem

na możliwość utraty własnego, wypracowanego w grupie społecznej wizerunku. Zgodnie z maksymą „ostrożności nigdy za wiele”, mechanizm ten służy zminimalizowaniu możliwości społecznej deprecjacji i ostracyzmu, jakie towarzyszyć mogłyby popełnieniu błędu typu II (niedostrzeżenia własnej gąfy pomimo jej faktycznego popełnienia).

Przedstawione dotąd informacje na temat znaczenia EMT dotyczyły jedynie obszaru wydarzeń odbieranych jako negatywne. Marie G. Haselton i Daniel Nettle prezentują jednak wiele możliwości zastosowania tej teorii w procesie wyjaśniania źródeł ludzkiego optymizmu i ogólnie pozytywnej inklinacji. Teoria ta może tłumaczyć występującą wśród mężczyzn, zgodną z ewolucyjną teorią doboru partnerów (Buss, 2001), tendencję do przeceniania zainteresowania, jakie wzbudzają oni wśród kobiet. Popełnianie błędów I typu służy w tym przypadku maksymalizacji możliwości odniesienia ewolucyjnego sukcesu mierzonego liczbą pozostawionego potomstwa. Efekt ten w pewnym stopniu neutralizowany jest (możliwą do wyjaśnienia jako przykład błędu typu I) kobiecą tendencją do niedoceniań zaangażowania mężczyzn, służącą wyselekcjonowaniu odpowiedniego partnera.

Dużo większe znaczenie z punktu widzenia rozważań nad dobrostanem psychicznym ma jednak wskazanie funkcji nierealistycznych spostrzeżeń dotyczących własnego szczęścia i pomyślności życiowej. Jak wspomniano we wprowadzeniu, ludzie mają tendencję do uważania swojego życia za szczęśliwsze niż życie innych osób. Owo złudzenie na gruncie teorii EMT wyjaśnić można jako zjawisko stymulujące generatywność i mające duże znaczenie w procesie wzbudzania motywacji do działania.

Aktywność nastawiona na cel bardzo prawdopodobny do osiągnięcia i rezygnacja z aktywności zorientowanej na osiągnięcie celów absolutnie nieosiągalnych są formami działań niewątpliwie sensownych. Co jednak z działaniami nastawionymi na osiąganie bardzo pożądaných celów, charakteryzujących się małym prawdopodobieństwem urzeczywistnienia? Z punktu widzenia teorii ewolucyjnej cele takie znacznie zwiększają dopasowanie organizmu do środowiska, dlatego dobór naturalny premiuje zwrócone w ich kierunku zachowania. Znalezienie odpowiedniego partnera, zdobycie dobrej pracy czy podwyższenie własnego statusu w grupie nie są rzeczami łatwymi, ale nie są również niemożliwe. W dążeniu do nich pomaga błąd I typu, polegający na zawyżaniu możliwości odniesienia sukcesu. Nierealistyczny optymizm towarzyszący ocenie własnego szczęścia i zasobów niesie z sobą ryzyko porażki, pozwala jednak uniknąć sytuacji, w których prawdziwa szansa pozostałaby niewykorzystana. Błąd II typu prowadziłby w tym przypadku do pasywności, która eliminując ryzyko porażki, hamuje również generatywność i możliwości rozwoju.

Teoria EMT pokazuje, że w procesie planowania działań człowiek nie jest istotą całkowicie racjonalną. Niedoskonała racjonalność nie stanowi jednak wyniku ignorancji czy braku odpowiedniej wiedzy, ale konsekwencję mechaniki procesu doboru naturalnego, faworyzującego pewne rozwiązania ze względu na ich środowiskową użyteczność⁴. Wygląda na to, że przekonani o swoim życiowym szczęściu optymiści w naturalny sposób wypierają realistów i wiecznych malkontentów.

Tęsknota za sawanną

Badacze źródeł psychicznego dobrostanu zwracają uwagę na współczesny paradoks, polegający na coraz częstszym diagnozowaniu zaburzeń depresyjnych pomimo stale poprawiających się warunków życia. Martin E.P. Seligman (2008) mówi wręcz o „epidemii depresji”, szukając jej uzasadnienia w szybkim tempie przemian dokonujących się w obszarach wartości i stylu życia. Sytuację aktualnie żyjących pokoleń autor porównuje z położeniem pokoleń wcześniejszych — być może mających mniejsze możliwości samorealizacji i uzyskiwania autonomii, ale na pewno mniej depresyjnych. Podobne zestawienia czyni się w ramach psychologii ewolucyjnej, przy czym współczesne środowisko porównywane jest ze środowiskiem życia człowieka prehistorycznego. Jak wspomniano, jedno z podstawowych założeń psychologii ewolucyjnej mówi o istnieniu uniwersalnych mechanizmów psychicznych wykształconych w ciągu pokoleń w odpowiedzi na wymogi sytuacyjne. Inne założenie dotyczy zasadniczego podobieństwa (a nawet identyczności) mechanizmów charakteryzujących współczesnych ludzi oraz ich przodków. Z uwagi na to, że kontekst środowiskowy związany z ponowoczesnymi realiami XXI wieku w znacznej mierze różni się od będącej „kolebką ludzkości” afrykańskiej sawanny, niekompatybilne z nim mechanizmy psychiczne działać mogą w sposób dysfunkcyjny. Zwiększona częstotliwość występowania obniżonego nastroju i trudności w osiągnięciu subiektywnego dobrostanu dają się wyjaśnić ewolucyjnymi koncepcjami, które jednocześnie stanowią komentarz do wskazanych w kontekście teorii Ruuta Veenhovena przez Małgorzatę Górnik-Durose (2005) „psychologicznych kosztów dobrobytu”.

⁴ Opisywaną formę racjonalności uzależnionej od kontekstu określa się mianem racjonalności ekologicznej (zob. np. Zaleśkiewicz, 2011).

Zielone na szare

Zgodnie z założeniami tzw. hipotezy sawanny, jedną z przyczyn powszechności zaburzeń nastroju związanych z niskim poczuciem dobrostanu psychicznego mogą być różnice pomiędzy środowiskiem współczesnym a otoczeniem naszych przodków. Ludzie funkcjonujący w kręgu kultury zachodniej to w przeważającej mierze mieszkańcy terenów zurbanizowanych. Miejski krajobraz znacznie różni się od otoczenia będącego środowiskiem życia naszych przodków — członków grup o zbieracko-łowickim, pasterskim lub rolniczym charakterze. Wyniki serii badań, których przeglądu dokonał David M. Buss (2001), wskazują na istnienie ludzkiej skłonności do preferowania dającego poczucie kontroli nad sytuacją krajobrazu naturalnego, pełnego otwartych przestrzeni i roślinności. Skłonność ta przejawia się nie tylko w warstwie deklaratywnej (wskazywanie krajobrazu przypominającego afrykańską sawannę jako wysoce atrakcyjnego), lecz także w zjawiskach niekontrolowanych przez jednostkę (lepszy nastrój pacjentów szpitalnych w przypadku obecności w ich pokojach kwiatów). W zurbanizowanym krajobrazie zieleń drzew i traw ustępuje szarości betonu, a pełne bram i zaułków ulice nie są interpretowane przez mechanizmy psychiczne jako miejsca bezpieczne. Wspomnieć należy również o czynnikach takich jak ruch uliczny, zanieczyszczenie powietrza i ogromna mnogość oddziałujących na zmysły bodźców o wysokim natężeniu. Wszystko to prowadzić może do stresu środowiskowego (Migula, 2004), przyczyniającego się nie tylko do pogorszenia samopoczucia, lecz także do zwiększonej podatności na choroby somatyczne.

Gdzie oni są!?

Literatura z zakresu psychologii pozytywnej zawiera wiele informacji na temat znaczenia, jakie dla ogólnego poziomu zadowolenia z życia mają bliskie związki międzyludzkie (np. Argyle, 2008). W relacjach z innymi rozwijają się w szczególności poczucie tożsamości i przynależności oraz zwiększa efektywność wykonywanych działań. Według psychologów ewolucyjnych, zjawiska te bezpośrednio powiązane są z warunkami życia naszych przodków; życie toczyło się wówczas w obrębie grup charakteryzujących się wysokim stopniem współuczestnictwa w codziennych wydarzeniach. Myśl Arystotelesa, mówiąca o człowieku jako o zwierzęciu społecznym, znajduje odzwierciedlenie w faktach — pojedynczy człowiek nie był w stanie w efektywny sposób polować czy budować schronień, natomiast postępująca złożoność i specjalizacja czynności, inicjując sytu-

acje wymiany społecznej, wręcz wymuszała częstsze kontakty z innymi. W kontekście tym Buss (2000) zwraca uwagę na znaczenie stosunków pokrewieństwa pomiędzy uczestnikami danej grupy. Życie w społeczności, której członkowie charakteryzują się wspólnotą genów, w naturalny sposób sprzyja budowaniu pozytywnych relacji. Współcześnie będące źródłem naturalnego wsparcia rodziny wielopokoleniowe lub utrzymujące kontakty z dalszymi krewnymi należą do rzadkości, a jednostka w większości sytuacji liczyć musi na własne siły. Brak uczestniczenia w sytuacjach bezinteresownego⁵ świadczenia dóbr i usług na rzecz bliskich osób obniżyć może poczucie bezpieczeństwa (w przypadku biorców) i samoocenę (w przypadku dawców).

Znaczenie bliskich związków międzyludzkich o pozagenetycznym podłożu omawia David G. Myers (2000, 2008). Prezentowane przez niego wyniki badań, dotyczące między innymi związków formalnych, jednoznacznie wskazują na ich pozytywną rolę w procesie rozwijania osobistej satysfakcji z życia. Najwyższy procent kobiet i mężczyzn uważających się za ludzi „bardzo szczęśliwych” rekrutuje się spośród osób zamężnych/zonatych. W wymienionej grupie odnotowywany jest ponadto najniższy współczynnik zachorowań na depresję. Rezultaty badań pokazują, że z obniżaniem się poziomu satysfakcji z życia związane są na przykład doświadczenia rozwodu (w szczególności wielokrotnego) i separacji. Niższe zależności na gruncie psychologii ewolucyjnej uzasadniać można utratą poczucia sprawczości i kontroli nad własnym życiem, przejawiającą dostrzeganiem nieefektywności funkcjonowania mechanizmów psychicznych odpowiedzialnych za dobór partnera oraz brakiem poczucia bezpieczeństwa gwarantowanego społecznie sankcjonowaną umową małżeńską.

Warto zwrócić uwagę, że we współczesnych, rozwiniętych społeczeństwach Zachodu zdobywa popularność stałe i dobrowolne pozostawanie w związkach nieformalnych, rośnie również odsetek orzekanych rozwodów i separacji (Szlendak, 2011). W kontekście podejścia ewolucyjnego do zjawisk tych odnosić się należy jednak bardzo ostrożnie — dla naszych przodków bliskie relacje wiązały się ze zbyt wielkim zaangażowaniem zasobów, by brak ich zabezpieczenia w żaden sposób nie wpływał na funkcjonowanie mechanizmów psychicznych odpowiedzialnych za doświadczanie życiowego dobrostanu. W warunkach późnonowoczesnej rzeczywistości uwolnione od zewnętrznych uwarunkowań czyste relacje

⁵ W kontekście ewolucyjnej teorii „samolubnego genu” (Dawkins, 2003) trudno mówić o sensowności jakiegokolwiek zachowania w pełni bezinteresownego. Można mówić jedynie o bezinteresowności spostrzeganej przez uczestników wymiany społecznej, których zachowania nie charakteryzują się jednak bezinteresownością z punktu widzenia procesu doboru naturalnego.

(Giddens, 2006) przyjmują postać kontraktów, które już u swych podstaw zakładają możliwość zerwania w momencie obniżenia się poziomu dostarczanych gratyfikacji. Posługując się terminologią zaproponowaną przez Roberta Sternberga (podaję za: Wojciszke, 2005), czystą relację miłosną uznać można za układ składający się z namiętności i intymności, ale pozbawiony warstwy głębokiego zaangażowania.

Barbie i Ken to nie ludzie!

Jak wspomniano, życie naszych przodków w większości sytuacji przebiegało w obrębie niewielkich wspólnot opartych na bliskich relacjach związanych między innymi z pokrewieństwem. Kontakt z niewielką liczbą osób pociągał za sobą ograniczoną liczbę możliwych porównań z innymi dotyczących zadowolenia z własnego ciała lub z partnera/partnerki⁶. Rozwój nowoczesnych technologii (w szczególności telewizji i Internetu, ale również szybkich sposobów przemieszczania się) oraz pojawienie się nowych zjawisk z zakresu konsumpcji (takich jak reklama i poszerzone możliwości autokreacji, związane na przykład z operacjami plastycznymi) stworzyły warunki dokonywania porównań na nieograniczoną skalę (Dittmar, 2009). Z badań Douglasa T. Kenricka, Stevena L. Neuberga, Kristin L. Zierk i Jacquelyn M. Krones (podaję za: Buss, 2000) wynika, że kontakt z wyidealizowanymi wizerunkami mężczyzn lub kobiet wiąże się negatywnie z zadowoleniem z własnych związków oraz poziomem akceptacji samego siebie. Prawdopodobieństwo realnego spotkania z osobą będącą ucieleśnieniem męskiego lub kobiecego kanonu piękna jest bardzo małe. Znacząco zwiększa się jednak w sytuacji permanentnej ekspozycji wyidealizowanych (m.in. za pomocą metod chirurgii plastycznej lub obróbki komputerowej) postaci w mediach docierających z łatwością do ludzi współczesnych (zob. np. Tiggermann, 2002). Każda z płci doświadczać może więc trzech rodzajów dyskomfortu, u podstaw których leżą ewolucyjnie wykształcone mechanizmy poszukiwania najlepszego z możliwych partnerów:

- dyskomfort związany z faktem posiadania partnera odbiegającego od ideału,
- dyskomfort związany z faktem odbierania od partnera komunikatów mówiących o niespełnianiu jego oczekiwań,
- dyskomfort związany z poczuciem bycia nieatrakcyjnym dla potencjalnych partnerów.

⁶ Na temat aspektów oceny atrakcyjności człowieka w biologiczno-ewolucyjnym kontekście zob. Pawłowski, red., 2009.

Skutki zdrowotne, psychologiczne i społeczne omawianego zjawiska dostrzegane są współcześnie już nie tylko przez psychologów i socjologów, lecz także przez dziennikarzy czy producentów dóbr konsumpcyjnych, a prowadzone kampanie społeczne i marketingowe mają szansę zniwelować nieco zakres konsekwencji dokonywania nieżyciowych porównań⁷. Pamiętać należy jednak, że w tym przypadku u podstaw troski o samopoczucie jednostki często nie leży dbałość o jej dobro, ale konkretne korzyści finansowe.

Turborywalizacja

W latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia w Polsce ukazała się prekursorska z punktu widzenia psychologii ewolucyjnej praca Konrada Lorenza pt. *Regres człowieczeństwa* (1986). Wprowadzone zostało w niej pojęcie hiperfunkcjonalności, oznaczające nieadekwatność niegdyś funkcjonalnych mechanizmów adaptacyjnych do dzisiejszych warunków życia. Niniejsze zjawisko zaobserwować można w bardzo wielu sferach życia⁸, jednak w kontekście tego artykułu na pierwszy plan wysuwają się kwestie związane z pojawiającą się współcześnie koniecznością permanentnej rywalizacji.

Choć rywalizacja jest zjawiskiem naturalnym i powszechnie występującym, zgodnie z zasadą tolerancji Shelforda (Migula, 2004), zbyt wielkie jej natężenie prowadzi do pogarszania się poczucia dobrostanu jednostki. Mechanizmy psychiczne odpowiadające za skłonność do współzawodnictwa rozwijały się w obrębie małych struktur społecznych, w których jej negatywne skutki łagodzone były na przykład zasadami hierarchii społecznej czy omawianymi już wcześniej stosunkami pokrewieństwa. Członkowie danej społeczności rywalizowali z sobą jedynie w niewielkim stopniu (w dodatku w sposób usankcjonowany), za podstawowych przeciwników zaś uważano członków społeczności obcych. Współcześnie, wskutek zmian stylu życia, mechanizmy związane z zachowaniami rywalizacyjnymi uaktywniają się bardzo często — współzawodnictwo towarzyszy ludziom w szkole, na zakupach, w ruchu ulicznym, podczas spędzania wolnego czasu, a nawet w wirtualnej przestrzeni Internetu, niosąc z sobą przykre doświadczenia stresu środowiskowego. Obecność

⁷ Zob. np. telewizyjne programy demaskujące nienaturalność współczesnych kanoń piękna, prezentujące sposób funkcjonowania męskich i kobiecych mechanizmów oceny partnerki/partnera, uczące poprawy własnego wyglądu z wykorzystaniem dostępnych środków.

⁸ Należy do nich również przedstawiona wcześniej sfera oczekiwań w stosunku do wyglądu własnego i wyglądu partnera.

współzawodnictwa, będąc motorem tzw. wyścigu szczurów, szczególnie silnie zarysowuje się w sferze zawodowej. Z omawianym zjawiskiem silnie powiązana jest zazdrość dotycząca ilości i jakości dóbr materialnych posiadanych przez osoby w bliższym lub dalszym otoczeniu. Wskazywana przez Tima Kasserera (np. Kasser, Ahuvia, 2002) triada celów zewnętrznych przyczyniających się do obniżania poczucia zadowolenia z życia — pieniądze, wizerunek, sława — dotyczy w istocie zachowań silnie nastawionych na rywalizację i społeczne porównania. Aby prawidłowo ocenić skalę społecznych i psychologicznych kosztów uwikłania współczesnego człowieka w kulturę konsumpcyjną oraz wskazać efektywne kierunki ich zmniejszania, uwzględnić należy więc ewolucyjną, hiperfunkcjonalną tendencję przedstawicieli naszego gatunku do stałej rywalizacji.

Trudno być najlepszym

Wśród różnic pomiędzy aktualnym środowiskiem a otoczeniem naszych przodków David M. Buss (2000) wymienia współczesną trudność w zaspokojeniu potrzeb związanych z szacunkiem i poczuciem kompetencji. W zhierarchizowanych mikrostrukturach funkcjonujących według ścisłych reguł dotyczących ruchliwości społecznej jednostka dysponująca konkretnymi umiejętnościami liczyć mogła na związane z nimi uznanie. Wyśmienity myśliwy, muzyk, zielarz czy rzemieślnik z punktu widzenia pozostałych uczestników danej społeczności był trudny do zastąpienia, a wymiana usług sprzyjała dodatkowo zacieśnianiu się społecznych więzi. Ze względu na niewielkie możliwości komunikacji z innymi grupami szansa doświadczenia dumy związanej z byciem jednostką ważną i użyteczną pojawiała się często. Ów kompetencyjny aspekt zadowolenia z życia podkreślany jest obecnie na przykład w sześciowymiarowej teorii subiektywnego dobrostanu psychicznego (zob. np. Ryff, Keyes, 1995; Ryff, Singer, 2008).

Zjawisko rozprzestrzeniania się zaburzeń nastroju we współczesnym świecie w ramach psychologii ewolucyjnej wyjaśniać można trudnościami w zaspokajaniu potrzeby społecznego uznania. Jako ich źródło wskazuje się między innymi nowoczesne technologie (w tym technologie informacyjne), obniżające poczucie kompetencji poprzez zwiększenie zbioru osób, z którymi można się porównywać, oraz zastępowanie pracy ludzkiej pracą maszyn (zob. np. Wosińska, 2008). W ramach małej, względnie zamkniętej społeczności ustalony wizerunek doskonałego artysty, lekarza czy kaznodziei podlegał słabej weryfikacji, trudno więc było ten wizerunek utracić. Brak możliwości łatwego porównania dokonań jednostki z dokonaniem innych specjalistów danego typu sprawiał, że mogła ona

stale doświadczać poczucia wysokiej kompetencji. Współcześnie nie jest to już tak proste, między innymi za sprawą mediów, prezentujących specjalistów największego formatu, podających w wątpliwość umiejętności poszczególnych jednostek. Porównania talentu wokalnego czy tanecznego jednostki nieprzeciętnej w obrębie społeczności lokalnej ze światową gwiazdą estrady rzadko będą wypadały na korzyść pierwszej z wymienionych osób.

Spoleczne uznanie w dużym stopniu łączy się z wykonywaną przez człowieka pracą. Obecnie, w związku z rozwojem technologii oraz zjawiskiem outsourcingu, obserwuje się jednak spadek znaczenia wielu tradycyjnych zawodów, takich jak krawiec czy szewc. Osoby wykonujące te zawody, z racji ich niskiej użyteczności, spychane są na społeczny margines, co czyni z tych osób grupę szczególnego ryzyka zapadalności na zaburzenia nastroju. Poczucie bycia niepotrzebnym i brak odpowiednich kwalifikacji szczególnie dotyczyć może osób w okresie średniej i późnej dorosłości, którym trudniej jest zaadaptować się do nowych warunków. Warto zauważyć, że zmiana technologiczna (np. komputeryzacja), pociągając za sobą pewne zmiany społeczne⁹, wchodzi również w interakcje z biologiczno-ewolucyjnymi elementami funkcjonowania człowieka. To, co z racji uczynienia ludzkiej pracy łatwiejszą i szybszą miało przyczyniać się do polepszania psychicznego dobrostanu, może skutkować dokładnie przeciwnym zjawiskiem, na przykład poczuciem zbędności i wykluczenia.

W kierunku oddziaływań praktycznych

Jak zaznaczono we wprowadzeniu, psychologia ewolucyjna do poczucia szczęścia odnosi się w sposób funkcjonalny, nadając poczuciu szczęścia status wartości względnej. Mimo to omawiane podejście pozwala na sformułowanie wskazówek, które mogą ułatwić projektowanie oddziaływań służących zwiększaniu poczucia dobrostanu psychicznego. Zalecenia te respektować muszą jednak związane z doborem naturalnym uwarunkowania dotyczące funkcjonowania procesów poznawczych, emocji i motywacji oraz wpływu, jaki na zachowanie się jednostki wywiera fizyczne i społeczne otoczenie.

⁹ Wpływ zmian technologicznych na funkcjonowanie społeczeństwa podkreśla koncepcja opóźnienia kulturowego, zaproponowana przez amerykańskiego socjologa W.F. Ogburna (zob. np. Turowski, 2001; Szacki, 2007).

W realizacji praktycznych działań zmierzających w kierunku podwyższenia lub umacniania ludzkiego poczucia psychicznego dobrostanu pamiętać należy o jego związkach z mechanizmami nastawionymi na rozwiązywanie konkretnych problemów adaptacyjnych. Ewolucyjnie korzystne jest doświadczanie szczęścia w chwilach radzenia sobie z niniejszymi problemami oraz braku satysfakcji w sytuacjach wymagających podjęcia określonych działań. Sytuacje kryzysowe pojawiają się wtedy, gdy posiadane przez organizm mechanizmy nie są kompatybilne ze środowiskiem, w jakim człowiekowi przychodzi żyć. Jako że niedostateczny poziom subiektywnego poczucia szczęścia może mieć swoje źródło w owej nieprzystawalności, warto rozpatrzyć możliwość podjęcia kroków zmierzających do ograniczania różnic między środowiskiem współczesnym a środowiskiem kształtowania się ludzkich mechanizmów psychicznych. Inna, korzystna z ewolucyjnego punktu widzenia aktywność jednostki związana może być z próbami jej ustosunkowywania się do motywacji będących częścią ewolucyjnego dziedzictwa ludzkości.

Powrót do natury

Świat przed wynalezieniem maszyny parowej i pierwszych układów scalonych zapewne był bardziej niebezpieczny, ale zarazem bardziej konkretny, bardziej stabilny i bardziej gatunkowo oswojony niż świat współczesny, mający dosyć płynną strukturę. W zmniejszeniu negatywnego wpływu dzisiejszej rzeczywistości na człowieka może pomóc wykorzystanie wiedzy psychologicznej podczas projektowania przestrzeni miejskiej, środków transportu, przedmiotów codziennego użytku czy nowoczesnych środków przekazu. Podejmowane działania służyć powinny możliwie najlepszemu dopasowaniu wymienionych elementów otoczenia do preferencji związanych z funkcjonowaniem ludzkich mechanizmów psychicznych. Osiągnięty w ten sposób stan podwyższonej kompatybilności ograniczać może negatywny wpływ, jaki na dobrostan psychiczny wywarły industrialne i postindustrialne przemiany dokonujące się w środowisku współczesnego człowieka w ostatnim stuleciu. Istotne w tym kontekście okazać może się oczyszczenie środowiska z ponadnormalnych bodźców wyzwalających zachowania hiperfunkcjonalne, zorientowane na przykład na poszukiwanie wyidealizowanych partnerów czy skrajnych doznań. Niedoskonały sposób działania mechanizmów psychicznych wykorzystywany jest obecnie przez twórców reklam i teledysków w kontekstach oderwanych od ich pierwotnego zastosowania. Uzyskiwany efekt przypomina nieco samobójczy lot ćmy w kierunku światła gorącej żarówki. Zachowanie pierwotnie sensowne staje się źródłem frustracji przyczynia-

jących się do obniżania psychicznego dobrostanu. Warto więc rozważyć kwestię wprowadzenia regulacji służących promowaniu ewolucyjnej higieny psychicznej. Koncepcja stresu środowiskowego mówi wszak, że wysokie stężenie informacji może być równie szkodliwe dla organizmu jak zbyt wysokie stężenie substancji chemicznych.

Przerwa w wyścigu

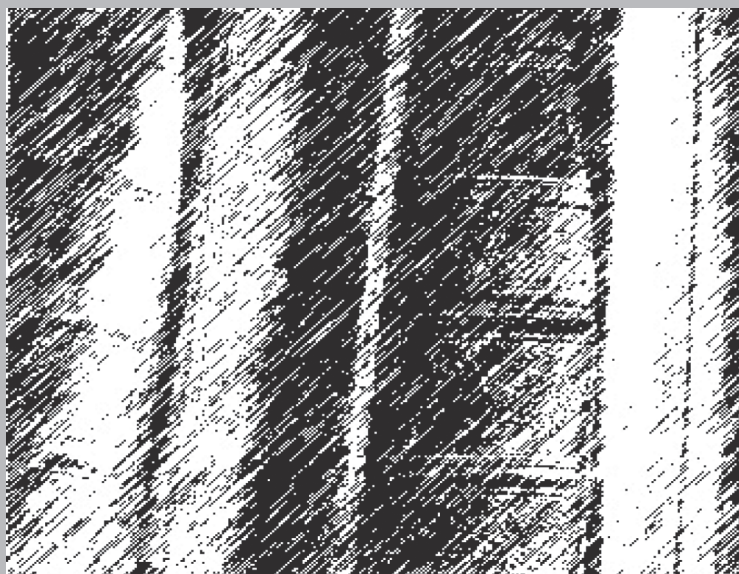
Zachowania rywalizacyjne i dążenie do zajmowania wysokiej pozycji społecznej to wyraziste przykłady hiperfunkcjonalnego, patologicznego działania mechanizmów uprzednio służących lepszej adaptacji jednostki do środowiska. O ile w przeszłości walki toczyły się o (konkretne bądź abstrakcyjne) dobra obiektywnie istotne z punktu widzenia przetrwania lub reprodukcji, o tyle człowiek współczesny współzawodniczy z innymi wszędzie i o wszystko — miejsca parkingowe, towary wystawiane na aukcjach internetowych, dobre miejsca w sali kinowej, a nawet wózki w hipermarketach. Napędzany ewolucyjnym paliwem, nie dostrzega kosztów tych codziennych walk: problemów zdrowotnych i podwyższonego poziomu odczuwanego stresu (zob. np. Sapolsky, 2011). Współczesne warunki środowiskowe (związane między innymi z istnieniem systemu opieki społecznej oraz wysokim poziomem współzależności jednostek uwikłanych w społeczną strukturę) rzadko dzielą ludzi na jednoznacznie wygranych i jednoznacznie przegranych. Być może warto więc od czasu do czasu wyhamować i pozwolić wyprzedzić się pozostałym uczestnikom gonitwy? Jest jednak możliwe, że dobra zdobyte przez ostatniego uczestnika wyścigu wcale nie będą odbiegać jakościowo od tych, które uzyskał zwycięzca.

Bibliografia

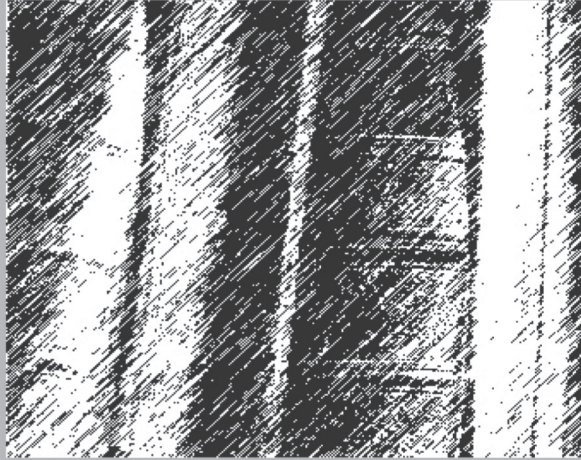
- Argyle M., 2008: *Przyczyny i korelaty szczęścia*. Przeł. J. Radzicki. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 163—203.
- Buss D.M., 2000: *The evolution of happiness*. "American Psychologist", vol. 55, s. 15—23.
- Buss D.M., 2001: *Psychologia ewolucyjna*. Przeł. M. Orski. Gdańsk.
- Czapiński J., 2008a: *Psychologiczne teorie szczęścia*. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 51—102.

- Czapiński J., 2008b: *Spotkanie dwóch tradycji: hedonizmu i eudajmonizmu*. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 13—17.
- Dawkins R., 2003: *Samolubny gen*. Przeł. M. Skoneczny. Warszawa.
- Diener E., Lucas R.E., Scolon Ch.N., 2006: *Beyond the hedonic treadmill. Revising the adaptation theory of well-being*. "American Psychologist", vol. 61, s. 305—314.
- Dittmar H., 2009: *How do "body perfect" ideals in the media have negative impact on body image and behaviors? Factors and processes related to self and identity*. "Journal of Social and Clinical Psychology", vol. 28, s. 1—8.
- Gazzaniga M.S., 2011: *Istota człowieczeństwa*. Przeł. A. Nowak. Sopot.
- Giddens A., 2006: *Nowoczesność i tożsamość*. Przeł. A. Szulżycka. Warszawa.
- Górnik-Durose M., 2005: *Psychologiczne koszty materialnego dobrobytu*. „Kołokwia Psychologiczne”, nr 13, s. 205—218.
- Haselton M.G., Nettle D., 2006: *The paranoid optimist: An integrative evolutionary model of cognitive biases*. "Personality and Social Psychology Review", vol. 10, s. 47—66.
- Isen A.M., 2008: *Rola neuropsychologii w zrozumieniu korzystnego wpływu afektu pozytywnego na zachowania społeczne i procesy poznawcze*. Przeł. J. Suchecki. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 284—302.
- Kasser T., Ahuvia A., 2002: *Materialistic values and well-being in business students*. "European Journal of Social Psychology", vol. 32, s. 137—146.
- Klein S., 2009: *Czas. Przewodnik użytkownika*. Przeł. K. Żak. Warszawa.
- Kramer R.B., 1998: *Paranoid cognition in social systems: Thinking and acting in the shadow of doubt*. "Personality and Social Psychology Review", vol. 2, s. 251—275.
- Larsen J.T. et al., 2008: *Czerpanie korzyści z niepowodzenia: o zaletach współpobudzenia emocji pozytywnych i negatywnych*. Przeł. J. Suchecki. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 303—316.
- Lorenz K., 1986: *Regres człowieczeństwa*. Przeł. A.D. Tauszyńska. Warszawa.
- Migula P., 2004: *Środowisko oddziałuje na nas. Jakie są granice przystosowania?* W: *Biomedyczne mechanizmy rozwoju z elementami higieny szkolnej*. Red. B. Doleżych, P. Łaszczycza. Toruń, s. 260—275.
- Myers D.G., 2000: *The funds, friends and faith of happy people*. "American Psychologist", vol. 55, s. 56—67.
- Myers D.G., 2008: *Bliskie związki a jakość życia*. Przeł. J. Radzicki. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 165—203.
- Nettle D., 2005: *Szczęście sposobem naukowym wyłożone*. Przeł. E. Józefowicz. Warszawa.
- Nettle D., 2006: *The evolution of personality variation in humans and other animals*. "American Psychologist", vol. 61, s. 622—631.
- Neuhoff J.G., 1998: *Perceptual bias for rising tones*. "Nature", vol. 395, s. 123—124.
- Pawłowski B., red., 2009: *Biologia atrakcyjności człowieka*. Warszawa.
- Ryff C.D., Keyes C.L.M., 1995: *The structure of a psychical well-being revisited*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 69, s. 719—727.
- Ryff C.D., Singer B.H., 2008: *Paradoksy kondycji ludzkiej: dobrostan i zdrowie na drodze ku śmierci*. Przeł. M. Szuster. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 147—162.

- Sapolsky R.M., 2011: *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu*. Warszawa.
- Seligman M.E.P., 2008: *Psychologia pozytywna*. Przeł. J. Radzicki. W: *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*. Red. J. Czapiński. Warszawa, s. 18—32.
- Szacki J., 2007: *Historia myśli socjologicznej*. Warszawa.
- Szlendak T., 2011: *Socjologia rodziny. Ewolucja, historia, zróżnicowanie*. Warszawa.
- Tiggemann M., 2002: *Media influences on body image development*. In: *Body image. A handbook of theory, research and clinical practice*. Eds. T.F. Cash, T. Pruzinsky. New York—London, s. 91—98.
- Tooby J., Cosmides L., 2005: *Conceptual foundations of evolutionary psychology*. In: *The handbook of evolutionary psychology*. Ed. D.M. Buss. Hoboken, s. 5—67.
- Turowski J., 2001: *Socjologia. Wielkie struktury społeczne*. Lublin.
- Wojciszke B., 2005: *Psychologia miłości*. Gdańsk.
- Wosińska W., 2008: *Oblicza globalizacji*. Sopot.
- Wróbel S., 2010: *Umysł, gramatyka, ewolucja*. Warszawa.
- Zaleśkiewicz T., 2011: *Psychologia ekonomiczna*. Warszawa.



Varia



IRENA PILCH

Makiawelizm a psychopatia

Machiavellianism and psychopathy

Abstract: The aim of this article is to compare two partly overlapping personality variables — Machiavellianism and subclinical psychopathy. Individuals with these traits share tendency to be callous, selfish and manipulative. Some researchers argued that, in nonclinical samples, these two variables are equivalent. The author presents a review of the theories and studies confirming discriminant validity of the Machiavellianism construct.

Key words: personality, Machiavellianism, subclinical psychopathy.

Wprowadzenie

Makiawelizm (Christie, Geis, 1970) i psychopatia (Cleckley, 1982) to dwa konstrukty opisujące człowieka, który w kontaktach z innymi przejawia wysoce egoistyczny, oparty na fałszu, oszustwie i manipulacji styl interpersonalny. Badania nad makiawelizmem i psychopatią prowadzone były w ramach odrębnych dyscyplin naukowych: psychologii społecznej i osobowości oraz psychiatrii i psychologii klinicznej. Makiawelizm najczęściej traktowany jest jako wymiar, któremu nie przypisuje się związków z patologią, a bada się go w populacji ogólnej, często na grupach studentów. Terminem „psychopatia” opisuje się patologiczne cechy osobowości, silnie powiązane z antyspołecznym zachowaniem, stąd początkowo badania nad psychopatią prowadzone były głównie na populacji więźniów. Dopiero ostatnio podejmowane są badania nad niekryminalnymi, „subklinicznymi” formami psychopatii w populacji ogólnej, a zainteresowanie tą problematyką stale rośnie. Owa zmiana paradygmatu była możliwa dzięki uzupełnieniu klasycznego, kategoryjnego ujęcia psychopatii (zgodnie z którym do grupy psychopatów klasyfikuje się ludzi na podstawie listy symptomów) ujęciem dymensjonalnym (psychopatia traktowana jako wymiar) i wprowadzeniu miar opartych na samoopisie.

Badania prowadzone metodą kwestionariuszową szybko uwidoczniły podobieństwo makiawelizmu i psychopatii, znajdujące swój wyraz zarówno w warstwie opisu — w ekspozowaniu w obu przypadkach dystansu i chłodu emocjonalnego w kontaktach z ludźmi oraz manipulacji interpersonalnej — jak i w konsekwentnie uzyskiwanych umiarkowanych korelacjach między miarami obu konstruktyw. Niełatwo natomiast stwierdzić, co odróżnia makiawelizm od psychopatii, prócz tego, że jedynie psychopatia kojarzona jest z patologią. Niektórzy badacze przyjęli więc założenie, że konstrukty te są tożsame. Jednak badania obydwu właściwości jako komponentów tzw. ciemnej triady osobowości raczej nie potwierdzają tej opinii. Pytanie o ich specyfikę nadal pozostaje więc otwarte. Celem niniejszego artykułu jest porównanie wyników badań nad makiawelizmem i subkliniczną psychopatią w poszukiwaniu ich odrębności.

Makiawelizm

Pojęcie „makiawelizm”, określające syndrom osobowości, którego widocznym przejawem jest osiąganie celów drogą manipulacji interper-

sonalnej, wprowadzone zostało do psychologii przez Richarda Christiego. W klasycznej pozycji *Studies in Machiavellianism* (Christie, Geis, 1970) makiaweliści charakteryzowani są jako osoby, które wyróżnia uogólniona negatywna ocena innych ludzi jako słabych i niegodnych zaufania, pragmatyczna moralność umożliwiająca stosowanie zasady „cel uświęca środki” oraz syndrom chłodu — brak emocjonalnego zaangażowania w relację i empatii, nieuwzględnianie potrzeb i celów partnera. Wczesne badania dowiodły, że makiawelistów łączy nie tylko system poglądów, lecz także skłonność do podejmowania manipulacji partnerem, stosowania kłamstwa, oszustwa i zdrady w sytuacjach, gdy jest to dla nich korzystne, gdyż może zwiększyć szansę osiągnięcia celu. Można więc powiedzieć, że makiawelista jest skłonny zachowywać się nieetycznie wtedy, gdy mu się to opłaca.

Już Christie zwracał uwagę na fakt, że makiaweliści zyskują przewagę w pewnego typu sytuacjach: gdy możliwy jest bezpośredni kontakt z partnerem, zachowana swoboda działania, a partner uwikłany jest w emocje. Stosowana przez makiawelistów strategia osiągania celów — niejako kosztem partnera — może być zestawiana z przeciwną, prospołeczną strategią niemakiawelistów, co pozwala na porównywanie ich skuteczności w różnego typu zadaniach i w różnych warunkach sytuacyjnych (por. Wilson, Near, Miller, 1996). Przegląd dotychczasowych badań nad makiawelizmem znaleźć można w pracach Beverley Fehr, Deborah Samsom i Delroya Paulhusa (1992), Davida S. Wilsona, Davida Neara i Ralpha Millera (1996), Ireny Pilch (2008) oraz Daniela Jonesa i Delroya Paulhusa (2009).

Psychopatia

Termin „osobowość psychopatyczna” używany był do opisu osobowości nieprawidłowej, pozbawionej uczuć złożonych. Już w XIX wieku opisywano osoby niedostosowujące się do wymagań społecznych i powtarzające antyspołeczne zachowania pomimo braku widocznej psychopatologii (por. Hare, Neumann, 2006). Równolegle stosowano pojęcie „socjopatia”, a osoby przejawiające uporczywe antyspołeczne zachowania były etykietowane jako socjopatyczne lub psychopatyczne na podstawie niejednoznacznych i subiektywnych kryteriów (Lykken, 2006). Przełomowe znaczenie miała praca *The mask of sanity* Herveya Cleckleya (1982) i stworzona przez niego lista cech opisujących osobowość nieprawidłową, zawierająca zarówno właściwości osobowościowe, jak i kryte-

ria behawioralne; do tego ujęcia psychopatii odwołują się autorzy współczesnych badań.

Próby wprowadzenia jednolitych kryteriów diagnostycznych dla tego typu zaburzeń, obecnie nazywanych „antysocjalnymi zaburzeniami osobowości” (*antisocial personality disorder*, APD), podejmowało Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-IV). Jednak grupa osób wyodrębniana według tych kryteriów okazywała się niejednorodna pod względem etiologii, symptomów i właściwości psychologicznych, stanowiących podłoże antyspołecznego zachowania. Z kolei podejmowane w XX wieku przez różnych autorów próby podziału psychopatii na różne typy doprowadziły do jeszcze większej niejednoznaczności pojęcia (Jakubik, 1999).

Interpretacja Cleckleya uzasadniała podejmowanie wysiłków zmierzających do opisanie leżących u podłoża psychopatii deficytów. Szczególną wagę przywiązywano do jednego z kryteriów wymienianych przez Cleckleya: deficytu strachu (*fear*), opisywano także słabą regulację emocji (impulsywność). Pracę Cleckleya kontynuował Robert Hare (por. Hare, Neumann, 2006), który rozwinął dwuczynnikową koncepcję psychopatii. Stworzone przez niego narzędzie — PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised), 20-pytaniowa skala szacunkowa — jest obecnie standardem w diagnozowaniu psychopatii w grupach klinicznych i sądowych. Dwa wyróżniane tą drogą czynniki (afektywno-interpersonalny i behawioralny) są z sobą skorelowane w stopniu umiarkowanym. Dawniej uważano, że tylko pierwszy z tych czynników opisuje „prawdziwą” psychopatię. Hare traktował oba czynniki jako dwa aspekty pojedynczego konstruktu, uważając, że nie można opisywać psychopatii — także badanej w populacji ogólnej — w oderwaniu od jej antyspołecznego komponentu. Nie jest to jednak opinia powszechna — niektórzy badacze uważają, że zachowanie antyspołeczne stanowi konsekwencję, a nie istotę psychopatii (por. Cooke, Michie, Hart, 2006).

Współcześnie psychopatia najczęściej traktowana jest jako kraniec kontinuum, a nie odrębna kategoria. Obok dominującego dwuczynnikowego ujęcia psychopatii pojawiły się koncepcje trójczynnikowe (Cooke, Michie, 2001) i czteroczynnikowe. Nadal popularnością cieszy się zmodyfikowana koncepcja Hare’a i jego współpracowników, opisująca psychopatię jako konstelację czterech czynników: interpersonalnego, afektywnego, stylu życia i antyspołecznego zachowania (Hare, Neumann, 2006).

Wśród wielu alternatywnych współczesnych konceptualizacji psychopatii, uznających, że u jej podłoża leży deficyt, wyróżnić można te, które podkreślają rolę deficytów afektywnych (Lykken, 1995), oraz te, które akcentują znaczenie deficytów poznawczych (Patterson, Newmann,

1993). W coraz większej liczbie badań potwierdza się neurobiologiczne podłoże psychopatii, łączone najczęściej z dysfunkcjami płatów czołowych i ciała migdałowatego. Opisano zaburzenia mechanizmów związanych z emocjami, uczeniem się i ogólną reaktywnością (m.in. niewłaściwe odczytywanie bodźców emocjonalnych, niewłaściwą emocjonalną regulację zachowania, zaburzoną reaktywność ogólną i emocjonalną, słabe uczenie się pod wpływem kar) (por. Patrick, ed., 2006). Dysfunkcje te stanowią podstawę nieprawidłowego rozwoju jednostki.

Wyniki badań skalą PPI (Psychopathic Personality Inventory) Scotta Lilienfelda, w których uzyskiwano dwa ortogonalne czynniki, doprowadziły do podjęcia prób nowej conceptualizacji psychopatii. Zamiast opisywać psychopatię jak syndrom składający się z konstelacji współzmiennych symptomów czy cech, można potraktować psychopatię jako konfigurację niezależnych wymiarów. Tak więc zgodnie z koncepcją dwóch deficytów — oddzielnych dróg wiodących do psychopatii (*dual-process model*) — wymiar pierwszy powiązany jest z deficytem strachu, a wymiar drugi — z impulsywnością i ze słabą kontrolą emocji (por. Fowles, Dindo, 2006). Na tym gruncie wyrosła najnowsza conceptualizacja — triarchiczna teoria psychopatii, opisująca trzy odrębne konstrukty: rozhamowanie (*disinhibition*), zuchwałość (*boldness*) i nikczemność (*meanness*) (Patrick, Fowles, Krueger, 2009); z teorią tą związane jest narzędzie pomiaru TriPM (Triarchic Psychopathy Measure).

Psychopatia niekryminalna (subkliniczna)

Cleckley uważał, że psychopatów znaleźć można w prawie każdym zawodzie i na różnych szczeblach hierarchii społecznej. Pewne cechy psychopaty, takie jak czar osobisty czy brak strachu, mogą wydawać się przydatne w konkretnych profesjach (prawnika, polityka czy biznesmena). Badanie psychopatów w populacji ogólnej, a więc także takich, którzy osiągnęli sukces w swojej dziedzinie, może być użyteczne i przyczynić się do odnalezienia czynników chroniących przed angażowaniem się w antyspołeczne zachowanie. Obecnie przyjmuje się, że psychopaci kliniczni stanowią mniej niż 1%, a subkliniczni — od 5% do 15% populacji ogólnej (LeBreton, Binning, Adorno, 2006, s. 389).

Rozszerzenie stosowalności pojęcia psychopatii na populację ogólną wiąże się z dwiema istotnymi zmianami. Pierwsza z nich dotyczy rezygnacji z kategoryjnego ujęcia psychopatii na rzecz ujęcia wymiarowego. Druga zmiana jest związana z akceptacją metod samoopisowych jako

wiarygodnego źródła informacji o poziomie psychopatii osoby badanej. Mimo początkowych wątpliwości, związanych z obawami, czy osoby psychopatyczne potrafią i zechcą rzetelnie odpowiedzieć na pytania kwestionariusza, powstałe w ostatnich latach narzędzia uważane są za użyteczne (por. Lilienfeld, Fowler, 2006).

Do tej pory powstało kilka odrębnych konceptualizacji niekryminalnej psychopatii (Hall, Benning, 2006). Pierwsza z nich zakłada, że niekryminalna psychopatia jest subkliniczną manifestacją zaburzenia, wynikającą z niższego poziomu psychopatii; osoby takie będą popełniały wykroczenia lżejsze i rzadziej niż psychopaci kryminalni. Obie formy zaburzenia mają wspólną etiologię, a różnica między nimi jest jedynie ilościowa. Drugą konceptualizację stanowi traktowanie psychopatii niekryminalnej jako złagodzonej ekspresji pełnego zaburzenia. Relacja między psychopatycznym temperamentem a antyspołecznym zachowaniem moderowana jest przez inne zmienne (inteligencję, talent, status socjoekonomiczny, edukację lub efektywną socjalizację). Trzecia konceptualizacja wykorzystuje perspektywę wyznaczoną przez koncepcję podwójnego procesu (*dual-process*), zgodnie z którą interpersonalno-afektywne właściwości psychopatii są etiologicznie odmienne od antyspołecznego zachowania. W tym nurcie mieszczą się badania, w których poszukuje się potencjalnie adaptacyjnych cech składających się na psychopatię i które określają, jak cechy takie mogą inicjować wystąpienie niekryminalnej odmiany psychopatii; pożądaną grupą badaną są zaś psychopaci szczególnie dobrze funkcjonujący, odnoszący sukcesy w swoich dziedzinach.

Makiawelizm i psychopatia — próby integracji pojęć

Pierwszą próbę zintegrowania obu konstruktów podjęli John W. McHoskey, William Worzel i Christopher Szyarto (1998). Badacze ci zestawili kryteria psychopatii użyte w PCL-R Hare'a z wynikami wybranych badań nad makiawelizmem. Wszystkie wskaźniki tworzące czynnik 1 PCL-R (odpowiadający psychopatii pierwotnej: sztuczny, powierzchowny urok, przesadne poczucie własnej wartości, patologiczne kłamstwo, oszustwo i manipulacja, brak poczucia winy i wyrzutów sumienia, płytki afekt, nieczułość i brak empatii, brak poczucia odpowiedzialności), trzy spośród wskaźników tworzących czynnik 2 (psychopatia wtórna: lęk, potrzeba stymulacji i podatność na nudę, brak realistycznych długoterminowych celów) oraz dodatkowo kryterium opisujące nieuporządkowaną sferę seksualną badacze uznali za cechy wspólne psycho-

patii i makiawelizmu. Autorom można jednak zarzucić tendencyjność w doborze badań i ich interpretacji. Na przykład, przypisując makiawelistom wyolbrzymione poczucie własnej wartości na podstawie niskich korelacji uzyskiwanych z narcyzmem (ibidem, s. 196), badacze pominięli wyniki licznych analiz przeczących tej tezie, w których uzyskano negatywne korelacje makiawelizmu z samooceną (por. Pilch, 2008). Omawianą pracę zamyka konkluzja, iż skala Mach IV stanowi globalną miarę psychopatii w populacji ogólnej, diagnozującą elementy psychopatii pierwotnej i wtórnej, brakuje także istotnych różnic teoretycznych między konstruktami.

Idea zaprezentowana przez Johna W. McHoskeya, Williama Worrzela i Christophera Szyarto (1998) z pewnością przyczyniła się do podjęcia kolejnej próby zintegrowania badań nad makiawelizmem i psychopatią. Delroy Paulhus i Kevin Williams (2002), włączając w pole zainteresowania subkliniczną formę narcyzmu, próbowali udowodnić, że owe trzy konstrukty opisujące niepożądane cechy osobowości są w zasadzie tożsame. Cel ten nie został osiągnięty, jednak pomysł, aby badać ów swoisty zestaw trzech cech, przypisywanych osobom niewrażliwym i niezyczliwym, realizującym egoistyczne cele drogą eksploatacji partnera, znalazł licznych naśladowców (Lee, Ashton, 2005; Jakobwitz, Egan, 2006; Jonason, Koenig, Tost, 2010; Jonason, Kavanagh, 2010). Upowszechniła się także wprowadzona przez Paulhusa i Williamsa nazwa: ciemna triada osobowości.

W badaniach z użyciem ciemnej triady wielokrotnie potwierdzono nakładanie się cech psychopatii i makiawelizmu, choć siła tego związku zależy w dużej mierze od użytej miary psychopatii. Ciemna triada była często wykorzystywana w badaniach ewolucyjnych: sprawdzano założenie, że cechy te mogą być wskaźnikiem tej samej strategii rozrodczej (Jonason, Li, Buss, 2010). W niektórych badaniach użyto w analizach jedynie miary sumarycznej, która miała eliminować błędy pomiaru, związane ze stosowaniem pojedynczych narzędzi (np. Hodson, Hogg, MacInnis, 2009). Szybko okazało się, że składniki ciemnej triady w wielu przypadkach wykazują odmienny wzór zależności z innymi zmiennymi, a więc badania te — niezgodnie z pierwotnym założeniem — mogą być wykorzystane do uwypuklenia różnic między makiawelizmem a psychopatią. Stosowanie w badaniach sumarycznego wskaźnika triady sprawia jednak, że cechy psychopatii zostają po prostu uogólnione na całą triadę, a więc w konsekwencji makiawelistom przypisuje się cechy, których — w świetle dotychczasowych badań — nie mają, jak poszukiwanie doznań czy impulsywność (np. Jonason, Li, Buss, 2010, s. 376).

Makiawelizm i psychopatia — podobieństwa i różnice

Spoleczną szkodliwość makiawelizmu i psychopatii wyjaśnia ujemna korelacja tych zmiennych z ugodowością i sumiennością (Paulhus, Williams, 2002; Jakobwitz, Egan, 2006). Zarówno u makiawelistów, jak i u psychopatów nie stwierdzono uzdolnień mogących wpływać pozytywnie na sprawność w kontaktach interpersonalnych. **Empatia** dyspozycyjna i **inteligencja emocjonalna**, mierzone miarami kwestionariuszowymi i behawioralnymi, u dorosłych i u dzieci korelują ujemnie zarówno z makiawelizmem, jak i ze wszystkimi aspektami psychopatii (np. Paal, Bereczkei, 2007; Visser et al., 2010; Ali, Amorim, Chamorro-Premuzic, 2009; por. Jones, Paulhus, 2009). Badania psychopatów kryminalnych i niekryminalnych wskazują na ich trudności w przetwarzaniu informacji o emocjach. Podobne problemy obserwowano w grupach makiawelistów, jednak badań tych jest na razie niewiele, a ich wyniki są trudne do interpretacji (np. Ali, Chamorro-Premuzic, 2010).

Dwa podstawowe deficyty w psychopatii dotyczą niedoboru lęku/strachu i braku kontroli impulsów. Czy mogą być charakterystyczne także dla makiawelistów? Makiawelizm w wielu badanych grupach (choć nie we wszystkich) koreluje słabo z **lękiem** i neurotyzmem (por. Jones, Paulhus, 2009; Pilch, 2008). Te korelacje nie są zgodne z obrazem zimnego, pozbawionego emocji manipulatora. Problem ten można rozwiązać, badając dwa odrębne typy makiawelizmu: zimny — pozbawiony lęku, będący odpowiednikiem psychopatii pierwotnej, oraz gorący — wrogi i impulsywny. Takiego rozróżnienia dokonał Szymon Draheim (2004). Jednak okazało się, że grupa przyporządkowana do typu „zimnego” (o niższym lęku) nie wykazywała deficytu tej cechy (ibidem, s. 112). Nie mamy więc powodów, by przypuszczać, że u podłoża makiawelizmu leży deficyt lęku. Dodatkowo wniosek ten znajduje mocne poparcie w wynikach badania z użyciem funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (Spitzer et al., 2007). W badaniu tym stwierdzono, że makiawelistom można przypisać silniejszy, w porównaniu z niemakiawelistami, afekt przeżywany w sytuacji zagrożenia karą.

Drugi istotny deficyt występujący w psychopatii wiąże się ze słabą **kontrolą impulsów** (Fowles, Dindo, 2006). Gwałtowne, impulsywne, ryzykanckie, nieuwzględniające konsekwencji zachowanie jest całkowicie niezgodne z wyobrażeniem skutecznego manipulatora, więc trudno zakładać, aby cechy te były typowe dla opisywanej przez Christiego „zwycięskiej strategii”. W niektórych analizach uzyskano słabą korelację między makiawelizmem a skłonnością do ryzyka (Street, Street, 2006). Jednak w ostatnich badaniach stwierdzono, że mierzona za pomocą trzech różnych

miar samokontrola nie ma związku z wynikami skali makiawelizmu, choć korelację ujemną zaobserwowano w przypadku psychopatii (Jonason, Tost, 2010). Badania te pozwalają przypuszczać, że impulsywność — ważna składowa psychopatii — nie jest z makiawelizmem związana.

Nie ulega wątpliwości, że makiawelizm i psychopatia opisują jednostki wysoce **egoistyczne**, skłonne do zachowań nieetycznych i eksploatacji, a więc — z punktu widzenia partnera — niegodne zaufania. Jednak oczekiwanie, że makiaweliści nigdy nie podejmują zachowań pomocowych i są niezdolni do kooperacji, nie jest zasadne. W jednym z eksperymentów (Bereczkei, Birkas, Kerekes, 2010) badani makiaweliści byli skłonni uczestniczyć w akcji dobroczynnej głównie wtedy, gdy ich decyzję ogłaszano w obecności pozostałych członków grupy. Demonstrowany publicznie „altruizm” był tu sposobem poprawienia reputacji i podniesienia statusu w grupie, by dzięki temu czerpać korzyści w przyszłości. Makiaweliści zdolni są również do kooperacji, jeśli sytuacja tego wymaga; na przykład w eksperymencie Minny Lyons i Susan Aitken (2008) chęć kooperowania i skłonność do zdrady nie zależały od poziomu makiawelizmu uczestników. Już wcześniej Patricia Hawley (2003) opisywała dzieci makiaweliczne, przejawiające także zachowania kooperacyjne, czyli dzieci dysponujące dwiema strategiami zachowania (*bistrategic*); dzieci te były lubiane przez rówieśników i dobrze oceniane przez nauczycieli, pomimo swoich makiawelicznych skłonności. „Strategiczny altruizm” i „strategiczna kooperacja” pozwalają na osiągnięcie celów długoterminowych. Ten **strategiczny** wymiar makiawelizmu, pomijany w klasycznej conceptualizacji Richarda Christiego i Florence Geis (1970), podkreślany zaś przez współczesnych badaczy (Jones, Paulhus, 2009, s. 104), różni makiawelistów od psychopatów, impulsywnych i niezdolnych do odraczania nagrody.

Poważnych argumentów na rzecz tezy, że makiaweliści — w przeciwieństwie do psychopatów — są w stanie adekwatnie dostosowywać swe zachowanie do wymogów otoczenia, czerpiąc zyski kosztem innych ludzi, gdy jest to możliwe, oraz rezygnując z eksploatacji innych, gdy istnieje zagrożenie karą, dostarcza eksperyment Spitzera (Spitzer et al., 2007). Osoby o zdiagnozowanym makiawelizmie, przebywając w skanerze funkcjonalnego rezonansu magnetycznego, uczestniczyły w grze z anonimowym, zmieniającym się partnerem; zadaniem graczy było dzielenie między siebie i każdego z partnerów punktów wymienianych potem na pieniądze. Tylko niektórzy z partnerów mieli możliwość „ukarania” badanego za niesprawiedliwy podział karą pieniężną, o czym badani byli każdorazowo informowani. Im wyższy był makiawelizm, tym wyższa wygrana w grze, makiaweliści bowiem różnicowali zachowanie tak, aby uzyskać jak najwyższą wypłatę, a jednocześnie uniknąć kary. Wykaza-

li więc tę umiejętność, której brakuje psychopatom. Brak adekwatnego do sytuacji zachowania w warunkach zagrożenia karą wynika z dowiedzionych defektów emocjonalnych i poznawczych, charakteryzujących psychopatów (por. Hiatt, Newman, 2006; Blair, 2006). Jednocześnie makiawelizm uczestników eksperymentu korelował z aktywnością kory oczodołowej (*orbitofrontal cortex*, OFC), uczestniczącej w ewaluacji bodźców karzących, oraz płata wyspowego (*insula*), związanego z emocjami, co odzwierciedla lepszą **umiejętność oceny zagrożeń** i silniejszy afekt przeżywany przez makiawelistów w warunkach kary. Inaczej niż makiaweliści, psychopaci nie mają zdolności odpowiadania w sposób adaptacyjny na groźby kary, co znajduje wyraz w braku aktywacji OFC i *insula* podczas warunkowania bodźcem bólowym (Birbaumer et al., 2005). Tę właściwość psychopatów można obserwować także w warunkach eksperymentalnych: osoby o wysokiej psychopatii, mimo iż decydowały się czasem na wybór kooperacji w grze typu „dylemat więźnia”, często zrywały nawiązaną w ten sposób obustronną kooperację w imię natychmiastowych zysków, choć było to niezgodne z ich interesem w dłuższej perspektywie czasowej (Rilling et al., 2007). Podobnie jak w badaniach eksperymentalnych, decyzje życiowe podejmowane przez psychopatów są niewłaściwe i nie zapewniają skutecznego radzenia sobie z codziennymi problemami (Ullrich, Farrington, Coid, 2008).

Uporczywie powtarzane **antyspołeczne zachowanie** jest uważane — w zależności od koncepcji — za ważny składnik psychopatii lub za jej konsekwencję. Silne związki psychopatii z agresją i oszustwem potwierdzono także wielokrotnie w populacji ogólnej (Coyne, Thomas, 2008; Visser et al., 2003), przy czym składnik interpersonalno-afektywny jest mocniej powiązany z agresją instrumentalną, a behawioralny — z wrogią (Falkenbach, 2004). Hare uważa, że zachowanie antyspołeczne może być nawet lepszym kryterium rozróżniania psychopatii w populacji ogólnej niż w populacji więźniów (Hare, Neumann, 2006, s. 61).

Podobnie jak psychopatia, makiawelizm wiąże się zarówno z kłamstwem i oszustwem, jak i z zachowaniami agresywnymi. Osoby o wysokim makiawelizmie w badaniach samoopisowych przyznają się do większej liczby nagannych moralnie zachowań: **kłamstw** i różnych form **oszustwa**, w porównaniu z osobami o niższym makiawelizmie; zachowania tego typu są obserwowane także w eksperymentach (por. Jones, Paulhus, 2009; Pilch, 2008). Mimo tej zbieżności, różnice w zachowaniu makiawelistów i psychopatów są dość łatwe do opisanie. W serii badań nad oszustwami akademickimi spośród wielu miar osobowościowych tylko psychopatia była istotnym predyktorem oszustwa; związek makiawelizmu z oszukiwaniem był niewielki (Williams, Nathanson, Paulhus, 2010; Nathanson, Paulhus, Williams, 2006b). Makiaweliczni

studenci są skłonni jedynie do oszustw „strategicznych”, dostosowanych do wymogów sytuacji. Pozbawieni impulsywnych tendencji psychopatów, oszukują rozsawniej, licząc się z negatywnymi konsekwencjami swych czynów. Różnice między zachowaniem makiawelistów i psychopatów można dobrze uchwycić, porównując wskazówki udzielane wykładowcom. Jedynym sposobem eliminacji oszustw akademickich popełnianych przez psychopatów jest uczynienie ich fizycznie niemożliwymi (Williams, Nathanson, Paulhus, 2010, s. 305). Inaczej jest jednak w przypadku kierujących się rachunkiem zysków i strat makiawelistów: tu wystarczy sprawić, aby oszustwo przestało się opłacać.

Makiaweliści (dorośli i dzieci) w anonimowych badaniach są gotowi ujawniać wrogie uczucia i skłonność do wrogich zachowań, jednak korelacja między makiawelizmem a **agresją** jest słaba (por. Jones, Paulhus, 2009). Nie ma natomiast badań, w których agresywne zachowania dorosłych makiawelistów byłyby obserwowane w sposób bezpośredni. Różnice między makiawelizmem a psychopatią w zakresie agresywnych, antyspołecznych zachowań uwidaczniają badania prowadzone na populacji ogólnej (Nathanson, Paulhus, Williams, 2006a; Williams, 2002). Obie cechy korelowały z liczbą zgłaszanych aktów niewłaściwego zachowania, jednak w wypadku psychopatii zdecydowanie silniej. Makiawelizm wiązał się z częstszym znęcaniem się (*bullying*) i wykroczeniami mniejszej wagi (drobne kradzieże i oszukiwanie na egzaminach), lecz nie łączył się poważniejszymi przestępstwami, użyciem narkotyków i alkoholu, wystąpieniami przeciw autorytetom. Różnice te mają charakter zarówno ilościowy, jak i jakościowy. W innych badaniach (Williams et al., 2004) jedynie subkliniczna psychopatia była związana z dewiacyjnymi, agresywnymi zachowaniami seksualnymi. W badaniach dzieci jeszcze wyraźniej ujawnia się skłonność osób psychopatycznych do stosowania wszelkich form agresji, także fizycznej, oraz osób makiawelicznych do stosowania takich form agresji, które mają charakter instrumentalny, nie są zachowaniami wprost i wiążą się z wywieraniem wpływu i manipulacją hierarchią społeczną (Kerig, Stellwagen, 2010).

Z zaprezentowanych rozważań wynika, że obie analizowane cechy predysponują do antyspołecznych zachowań, jednak tendencje antyspołeczne makiawelistów są — w porównaniu z tendencjami psychopatów — zdecydowanie słabsze, a różnice te mają charakter nie tylko ilościowy, lecz także jakościowy. Zachowania antyspołeczne pojawiają się u makiawelistów przede wszystkim wtedy, gdy maksymalizują szansę sukcesu bez narażania na straty w wyniku kary lub rewanzu i — z punktu widzenia makiawelicznej jednostki — pełnią funkcje adaptacyjne.

Badania genetyki zachowania wykazują zwykle umiarkowanie wysoką **odiedziczalność** psychopatii klinicznej i subklinicznej (Hare,

Neumann, 2006). Jedyne do tej pory studium porównujące odziedziczalność makiawelizmu i subklinicznej psychopatii wykazało znaczne różnice pomiędzy tymi konstruktami: czynniki genetyczne (addytywne) były odpowiedzialne za 31% zmienności makiawelizmu i 64% zmienności psychopatii (Vernon et al., 2008). Dodatkowo ważna różnica dotyczyła wpływu środowiska wspólnego, który uwidocznił się jedynie w przypadku makiawelizmu, odpowiadając za 39% wariancji. Niską odziedziczalność makiawelizmu (ok. 20%) potwierdzają także wyniki badań polskich, prowadzonych metodą analizy rodzinnej (Siwy-Hudowska, Pilch, 2011). Jest więc makiawelizm cechą pozostającą pod zdecydowanie większym — w porównaniu z psychopatią — wpływem czynników środowiskowych, również wychowania w rodzinie.

Można oczekiwać, że makiaweliści będą mieć problemy w nawiązywaniu, a przede wszystkim utrzymywaniu bliskich, ciepłych i trwałych związków interpersonalnych. Psychopaci z definicji powinni być do takich związków niezdolni. Badania poświęcone poszukiwaniu kosztów i korzyści związanych z cechami ciemnej triady w życiu **uczuciowym** i **seksualnym** także wykazały zarówno podobieństwa, jak i zasadnicze różnice pomiędzy psychopatią a makiawelizmem. Obie cechy sprzyjają nawiązywaniu krótkotrwałych relacji seksualnych (por. Jones, Paulhus, 2009), mniejszemu zaangażowaniu w związki intymne i niższemu poziomowi intymności (Ali, Chamorro-Premuzic, 2010). Jednak jedynie psychopatia konsekwentnie wiąże się z różnymi przejawami seksualnego „kłusownictwa”: uwodzeniem osoby będącej w innym związku, byciem uwiedzionym oraz utratą stałego partnera, uwiedzionego przez osobę trzecią (Jonason, Li, Buss, 2010). Choć zarówno makiawelizm, jak i psychopatia korelowały z zachowaniem służącym utrzymaniu partnera, to preferowane sposoby oddziaływania były odmienne. Jedyne makiaweliści stosowali manipulację emocjami i przywiązaniem czy autodeprecjację, a więc sposoby nie wprost, natomiast jedynie psychopaci stosowali groźby wobec partnera.

Różnice między makiawelizmem a psychopatią można także dostrzec, analizując związki obu konstruktów ze **stylami miłości** (Jonason, Kavanagh, 2010). Psychopatia — lecz nie makiawelizm — wiązała się z *ludus* (miłością jako ekscytującą grą); makiawelizm — lecz nie psychopatia — był związany z *mania* (miłością maniakalną). Makiawelizm wiązał się z *agape* (miłością poświęcającą się) pozytywnie, podczas gdy psychopatia — negatywnie. Jedyne *pragme* (miłość pragmatyczną, przynoszącą wymierny zysk) łączą związki zarówno z makiawelizmem, jak i z psychopatią. Miłość psychopatów odzwierciedla poszukiwanie doznań (*ludus*). Deficyty empatii — cecha wspólna dla psychopatii i makiawelizmu — znalazły odbicie w związku obu cech z miłością pragmatyczną,

opartą na kalkulacji. Chłód emocjonalny najwyraźniej nie chroni makiawelistów przed miłością maniacką. Najciekawsze i nieoczekiwane były deklaracje makiawelistów dotyczące *agape*, miłości pozbawionej egoizmu, które odzwierciedlają być może pragnienie utrzymania związku intymnego wszelkimi sposobami, nawet kosztem wyrzeczeń. Styl interpersonalny makiawelistów sprawia, że są oni mniej pożądanymi partnerami (por. Wilson, Near, Miller, 1998) i mogą mieć problemy z utrzymaniem związków, stąd może wynikać ta dwoistość: pragnienie miłości przynoszącej zyski, a jednocześnie zgoda na poświęcenie się w imię miłości, gdyby to było konieczne.

Podsumowanie

Analiza wyników badań pozwala na wskazanie wielu ważnych różnic pomiędzy makiawelizmem a subkliniczną psychopatią, stąd na pytanie, czy makiawelistę należy utożsamiać z psychopata, który odniósł sukces, odpowiedzieć można negatywnie. Nie zmienia to faktu, że do grupy makiawelistów z pewnością klasyfikuje się wiele osób o cechach psychopatycznych. Problemem, który wymaga rozwiązania, jest stworzenie lepszych narzędzi do badania makiawelizmu i psychopatii. Samoopisowe skale psychopatii upodobniły się do skal makiawelizmu, gdyż — rezygnując z kryteriów odnoszących się wprost do patologii — skupiły się na tych aspektach psychopatii, które związane są z manipulacją interpersonalną. Aby uniknąć kontaminacji i uchwycić unikalny wpływ każdej z tych zmiennych na zachowanie, konieczne wydaje się stosowanie procedur statystycznych, pozwalających na określenie części wariancji badanej zmiennej, którą można przypisać wyłącznie makiawelizmowi lub wyłącznie psychopatii. Taka analiza danych staje się standardem w badaniach ciemnej triady osobowości.

Analiza makiawelizmu i psychopatii jako odrębnych konstruktów pokazuje, że makiawelizm w zdecydowanie większym stopniu pozostaje pod wpływem środowiska, także wychowania w rodzinie. Wyniki badań eksperymentalnych i opartych na samoopisie prowadzą do wniosku, że za pomocą odpowiedniego systemu reguł, sankcji za ich przekraczanie i zachęt można skutecznie wpływać na zachowanie makiawelisty, lecz nie psychopaty.

Bibliografia

- Ali F., Chamorro-Premuzic T., 2010: *The dark side of love and life satisfaction: Associations with intimate relationships, psychopathy and Machiavellianism*. "Personality and Individual Differences", vol. 48, s. 228—233.
- Ali F., Amorim I.S., Chamorro-Premuzic T., 2009: *Empathy deficits and trait emotional intelligence in psychopathy and Machiavellianism*. "Personality and Individual Differences", vol. 47, s. 758—762.
- Bereczkei B., Birkas B., Kerekes Z., 2010: *The presence of others, prosocial traits, Machiavellianism. A personality x situation approach*. "Social Psychology", vol. 41, issue 4, s. 238—245.
- Birbaumer N. et al., 2005: *Deficient fear conditioning in psychopathy: a functional magnetic resonance imaging study*. "Archives of General Psychiatry", vol. 62, s. 799—805.
- Blair R.J.R., 2006: *Subcortical brain systems in psychopathy. The amygdala and associated structures*. In: *Handbook of psychopathy*. Ed. Ch.J. Patrick. New York—London, s. 296—312.
- Christie R., Geis F., 1970: *Studies in Machiavellianism*. New York.
- Cleckley H., 1982: *The mask of sanity*. St. Louis, MO (1st ed. — 1941).
- Cooke D.J., Michie Ch., 2001: *Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model*. "Psychological Assessment", vol. 13, s. 171—188.
- Cooke D.J., Michie Ch., Hart S.D., 2006: *Facets of clinical psychopathy. Toward clearer measurement*. In: *Handbook of psychopathy*. Ed. Ch.J. Patrick. New York—London, s. 91—106.
- Coyne S.M., Thomas T.J., 2008: *Psychopathy, aggression, and cheating behavior: A test of the Cheater-Hawk hypothesis*. "Personality and Individual Differences", vol. 44, s. 1105—1115.
- Draheim S.E., 2004: *Makiaweliczna osobowość niepełnoletniego świadka*. Poznań.
- Falkenbach D., 2004: *The subtypes of psychopathy and their relationship to hostile and instrumental aggression*. Unpublished PhD dissertation. University of South Florida.
- Fehr B., Samsom D., Paulhus D.L., 1992: *The construct of Machiavellianism: Twenty years later*. In: *Advances in personality assessment*. Eds. C.D. Spielberger, J.N. Butcher. Vol. 7. Hillsdale, NY, s. 77—116.
- Fowles D.C., Dindo L., 2006: *A dual-deficit model of psychopathy*. In: *Handbook of psychopathy*. Ed. Ch.J. Patrick. New York—London, s. 14—34.
- Gordon D.S., Platek S.M., 2009: *Trustworthy? The brain knows: Implicit neural responses to faces that vary in Dark Triad Personality characteristics and trustworthiness*. "Journal of Social, Evolutionary and Cultural Psychology", vol. 3, s. 182—200.
- Hall J.R., Benning S.D., 2006: *The "successful" psychopath: Adaptive and subclinical manifestations of psychopathy in the general population*. In: *Handbook of psychopathy*. Ed. Ch.J. Patrick. New York—London, s. 459—480.
- Hare R.D., Neumann C.S., 2006: *The PCL-R assessment of psychopathy. Development, structural properties and new directions*. In: *Handbook of psychopathy*. Ed. Ch.J. Patrick. New York—London, s. 58—88.
- Hawley P.H., 2003: *Prosocial and coercive configurations of resource control in early adolescence: A case of well-adapted Machiavellian*. "Merrill-Palmer Quarterly", vol. 49, s. 279—309.

- Hiatt K.D., Newman J.P., 2006: *Understanding psychopathy. The cognitive side*. In: *Handbook of psychopathy*. Ed. Ch.J. Patrick. New York—London, s. 334—352.
- Hodson G., Hogg S.M., MacInnis C.C., 2009: *The role of “dark personalities” (narcissism, Machiavellianism, psychopathy), Big Five factors, and ideology in explaining prejudice*. “Journal of Research in Personality”, vol. 43, s. 686—690.
- Jakobwitz S., Egan V., 2006: *The dark triad and normal personality traits*. “Personality and Individual Differences”, vol. 40, s. 331—339.
- Jakubik A., 1999: *Zaburzenia osobowości*. Warszawa.
- Jonason P.K., Kavanagh P., 2010: *The dark side of love: Love styles and the Dark Triad*. “Personality and Individual Differences”, vol. 49, s. 606—610.
- Jonason P.K., Koenig B.L., Tost J., 2010: *Living a fast live. The dark triad and life history theory*. “Human Nature”, vol. 21, s. 428—442.
- Jonason P.K., Li N.P., Buss D.M., 2010: *The costs and benefits of the Dark Triad: Implications for mate poaching and mate retention tactics*. “Personality and Individual Differences”, vol. 48, s. 373—378.
- Jonason P.K., Li N.P., Teicher E.A., 2010: *Who is James Bond? The Dark Triad as an Agentic Social Style*. “Individual Differences Research”, vol. 8, s. 111—120.
- Jonason P.K., Tost J., 2010: *I just cannot control myself: The Dark Triad and self-control*. “Personality and Individual Differences”, vol. 49, s. 611—615.
- Jones D.N., Paulhus D.L., 2009: *Machiavellianism*. In: *Individual differences in social behavior*. Eds. M.R. Leary, R.H. Hoyle. New York, s. 93—108.
- Kerig P.K., Stellwagen K.K., 2010: *Roles of callous-unemotional traits, narcissism, and Machiavellianism in Childhood aggression*. “Journal of Psychopathological Behavior Assessment”, vol. 32, s. 343—352.
- LeBreton J.M., Binning J.F., Adorno A.J., 2006: *Subclinical psychopaths*. In: *Comprehensive handbook of personality and psychopathology*. Eds. J.C. Thomas, D. Segal. Vol. 1: *Personality and everyday functioning*. New York, s. 388—412.
- Lee K., Ashton M.C., 2005: *Psychopathy, Machiavellianism, and Narcissism in the five-factor model and the HEXACO model of personality structure*. “Personality and Individual Differences”, vol. 38, s. 1571—1582.
- Lilienfeld S.O., Fowler K.A., 2006: *The self-report assessment of psychopathy: Problems, pitfalls and promises*. In: *Handbook of psychopathy*. Ed. Ch.J. Patrick. New York—London, s. 107—132.
- Lykken D., 2006: *Psychopathic personality. The scope of the problem*. In: *Handbook of psychopathy*. Ed. Ch.J. Patrick. New York—London, s. 3—13.
- Lykken D.T., 1995: *The antisocial personalities*. Hillsdale, New York.
- Lynam D.R., Derefinko K.J., 2006: *Psychopathy and personality*. In: *Handbook of psychopathy*. Ed. Ch.J. Patrick. New York—London, s. 133—155.
- Lyons M.T., Aitken S.J., 2008: *Machiavellianism in strangers affects cooperation*. “Journal of Evolutionary Psychology”, vol. 6, issue 3, s. 173—185.
- McHoskey J.W., Worzel W., Szyarto Ch., 1998: *Machiavellianism and psychopathy*. “Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 74, s. 192—210.
- Miller J.D., Lynam D.R., 2003: *Psychopathy and the Five Factor Model of personality: A replication and extension*. “Journal of Personality Assessment”, vol. 81, s. 168—178.
- Nathanson C., Paulhus D.L., Williams K.M., 2006a: *Personality and misconduct correlates of body modification and other cultural deviance markers*. “Journal of Research in Personality”, vol. 40, s. 779—802.

- Nathanson C., Paulhus D.L., Williams K.M., 2006b: *Predictors of a behavioral measure of scholastic cheating: Personality and competence but not demographics*. "Contemporary Educational Psychology", vol. 31, s. 97—122.
- Paal T., Bereczkei T., 2007: *Adult theory of mind, cooperation, Machiavellianism: The effect of mindreading on social relations*. "Personality and Individual Differences", vol. 43, s. 541—551.
- Patrick Ch.J., Fowles D.C., Krueger R.F., 2009: *Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness and meanness*. "Development and Psychopathology", vol. 21, s. 913—938.
- Patrick Ch.J., ed., 2006: *Handbook of psychopathy*. New York—London.
- Patterson C.M., Newmann J.P., 1993: *Reflectivity and learning from aversive events: Towards a psychological mechanism for the syndromes of disinhibition*. "Psychological Review", vol. 100, s. 716—736.
- Paulhus D.L., Williams K.M., 2002: *The Dark Triad of personality: Narcissism, Machiavellianism and psychopathy*. "Journal of Research in Personality", vol. 36, s. 556—563.
- Pilch I., 2008: *Osobowość makiawelisty i jego relacje z ludźmi*. Katowice.
- Rilling J.K. et al., 2007: *Neural correlates of social cooperation and non-cooperation as a function of psychopathy*. "Biological Psychiatry", vol. 61, s. 1260—1271.
- Siwy-Hudowska A., Pilch I., 2011: *Makiawelizm w rodzinach: analiza współzależności*. Manuskrypt przedłożony do recenzji.
- Spitzer M. et al., 2007: *The neural signature of social norm compliance*. "Neuron", vol. 56, s. 185—196.
- Street M., Street V.L., 2006: *The effects of escalating commitment on ethical decision-making*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 48, s. 981—990.
- Ullrich S., Farrington D.P., Coid J.W., 2008: *Psychopathic personality traits and life-success*. "Personality and Individual Differences", vol. 44, s. 1162—1171.
- Vernon P.A. et al., 2008: *A behavioral genetic investigation of the Dark Triad and the Big 5*. "Personality and Individual Differences", vol. 44, s. 445—452.
- Visser B.A. et al., 2010: *Psychopathic and antisocial, but not emotionally intelligent*. "Personality and Individual Differences", vol. 48, s. 644—648.
- Williams K.M., 2002: *Discriminating the Dark Triad of Personality: Narcissism, Machiavellianism and psychopathy in normal population*. Unpublished master's thesis. The University of British Columbia.
- Williams K.M., Nathanson C., Paulhus D.L., 2010: *Identifying and profiling scholastic cheaters: Their personality, cognitive ability, and motivation*. "Journal of Experimental Psychology: Applied", vol. 16, s. 293—307.
- Williams K.M. et al., 2004: *Deviant sexual thoughts and behaviors: The roles of personality and pornography use*. Poster presented at a 16th annual conference of the APS, Chicago.
- Wilson D.S., Near D.C., Miller R.R., 1996: *Machiavellianism. A synthesis of the evolutionary and psychological literatures*. "Psychological Bulletin", vol. 119, issue 2, s. 285—299.
- Wilson D.S., Near D.C., Miller R.R., 1998: *Individual differences in Machiavellianism as a mix of cooperative and exploitative strategies*. "Evolution and Human Behavior", vol. 19, s. 203—212.



ANNA MARIA ZAWADZKA, DOROTA DYKALSKA-BIECK

Wartości rodziców i tendencje materialistyczne dzieci

Parent's values and children's materialistic tendencies

Abstract: Following the autodetermination theory research, we can conclude that social environment may lower people's well-being by enhancing the pursuit for extrinsic goals, inconsistent with human nature. Socioeconomic situation of the family, parental style of the mother, lack of communication in the family, divorce or lack of the father are indicated as sources of children's materialism. The aim of the paper is to answer the following questions: Are parental values linked with children's materialistic tendencies? If yes, how are they linked? Children and their parents were surveyed (study 1 — children age and parents, $M = 10,5$, study 2 — children age $M = 4,85$ and mothers). Children were asked about their associations with a happy person and about their materialistic aspirations. Parents filled the following value scales: Rokeach Value Survey (study 1) and Schwartz Portrait Values Questionnaire (study 2). The results show that mothers of materialistic children valued 'happiness' (study 1) and 'power' (study 2) more than mothers of non-materialistic children, whereas they valued 'mature love' (study 1) and 'tradition' (study 2) less than mothers of non-materialistic children. There were no differences between fathers of materialistic and non-materialistic children (study 1). However, in the group of materialistic children the values of their mothers and fathers differed. The fathers valued 'mature love' and 'pleasure' higher than the mothers whereas they valued 'happiness' lower than the mothers. The results imply that values of mothers pursuing extrinsic goals may be linked with materialistic tendencies of their children.

Key words: materialism, values, family, intrinsic and extrinsic goals.

Wprowadzenie

Badacze materializmu wskazują na dwie ścieżki rozwoju materializmu u osoby. Pierwsza ścieżka wynika z dążenia człowieka do kompensacji deprivacji potrzeb ekonomicznych i potrzeby bezpieczeństwa w dzieciństwie, druga — z procesu socjalizacji i wpływu na jednostkę rodziny, rówieśników i mediów (Dittmar, 2008; Górnik-Durose, 2002; Inglehart, 1990; Kasser, 2002; Solberg, Diener, Robinson, 2004).

W teoriach wywodzących się z organizmicznych koncepcji szczęścia (np. teorii autodeterminacji) twierdzi się, że materializm wiąże się z nastawieniem na realizację celów zewnętrznych (np. pieniądze, sława, atrakcyjność fizyczna). Ukierunkowanie na realizację celów zewnętrznych sprawia, że jednostka poszukuje swojej wartości poza sobą, co stoi w sprzeczności z wrodzoną potrzebą wzrostu i samorealizacji, którą gwarantuje ukierunkowanie na cele wewnętrzne (np. poczucie wspólnoty i związków z innymi, autonomię, kompetencje) (Ryan, Deci, 2000; Kasser, Ryan, 1993, 1996). W tym ujęciu szczęścia stwierdza się, że środowisko, w jakim jednostka wzrasta, może wzmacniać bądź utrudniać naturalne dążenia jednostki do realizacji celów wewnętrznych (Ryan, Deci, 2000).

Badania prowadzone w grupach adolescentów i studentów wskazują na rodzinę jako jeden z ważnych czynników odpowiedzialnych za materializm osoby. Dowodzą związków materializmu z sytuacją ekonomiczną rodziny, z rozbięciem rodziny i brakiem ojca, z preferowanym typem aspiracji życiowych matki i preferowanym stylem rodzicielskim matki (Flouri, 1999; Kasser et al., 1995; Rindfleisch, Burroughs, Denton, 1997; Rindfleisch, Burroughs, 1999).

Z badań dotyczących korelatów materializmu osób dorosłych można wyciągnąć wnioski o pozytywnych związkach wartości realizujących cele zewnętrzne (np. dostatnie życie, uznanie społeczne) i negatywnych związkach wartości realizujących cele wewnętrzne (pogoda ducha, Bóg, optymizm, życzliwość, uczciwość) z materializmem osób dorosłych (por. Górnik-Durose, 2007; Zawadzka, 2006).

W niniejszym artykule staramy się odpowiedzieć na pytania, czy, a jeśli tak, to jak wartości osobiste rodziców wiążą się z tendencjami materialistycznymi dzieci w dwóch grupach wiekowych: 4—6 i 9—12 lat.

Wyniki badań przeprowadzonych do tej pory wskazują, że materializm (poszukiwanie szczęścia w posiadaniu i gromadzeniu dóbr, nabywaniu dóbr materialnych oraz w dążeniach do celów finansowych) wiąże się negatywnie z dobrostanem jednostki (Fournier, Richins, 1991; Górnik-Durose, Janiec, 2011; Kasser, Ryan, 1993, 1996; Kasser,

Ahuvia, 2002; Richins, Dawson, 1992; Zawadzka, 2011). Jednak nadal niewiele jest publikacji, w których analizowane są przyczyny i samo zjawisko materializmu u dzieci. Zatem istotna z punktu widzenia dobrostanu jednostek i społeczeństwa jest analiza rozwoju materializmu u dzieci.

Prezentujemy tu wyniki dwóch badań, w których koncentrujemy się na analizie związku materialistycznego pojmowania szczęścia przez dzieci z rodzajem preferowanych przez rodziców wartości. Przyjmujemy, że rodzice dzieci pojmujących szczęście materialistycznie będą się różnić preferencjami wartości związanych z realizacją celów zewnętrznych od rodziców dzieci niematerialistycznych. Z kolei, rodzice dzieci pojmujących szczęście niematerialistycznie będą się różnić od rodziców dzieci materialistycznych preferencjami wartości realizujących cele wewnętrzne. W badaniu analizujemy dwie grupy dzieci: w wieku 4–6 lat i 9–12 lat, przyjmując, że mimo różnic rozwojowych w obydwu okresach życia związek materialistycznego pojmowania szczęścia z wartościami rodziców będzie istotny i będzie dotyczył różnic preferencji wartości realizujących cele zewnętrzne i wewnętrzne. Dalej przedstawiamy tło teoretyczne oraz metodę i wyniki dwóch przeprowadzonych badań.

Stosunek dzieci do posiadania i nabywania dóbr — perspektywa rozwojowa

Stosunek do posiadania i nabywania dóbr zmienia się wraz z wiekiem i możliwościami rozwojowymi dzieci. Z badań amerykańskich (John, 1999) wynika, że dzieci w zależności od wieku przywiązują różną wagę do posiadania i inaczej je odczytują. W pierwszym stadium (stadium perceptualnym — 3–7 lat) posiadanie ma znaczenie dla dzieci w aspekcie ilościowym, ten posiada, kto ma czegoś więcej. W kolejnym stadium (stadium analitycznym — 7–11 lat) dzieci zaczynają rozumieć posiadanie w odniesieniu do znaczeń społecznych, związanych z osiągnięciem statusu i samorealizacją. W trzecim stadium (stadium refleksyjnym — 11–16 lat) dzieci w pełni rozumieją posiadanie w odniesieniu do wartości dóbr, ich symboliki społecznej oraz niedostatku. W innych badaniach stwierdzono, że dzieci w tym wieku (8–12 lat) rozumieją i biorą pod uwagę (np. przy ocenie cech posiadacza marki) symboliczne znaczenie marek produktów (Belk, Bahn, Mayer, 1982; Achenreiner, John, 2003). Są też badania, w których wskazuje się, że dzieci pojmują znaczenie spo-

teczne posiadania wcześniej niż na to wskazują badania amerykańskie. Zbadano dzieci chińskie w wieku od 6 do 12 lat (Chan, 2006). Dzieci te miały za zadanie stworzyć rysunek dziecka, które ma dużo nowych i drogich zabawek, lub takiego, które nie ma zabawek. Następnie badacz rozmawiał o tych rysunkach z dziećmi. Wyniki badania wskazały, że istnieje istotna różnica w spostrzeganiu przez dzieci kogoś, kto ma, i kogoś, kto nie ma zabawek. Młodsze dzieci wiązały posiadanie dużej ilości rzeczy ze szczęściem, z przyjaźnią i zadowoleniem z siebie; starsze łączyły posiadanie dużej ilości rzeczy z rozrzutnością i marnotrawstwem. Innymi słowy, młodsze dzieci były w stanie (przeciwnie do wyników badań amerykańskich — por. John, 1999) określić wartość posiadania, odnosząc ją do zaangażowania emocjonalnego czy znaczeń społecznych.

Badacze wskazują również, że materializm może być wyższy w okresie adolescencji (12—13 lat) niż w okresach przed (8—9 lat) i po adolescencji (16—18 lat), i przypuszczają, że wiąże się to ze spadkiem poziomu samooceny u dzieci w okresie dojrzewania (Chaplin, John, 2007). Z badań wynika, że dzieci materialistyczne (w wieku 9—14 lat) więcej kupują i mniej oszczędzają, zainteresowane są nowościami na rynku i bardziej podatne na reklamę niż dzieci niematerialistyczne (Goldberg et al., 2003).

Wnioski z zaprezentowanych badań pozwalają sądzić, że już w wieku 6 lat dzieciom mogą być dostępne społeczne i emocjonalne znaczenia posiadania. Znaczenia te wraz z wiekiem stają się dla dzieci bardziej oczywiste.

Wpływ rodziny na socjalizację konsumencką dzieci

Wpływ wartości i postaw rodziców na wartości i zachowania dzieci

Autorzy badań nad dziecięcymi zachowaniami konsumenckimi starają się wyjaśnić socjalizację konsumencką dzieci jako funkcję wpływów środowiska. Pierwszym środowiskiem społecznym, w jakim dziecko uczy się zachowań, jest rodzina. Badacze dowodzą, że wartości kształtują się pod wpływem socjalizacji w rodzinie; mówią o transmisji pokoleniowej wartości (por. Brzozowski, 1988; Skarżyńska, 1991). Posiadane przez jednostkę wartości niosą za sobą skutki poznawcze, afektywne i behawioralne (Rokeach, 1973). W badaniach ustalono związki prefe-

rencji wartości konformizmu i samokierowania u rodziców i ich dzieci (Skarżyńska, 1991), ponadto wskazano na korelacje między systemami wartości preferowanymi przez rodziców i przez młodzież (Brzozowski, 1988). Z badań nad wpływem wartości rodziców na wartości dzieci wynika, że może on dotyczyć innych wartości ojca i innych wartości matki. Theodore Newcomb i George Svehla (1937) dowiedli, że matki bardziej niż ojcowie wpływają na wartości religijne swoich córek, a ojcowie bardziej niż matki wpływają na wartości polityczne córek. W badaniach wskazuje się również, że transmisja wartości z rodziców na dzieci jest bardziej efektywna w określonych warunkach. W jednym z badań dowiedziono, że istnieją związki pomiędzy preferencjami wartości religijnych u rodziców i ich dzieci; zgodności te były większe, gdy rodzice wyznawali te same wartości religijne, byli w młodszym wieku i mieli dobre relacje z dziećmi (Hoge, Petrillo, Smith, 1982). Stwierdzono także, że autorytarny styl rodzicielski moderuje stopień, w jakim wartości dzieci przypominają wartości rodziców. Ustalono, że ciepły styl rodzicielski (oparty na zaufaniu, braku hipokryzji, sprawiedliwości) prowadzi do efektywnej transmisji wartości (Rohan, Zana, 1996).

Oprócz stwierdzenia transmisji wartości w środowisku rodzinnym badacze wskazują także na związki postaw rodzicielskich z wartościami i zachowaniem dzieci. Przebadano związek stylów rodzicielskich i warunków socjoekonomicznych osoby w okresie dzieciństwa (5 lat) z typem preferowanych przez tę osobę w jej dorosłym życiu (w wieku 31 lat) wartości (Kasser, Koestner, Lekes, 2002). W badaniach ustalono, że restrykcyjny styl rodzicielski i gorsze warunki socjoekonomiczne w dzieciństwie korelowały pozytywnie z preferencjami wartości konformizmu i negatywnie z wartością samokierowania u osoby dorosłej. Z kolei, ciepły styl rodzicielski korelował negatywnie z preferencjami wartości konformizmu.

Zbadano także związki pomiędzy postrzeganymi postawami rodziców a preferowanymi wartościami studentów (Kasser et al., 1995). Okazało się, że studenci zorientowani na sukces finansowy — w porównaniu ze studentami zorientowanymi na wartości prospołeczne — postrzegali swoich rodziców jako dających mniej autonomii i wsparcia oraz mniej zaangażowanych. Z jeszcze innych badań wynika, że postawy rodzicielskie wiążą się ze sposobem realizacji celu przez dziecko — postawa akceptacji ojca i matki wiąże się z efektywnym stylem realizacji celu dziecka, z kolei odrzucanie dziecka wiąże się z nieefektywnym sposobem realizacji celu przez dziecko (Chryc-Gawrychowska, Błażek, 2004). Uzyskane wyniki badań wskazują, że style rodzicielskie i warunki socjoekonomiczne mogą kształtować wartości dzieci.

Rodzina a postawy dzieci wobec posiadania i nabywania dóbr — przegląd badań

Z przeprowadzonych dotychczas badań wynika, że pewne wymiary środowiska rodzinnego (postawy rodzicielskie matek, status socjoekonomiczny rodziny, sytuacja rodzinna dziecka) wiążą się z tendencjami materialistycznymi u młodzieży i studentów. W toku badań dotyczących związku sytuacji rodzinnej dziecka z jego zachowaniem konsumenckim stwierdzono, że dzieci z rodzin rozbitych wykazują wyższy poziom preferencji wartości materialistycznych i konsumpcji kompulsywnej w porównaniu z dziećmi z rodzin pełnych (Rindfleisch, Burroughs, Denton, 1997). Inne badania także wskazują, że dzieci rodziców rozwiedzionych i będących w separacji miały wyższe poziomy preferencji wartości materialistycznych i konsumpcji kompulsywnej (ibidem). Związek pomiędzy strukturą rodziny a konsumpcją kompulsywną jest mediowany przez zasoby rodziny i stresory rodzinne. Z kolei, preferencje wartości materialistycznych są moderowane przez status socjoekonomiczny rodziny. Socjalizacja dzieci w rodzinach rozwiedzionych przyczynia się do tego, że gromadzenie obiektów materialnych może być przez dzieci z takich rodzin traktowane jako sposób radzenia sobie ze stresem i z niepewnością. Aric Rindfleisch i James Burroughs (1999) zbadali zależność materializmu i satysfakcji dziecka od struktury rodziny. Wyniki badań wskazały, że struktura rodziny dzieciństwa moderuje relacje pomiędzy materializmem a satysfakcją z ojca. U jednostek z rodzin pełnych istnieje negatywna korelacja pomiędzy satysfakcją z ojca i materializmem, u jednostek z rodzin rozbitych — przeciwnie. Nie stwierdzono podobnej korelacji w badaniu satysfakcji dzieci z matek.

Z innych badań można wyciągać wnioski dotyczące postaw rodzicielskich, sytuacji socjoekonomicznej rodziny i tendencji materialistycznych dzieci. Tim Kasser, Richard Ryan, Malvin Zax i Arnold Sameroff (Kasser et al., 1995) przeanalizowali związek wybranych charakterystyk matek i środowiska rodzinnego z postawami materialistycznymi i prospołecznymi adolescentów. Adolescenti, którzy wysoko oceniali aspiracje związane z sukcesem finansowym w stosunku do innych typów aspiracji, mieli mniej troskliwe matki. Okazało się również, że bardziej materialistycznie nastawieni byli adolescenti, których matki ceniły sukces finansowy bardziej niż inne wartości. Eirini Flouri (1999) zbadła, jak materializm matek wiąże się z materializmem młodzieży (adolescentów i osób w wieku wczesnej dorosłości — 18—23 lata) oraz jak materializm młodych ludzi wiąże się z wpływem rówieśników, praktykami religijnymi i socjalizacją ekonomiczną dzieci. Wyniki badania potwierdziły, że materializm dzieci wiązał się negatywnie z praktykami religijnymi, sa-

tysfakcją z matki i częstością rozmów z rodzicami o tym, jak zarządzać pieniędzmi, oraz pozytywnie z wpływem rówieśników i podatnością na wpływ dziecka oraz materializmem matki.

Wyniki innych badań pozwalają w sposób pośredni wnioskować o związku środowiska rodzinnego z tendencjami materialistycznymi dzieci. Les Carlson, Stanford Grossbart i J. Kathleen Stuenkel (1992) przeprowadzili badanie socjalizacji rodzicielskiej w aspekcie komunikacji konsumenckiej. Wyniki wskazały, że matki, które są restrykcyjne i ciepłe w relacjach z dziećmi, komunikują się z dziećmi w sposób wzmacniający monitorowanie samego siebie i samokontrolę czynności konsumpcyjnych. Okazało się także, że matki, które respektują opinię dzieci, wzmacniają rozwój umiejętności podejmowania decyzji konsumenckich u dzieci.

Badanie 1

Celem prezentowanego badania 1 jest sprawdzenie, czy, a jeśli tak, to jakie wartości preferowane przez matki i preferowane przez ojców wiążą się z materialistycznym pojmowaniem szczęścia przez dzieci oraz jakie są różnice w wartościach matek i ojców dzieci pojmujących szczęście materialistycznie i tych pojmujących szczęście niematerialistycznie. Przeprowadzone do tej pory badania dzieci w grupie wiekowej 9—12 lat pozwoliły ustalić, że dzieci w tym wieku rozumieją symboliczne znaczenie marek i posiadania dóbr (por. Achenreiner, John, 2003; Belk, Bahn, Mayer, 1982). O ile wiadomo autorkom, nie prowadzono do tej pory badań na tej grupie wiekowej dotyczących związku wartości rodziców z materialistycznym pojmowaniem szczęścia przez ich dzieci.

Na podstawie wyników wcześniejszych badań, w których stwierdzono, że materializm matek wiąże się z materializmem dzieci (Flouri, 1999), że style rodzicielskie matek wiążą się z aspiracjami dotyczącymi sukcesu finansowego dzieci (Kasser et al., 1995), założono, że istnieje związek pomiędzy wartościami osobistymi matek a materializmem dzieci (tj. kojarzeniem szczęścia przez dzieci z zakupami i pieniędzmi). Uznano, że jednostka ukierunkowuje się na cele zewnętrzne wówczas, gdy środowisko, w jakim wzrasta, wspiera realizację tego typu celów (ibidem). Zatem założyłyśmy, że matki dzieci materialistycznych będą bardziej cenić wartości realizujące cele zewnętrzne niż matki dzieci niematerialistycznych; i przeciwnie, matki dzieci nie-

materialistycznych będą bardziej cenić wartości realizujące cele wewnętrzne.

Z kolei, biorąc pod uwagę wyniki badań, które wskazują na kompensację dobrami materialnymi braku ojca w rozbitej rodzinie (Rindfleisch, Burroughs, 1999), na znaczący wpływ matki i komunikacji z nią na socjalizację konsumencką dzieci (Carlson, Grossbart, Stuenkel, 1992) oraz fakt, że zgodnie z tradycyjnymi rolami płciowymi przyjmuje się, że rolą mężczyzny jest zapewnienie bytu finansowego rodzinie, założyliśmy, że wartości matek będą mieć większe znaczenie w pojmowaniu materialistycznym szczęścia przez dzieci niż wartości ojców.

Metoda

Grupa badana. Przebadano 40 dzieci z województwa pomorskiego, w tym 22 dziewczynki i 18 chłopców w wieku $M = 10,5$ ($SD = 1,5$), oraz rodziców dzieci — 40 matek i 39 ojców. Dzieci pochodziły z rodzin o przeciętnym standardzie życia. Badani rodzice mieli najczęściej wykształcenie średnie i wyższe (oprócz kilku przypadków, w których matka lub ojciec mieli wykształcenie podstawowe czy zawodowe).

Materiały i procedura. W badaniu posłużono się przygotowanym specjalnie na cele badania z dziećmi wywiadem oraz Skalą Wartości RVS w adaptacji Piotra Brzozowskiego (1996).

Badanie składało się z trzech spotkań. Dwa pierwsze odbywały się z udziałem dzieci, trzecie z udziałem ich rodziców. Na pierwszym spotkaniu dzieci oswajały się w grupie z badaczem i sytuacją badania. Następnie odbywały się spotkania indywidualne, podczas których dzieci odpowiadały na pytania dotyczące spędzania wolnego czasu w rodzinie, między innymi: „Czy rodzice mają czas dla dziecka?”, „Kto daje pieniądze dziecku?” i „Gdzie rodzice zabierają dziecko z sobą?”, „Co według ciebie oznacza »człowiek szczęśliwy«?”. Po kilku dniach od zakończenia spotkań indywidualnych odbyło się trzecie spotkanie — z matkami i ojcami dzieci. Podczas tego spotkania matki i ojcowie wypełniali skalę wartości ostatecznych ze Skali Wartości RVS Rokeacha. Wartości te stanowią cele egzystencjalne człowieka pożądane same w sobie i obejmują interesy indywidualne i społeczne. Badani udzielali odpowiedzi, porządkując wartości od najważniejszej („1”) do najmniej ważnej („18”).

Po przeprowadzeniu badania na podstawie odpowiedzi na pytanie: „Co według ciebie oznacza »człowiek szczęśliwy«?”, za pomocą techniki Q-sort wyróżniono 3 sposoby pojmowania szczęścia przez dzieci, były nimi: a) szczęście jako radość i zadowolenie, b) szczęście jako zakupy

i pieniądze, c) szczęście jako posiadanie przyjaciół. Następnie, odnosząc się do definicji materializmu Marsha Richins i Scotta Dawsona (1992) (wedle tej definicji, materializm polega na umiejscawianiu w centrum posiadania i wiązaniu posiadania ze szczęściem i z sukcesem w życiu), przyjęliśmy, że grupa dzieci kojarzących szczęście z zakupami i pieniędzmi jest grupą materialistyczną, a pozostałe dwie grupy są grupami niematerialistycznymi. Podobny sposób pomiaru tendencji materialistycznych za pomocą skojarzeń ze szczęściem był u dzieci stosowany z powodzeniem przez innych badaczy (por. Chaplin, John, 2007).

Wyniki

Wybrane zachowania rodziców w ocenie dzieci z grupy pojmującej szczęście materialistycznie i niematerialistycznie. Zanim przeszliśmy do analizy głównych założeń badania, postanowiłyśmy prześledzić, jak dzieci z badanych grup — pojmujących szczęście materialistycznie i niematerialistycznie — oceniały wybrane zachowania rodziców; zachowania oceniano na podstawie odpowiedzi dzieci na pytania: „Czy rodzice mają czas dla dziecka?“, „Kto daje pieniądze dziecku?“ i „Gdzie rodzice zabierają dziecko z sobą?“. Pytania te zadano, aby kontrolować pewne zmienne mogące mieć znaczenie w przypadku badanych zależności. Pytanie o czas dla dziecka zadano, gdyż z wcześniejszych badań wynika, że dzieci mogą uczyć się kompensować uniwersalne potrzeby psychologiczne (w tym przypadku będą to potrzeby afiliacji) dobrami materialnymi i zakupami (por. Rindfleisch, Burroughs, 1999). Pytanie o źródło pieniędzy zadano, aby zorientować się, który z rodziców może odgrywać większą rolę w rodzinie w wymiarze socjalizacji konsumenckiej (por. Carlson, Grossbart, Stuenkel, 1992). Pytanie trzecie zadano w celu sprawdzenia, w jakie miejsca rodzice zabierają najczęściej swoje dzieci, a tym samym jakie z uwzględnionych środowisk socjalizują dziecko w większym bądź mniejszym stopniu. Uzyskane wyniki częstości prezentowane w procentach zawarto w tabeli 1.

Przeprowadzone analizy testem χ^2 nie wykazały istotnych różnic pomiędzy liczebnościami odpowiedzi na każde z trzech pytań w grupach dzieci pojmujących szczęście materialistycznie i niematerialistycznie. Wynik ten pozwala przypuszczać, że sytuacja rodzinna badanych dzieci była podobna. Dzieci z badanych grup nie różniły się istotnie co do oceny czasu, jaki poświęcają im rodzice, typu miejsc, w jakie rodzice je zabierają, oraz wskazań osoby (matki/ojca), która daje im pieniądze.

Tabela 1

Odpowiedzi dzieci z grup pojmujących szczęście materialistycznie i niematerialistycznie na trzy analizowane pytania (%)

Pytania		Sposób pojmowania szczęścia przez dzieci		
		materialistyczny — pieniądze i zakupy	niematerialistyczny	
			uśmiech i zadowolenie	przyjaciele
Czy rodzice mają czas dla dziecka?	tak	0,0	27,3	0,0
	nie	62,5	22,7	60,0
	trudno powiedzieć	37,5	50,0	40,0
Kto daje pieniądze dziecku?	matka	37,5	63,6	50,0
	ojciec	50,0	22,7	40,0
	oboje	12,5	13,6	10,0
Gdzie rodzice zabierają dziecko z sobą?*	do rodziny	25,5	45,5	40,0
	do sklepów	37,5	27,3	40,0
	na spacer	37,5	18,2	20,0
	do szkoły	0,0	19,1	0,0

* Dane nie sumują się do 100%, ponieważ dzieci miały możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi.

Źródło: Badania własne.

Różnice preferowanych przez matki wartości w grupach dzieci pojmujących szczęście materialistycznie i niematerialistycznie. Zanim przystąpiono do właściwych analiz, rangi wartości osobistych przeliczono na wartości standaryzowane z . Następnie zastosowano test t -Studenta dla grup niezależnych. Przeprowadzona analiza wskazała na istotne różnice pomiędzy średnimi preferowanych wartości „dojrzała miłość” i „szczęście” matek dzieci pojmujących szczęście materialistycznie i niematerialistycznie (por. tabela 2). Średnie preferowanych wartości „dojrzałej miłości” były wyższe, a średnie wartości „szczęście” niższe u matek dzieci pojmujących szczęście niematerialistycznie w porównaniu z matkami dzieci kojarzących szczęście materialistycznie.

Zaobserwowano także inne istotne różnice. Mianowicie, matki dzieci pojmujących szczęście jako zadowolenie i uśmiech wyżej ceniły wartość „zbawienie” niż matki dzieci pojmujących szczęście materialistycznie, które w przeciwieństwie do tych pierwszych ceniły wyżej wartość „równowaga wewnętrzna”. Z kolei matki dzieci pojmujących szczęście jako posiadanie przyjaciół bardziej ceniły wartość „przyjemność” niż matki dzieci kojarzących szczęście materialistycznie (por. tabela 2).

Tabela 2

**Średnie i wartości testu *t*-Studenta dla matek dzieci
pojmujących szczęście materialistycznie i niematerialistycznie**

Wartości	Sposób pojmowania szczęścia przez dzieci		
	materialistyczny — pieniądze i zakupy	niematerialistyczny	
		uśmiech i zadowolenie	przyjaciele
Dojrzała miłość $t(24) = 2,56, p < 0,02$ $t(16) = 3,83, p = 0,001$	-0,73	0,06	0,46
Szczęście $t(28) = -2,7, p < 0,05$ $t(16) = 2,29, p < 0,05$	0,84	-0,24	-0,15
Równowaga wewnętrzna $t(28) = -2,05, p = 0,05$	0,60	-0,18	-0,09
Przyjemność $t(16) = -2,17, p = 0,05$	-0,55	0,02	0,40
Zbawienie $t(28) = 2,00, p < 0,06$	-0,56	0,26	-0,12

Źródło: Badania własne.

Różnice preferowanych przez ojców wartości w grupach dzieci pojmujących szczęście materialistycznie i niematerialistycznie. Przeprowadzono analizę wartości preferowanych przez ojców dzieci z trzech badanych grup. Zastosowano test *t*-Studenta różnic pomiędzy grupami niezależnymi. Analiza nie wskazała na istotne różnice preferowanych wartości ojców dzieci pojmujących szczęście materialistycznie i niematerialistycznie. Istotną różnicę zaobserwowano pomiędzy średnimi wartościami „poczucie własnej godności” ($t(28) = -2,97, p = 0,006$, $Mniemat1 = -0,32$, $Mniemat2 = 0,79$) i „pokój na świecie” ($t(28) = 3,42, p = 0,002$, $Mniemat1 = 0,35$, $Mniemat2 = -0,85$) u ojców dzieci pojmujących szczęście jako zadowolenie i uśmiech oraz ojców dzieci kojarzących szczęście z posiadaniem przyjaciół.

Różnice pomiędzy wartościami matek i ojców w grupach dzieci pojmujących szczęście materialistycznie i niematerialistycznie. Przeanalizowano różnice pomiędzy wartościami ojców i matek w każdej z badanych grup dzieci różniących się sposobem pojmowania szczęścia za pomocą testu *t*-Studenta różnic pomiędzy grupami zależnymi. Analiza ta wskazała na istotne różnice w preferencji wartości „dojrzała miłość” ($t(7) = -2,18, p = 0,024$, $Mm = -0,74$, $Mo = 0,52$), „szczęście” ($t(7) = 2,37, p < 0,05$, $Mm = 0,84$, $Mo = 0,14$) i „przyjemność”

($t(7) = -2,18, p = 0,066, Mm = -0,55, Mo = 0,56$) przez matki i ojców dzieci pojmujących szczęście materialistycznie. W tej grupie dzieci pojmujących szczęście materialistycznie ojcowie cenili wyżej wartość „dojrzałej miłości” i „przyjemności” niż matki, natomiast matki ceniły wyżej wartość „szczęścia” niż ojcowie. Rodzice dzieci pojmujących szczęście jako zadowolenie i uśmiech nie różnili się pomiędzy sobą preferowanymi wartościami. Z kolei, rodzice dzieci pojmujących szczęście jako posiadanie przyjaciół różnili się co do preferencji wartości „poczucie własnej godności” ($t(8) = -2,39, p < 0,05, Mm = -0,22, Mo = 0,80$).

Podsumowanie

W przeprowadzonym badaniu ustalono, że matki dzieci pojmujących szczęście materialistycznie ceniły wyżej wartości „szczęścia” i „dojrzałej miłości” niż matki dzieci pojmujących szczęście niematerialistycznie.

Wynik ten potwierdza przyjęte założenia, mianowicie wartość szczęścia odnosi się do realizacji celów zewnętrznych, co więcej, dotyczy realizacji własnych interesów (por. Rokeach, 1973), a wartość dojrzałej miłości dotyczy celów wewnętrznych. Okazało się także, że matki dzieci kojarzących szczęście materialistycznie mniej ceniły wartości przyjemności i zbawienia niż matki dzieci niematerialistycznie kojarzących szczęście z przyjaciółmi oraz z uśmiechem i zadowoleniem. Te wyniki mogą określać odmienne wartości matek dwóch grup dzieci niematerialistycznych i matek grupy dzieci materialistycznych. Brak różnic w wartościach ojców dzieci materialistycznych i niematerialistycznych oraz wynik wskazujący na wyższe znaczenie dla ojców dzieci materialistycznych „dojrzałej miłości” niż znaczenie tej wartości dla matek może sugerować — zgodnie z przyjętymi w badaniu założeniami — że preferencje wartości związanych z realizacją celów zewnętrznych ojców (w porównaniu z preferencjami wartości związanych z realizacją celów zewnętrznych matek) mogą mieć mniejsze znaczenie w kształtowaniu się tendencji materialistycznych ich dzieci.

Badanie 2

Celem badania 2 było sprawdzenie, czy w przypadku dzieci młodszych (4—6 lat) można zaobserwować podobne tendencje do odnotowanych w badaniu 1. W badaniu 2 skupiliśmy się na analizie związku wartości matek z tendencjami materialistycznymi dzieci. Odwołując się do wyników badania 1 i badań poprzedników wskazujących na wpływ stylów rodzicielskich matek (Kasser et al., 1995; Kasser, Ryan, 1996) i wartości materialistycznych matek (Flouri, 1999) na wartości preferowane przez adolescentów i dorosłych, założyliśmy, że matki dzieci kojarzących szczęście materialistycznie oraz przejawiających preferencje aspiracji finansowych będą bardziej preferować wartości związane z realizacją celów zewnętrznych niż wartości związane z realizacją celów wewnętrznych w porównaniu z matkami dzieci kojarzących szczęście niematerialistycznie. Aby pogłębić wyniki uzyskane w badaniu 1, wskazujące, że matki dzieci materialistycznych wyżej cenią wartość szczęścia (tj. zadowolenia) w porównaniu z matkami dzieci niematerialistycznych, badanie 2 poszerzono o pomiar zadowolenia z życia matek.

Metoda

Grupa badana. Przebadano 40 dzieci — 22 dziewczynki i 18 chłopców, w wieku 4—6 lat, średnia wieku $M = 4,85$ ($SD = 0,86$), i 37 matek dzieci. Większość matek miała co najmniej wykształcenie średnie; tylko w trzech przypadkach — wykształcenie podstawowe. Dzieci pochodziły z rodzin o przeciętnym standardzie życia.

Materiały i procedura. Badanie odbywało się w przedszkolu. Zanim przystąpiono do badania, poproszono rodziców dzieci o zgodę na jego przeprowadzanie. Badanie składało się z dwóch spotkań. Pierwsze odbywało się z matkami, a drugie z dziećmi. Matki zbadano kwestionariuszem wartości PVQ (Portret Values Questionnaire) Shaloma Schwartza w polskiej adaptacji Jana Ciecucha i Zbigniewa Zaleskiego we współpracy z Shalomem Schwarzem (Ciecuch, Zaleski, 2011) oraz drabiną Cantrila (w adaptacji Janusza Czapińskiego, 1992).

Pomiar kwestionariuszem wartości PVQ polega na badaniu stosunku respondenta do stwierdzeń przez ocenę swego podobieństwa do osoby opisanej w stwierdzeniu na sześciostopniowej skali (od 1 — „zupełnie do mnie niepodobny” do 6 — „bardzo podobny do mnie”). Narzędzie to pozwala zbadać 10 obszarów wartości osobistych wyróżnianych przez Shaloma Schwartza, którymi są: osiągnięcia, samokierowanie, zycżliwość,

uniwersalizm, tradycja, konformizm, stymulacja, hedonizm, władza, bezpieczeństwo.

Pomiar drabiną Cantrila składa się z pytania dotyczącego oceny ogólnego zadowolenia z życia, na które odpowiadają badani, stosując skalę od 0 („najgorsze życie, jakiego mógłbym się spodziewać”) do 10 („najlepsze życie, jakiego mógłbym się spodziewać”). Drabina Cantrila pozwala również uzyskać ocenę zadowolenia z życia w przeszłości i ocenę przewidywanego zadowolenia z życia w przyszłości za pomocą pytań: „Gdzie na tej drabinie umieściłbyś swój najgorszy tydzień ostatniego roku?”, „Gdzie na tej drabinie umieściłbyś swój najlepszy dzień minionego roku?”, „Gdzie umieściłbyś swoje życie sprzed 5 lat?”, „Jakiego spodziewasz się życia za 5 lat — gdzie mógłbyś je umieścić na tej drabinie?”. W badanej grupie średnia odpowiedzi matek na pytanie o ogólną ocenę zadowolenia z życia wyniosła $M = 7,22$ ($SD = 1,68$). Analiza rzetelności drabiny Cantrila dla matek wyniosła $\alpha = 0,56$ i nie była zadowalająca, dlatego też przeanalizowano wyniki dla każdej ze skal drabiny Cantrila niezależnie.

Badanie dzieci polegało na przeprowadzeniu wywiadów indywidualnych. W trakcie wywiadów badacz zadawał dzieciom pytania dotyczące sposobu spędzania wolnego czasu w rodzinie i wybranych zachowań konsumenckich oraz pytał, „kto to jest człowiek szczęśliwy”. Wśród pytań związanych z zachowaniami konsumenckimi były pytania, które miały pomóc zbadać aspiracje materialistyczne u dziecka (podobne sposoby pomiaru aspiracji z powodzeniem stosowali także inni badacze — por. Chan, 2003; Goldberg et al., 2003). Do pomiaru aspiracji materialistycznych dziecka użyto 4 stwierdzeń: (1) „Inne dzieci mają więcej rzeczy niż ja”, (2) „Chciałbym/Chciałabym, żeby rodzice dawali mi więcej pieniędzy do wydania”, (3) „Kiedy dorosnę, chcę zarabiać mnóstwo pieniędzy”, (4) „Chciałbym/Chciałabym, aby moi rodzice zarabiali więcej pieniędzy”, na które dziecko odpowiadało „tak” lub „nie”. Wynik dla aspiracji materialistycznych dzieci uzyskiwano, sumując odpowiedzi dziecka na każde z 4 stwierdzeń. Średnia wartość tej skali w przebadanej grupie wyniosła $M = 2,89$ ($SD = 0,99$).

Podobnie jak w przypadku badania 1 odpowiedzi na pytanie: „Kto to jest człowiek szczęśliwy?”, po przeprowadzeniu badania właściwego posortowano za pomocą techniki Q-sort. Postąpiono tak, gdyż badacze twierdzą, że podstawowe pojęcie szczęścia jest łatwe do zrozumienia bez względu na wiek (por. Chaplin, John, 2007). Na podstawie specyfiki wymienianych przez dzieci skojarzeń ze szczęśliwym człowiekiem wyłoniono trzy grupy wypowiedzi dzieci; były nimi: a) skojarzenia z zadowoleniem i uśmiechem (g1), b) skojarzenia z pieniędzmi i zakupami (g2) oraz c) skojarzenia z rodzicami i przyjacielem (g3). W badaniu przyjęto, że

grupa g1 i g3 to grupy kojarzące szczęście niematerialistycznie, a grupa g2 to grupa dzieci kojarząca szczęście materialistycznie.

Wyniki

Skojarzenia szczęścia dzieci i wartości matek. Zaobserwowano istotne różnice pomiędzy preferencjami wartości „władza” przez matki dzieci kojarzących szczęście z rodzicami i przyjacielem a kojarzących szczęście materialistycznie ($t(14) = 2,05, p < 0,059$) a preferencjami wartości „władza” przez matki dzieci kojarzących szczęście z zadowoleniem i uśmiechem ($t(18) = 2,14, p < 0,05$). Średnie dla preferencji wartości „władza” przez matki dzieci z badanych grup przedstawiają się następująco: kojarzenie szczęścia z uśmiechem i zadowoleniem — $M(g1) = 6,62$ ($SD = 2,32$), kojarzenie szczęścia materialistycznie — $M(g2) = 6,67$ ($SD = 2$) i kojarzenie szczęścia z rodzicami i przyjacielem — $M(g3) = 4,86$ ($SD = 1,35$). Matki dzieci kojarzących szczęście z rodzicami i przyjacielem preferowały istotnie niżej wartość „władza” w porównaniu z matkami dzieci kojarzących szczęście materialistycznie i kojarzących szczęście z uśmiechem i zadowoleniem. Pozostałe różnice były nieistotne statystycznie.

Aspiracje materialistyczne dzieci i wartości matek. Przeprowadzono analizę korelacji preferowanych przez matki wartości z wynikiem aspiracji materialistycznych dzieci. Analiza ta wskazała na istotną negatywną korelację aspiracji materialistycznych dzieci z preferowaniem wartości „tradycja” przez matki ($r(35) = -0,49, p = 0,003$). Pozostałe korelacje były nieistotne statystycznie.

Skojarzenia ze szczęściem dzieci i zadowolenie z życia matek. Aby ustalić, jak różniło się zadowolenie z życia matek dzieci kojarzących szczęście materialistycznie i matek dzieci kojarzących szczęście niematerialistycznie, zastosowano test t -Studenta różnic pomiędzy średnimi każdej ze skal drabiny Cantrila w trzech grupach dzieci. Uzyskany wynik wskazał na istotną różnicę między ogólnym zadowoleniem z życia matek dzieci kojarzących szczęście z uśmiechem i zadowoleniem a pozostałymi grupami matek dzieci kojarzących szczęście z pieniędzmi i zakupami ($t(18) = 2,16, p = 0,04$) i kojarzących szczęście z przyjacielem i rodzicami ($t(16) = 2,79, p = 0,013$). Średnie dla każdej z grup przedstawiały się następująco: $M(g1) = 8,36$ ($SD = 1,36$), $M(g2) = 6,89$ ($SD = 1,69$), $M(g3) = 6,29$ ($SD = 1,79$). Matki dzieci, które kojarzyły szczęście z uśmiechem i zadowoleniem, były bardziej zadowolone z życia niż matki dzieci z dwóch pozostałych grup dzieci. Pozostałe średnie dla skal drabiny Cantrila nie różniły się istotnie.

Podsumowanie

Uzyskane wyniki wskazały, że istnieje istotny negatywny związek pomiędzy aspiracjami materialistycznymi dzieci a preferencjami wartości tradycji przez matki (tj. respektowania i akceptacji obyczajów oraz idei związanych z kulturą i religią) oraz że matki dzieci kojarzących szczęście materialistycznie wyżej cenią wartość władzy niż matki dzieci kojarzących szczęście niematerialistycznie (z przyjacielem i rodzicami). Wartość władzy dotyczy celów zewnętrznych, a wartość tradycji — celów wewnętrznych. Zatem uzyskane tendencje w dużym stopniu są zgodne z przyjętymi w badaniu 2 założeniami, że wyższe preferencje wartości realizujących cele zewnętrzne i niższe wartości realizujących cele wewnętrzne matek sprzyjają rozwojowi tendencji materialistycznych u dzieci. Ponadto matki dzieci kojarzących szczęście materialistycznie oceniały gorzej swoje życie niż matki dzieci niematerialistycznych (kojarzących szczęście z uśmiechem i zadowoleniem).

Dyskusja i wnioski z badań

Zaprezentowane badania wpisują się w dyskusję na temat wpływu socjalizacji dziecka w kontekście rodziny na kształtowanie się tendencji materialistycznych u dzieci. W szczególny sposób badania te dotyczą problemu związku wartości preferowanych przez rodziców i tendencji materialistycznych dzieci. W badaniu stwierdzono, że matki dzieci o tendencjach materialistycznych (kojarzące szczęście materialistycznie — badanie 1 i badanie 2 — i mające aspiracje materialistyczne — badanie 2) bardziej cenią wartości realizujące cele zewnętrzne (szczęście, władza) niż wartości realizujące cele wewnętrzne (dojrzała miłość, tradycja). Co więcej, okazało się, że wartości związane z afiliacją i poczuciem wspólnoty (dojrzała miłość, tradycja) w największym stopniu różnicowały matki dzieci materialistycznych i niematerialistycznych. Uzyskane wyniki mogą stanowić poszerzenie poglądu, że materializm prowadzi do koncentrowania się na przedmiotach zamiast na relacjach z ludźmi (por. Kasser, 2002) w tym znaczeniu, że rodzice preferujący wartości dotyczące celów zewnętrznych mogą skupiać dziecko bardziej na przedmiotach niż relacjach z ludźmi. Wyniki przeprowadzonych tu analiz nawiązują do badań związku typu stylów rodzicielskich matek z typem aspiracji dzieci. Z badań tych wynika, że matki młodzieży wysoko ceniące aspiracje społeczne i nisko aspiracje finansowe są bardziej troskliwe i ciepłe (co po-

średnio może wskazywać, że matki te cenią wartości związane z afiliacją) niż matki młodzieży nisko ceniącej aspiracje prospołeczne i wysoko aspiracje finansowe (Kasser et al., 1995).

Okazało się również, że ojcowie dzieci materialistycznych i niematerialistycznych nie różnią się pod względem wyznawanych wartości, co może sugerować — zgodnie z badaniami eksplorującymi funkcje dóbr (por. Górnik-Durose, 2002) — że posiadanie dóbr w przypadku mężczyzn pełni funkcje instrumentalne i w związku z tym w inny sposób może wpływać na kształtowanie się tendencji materialistycznych u dzieci. Co ciekawe, w badaniu 1 okazało się, że ojcowie dzieci materialistycznych wyżej cenią dojrzałą miłość niż matki tych dzieci, co mogłoby dodatkowo potwierdzać wysnuwany wniosek. Warto również zauważyć, że w obydwu badanych grupach dzieci miały podobne treściowo skojarzenia ze szczęściem. Te skojarzenia dotyczą — oprócz pieniędzy i zakupów — także relacji z innymi oraz zadowolenia i uśmiechu, co może wskazywać na zasadność stwierdzeń o wczesnym pojmowaniu przez dzieci posiadania w kategoriach znaczeń emocjonalnych i społecznych (już wieku ok. 5 lat — por. Chan, 2006). Jednak grupę skojarzeń ze szczęściem, które dotyczy zadowolenia i uśmiechu, trudno jednoznacznie zinterpretować u dzieci młodszych (badanie 2). Jest tak dlatego, że kategoria ta może być kategorią opisową i stanowić inną jakościowo kategorię niż dwie pozostałe. Można przypuszczać, że właśnie z tej przyczyny matki dzieci kojarzących szczęście z zadowoleniem i uśmiechem oraz matki dzieci kojarzących szczęście materialistycznie nie różniły się co do preferencji wartości władzy. Biorąc pod uwagę wyniki wskazujące na lepszą ocenę swojego życia przez matki dzieci kojarzących szczęście z zadowoleniem i uśmiechem w porównaniu z ocenami matek dzieci z dwu pozostałych grup (badanie 2), można sugerować, że matki dzieci kojarzących szczęście z zadowoleniem i uśmiechem pojmują szczęście hedonistycznie, co mogłoby potwierdzić przypuszczenie o bardziej złożonej podstawie skojarzeń szczęścia z uśmiechem i zadowoleniem (tj. trudno jednoznacznie uznać, że jest to grupa niematerialistyczna). Jednakże aby to ustalić dokładnie, należy przeprowadzić dalsze analizy.

Zaprezentowane badania mają swoje ograniczenia. Pierwsze ograniczenie dotyczy użytego sposobu pomiaru tendencji materialistycznych u dzieci. Zastosowany pomiar tendencji materialistycznych dzieci warto w przyszłości poszerzyć (szczególnie w przypadku badania grupy dzieci młodszych — badanie 2) o pomiar skojarzeń szczęścia na podstawie wyboru wyselekcjonowanych przez sędziów obrazków tematycznych czy rysunków tematycznych wykonanych przez dziecko (Chaplin, John, 2007; Chan, 2006). Drugim ograniczeniem jest stosunkowo mała liczebność grup badanych osób. Badania dzieci ze względu na pewne

ograniczenia narzędziowe (związane z pomiarem materializmu dzieci) prowadzone są w mniejszych grupach, gdyż wymagają indywidualnej pracy z każdym z respondentów. Innym ograniczeniem przeprowadzonych badań może być wykorzystanie różnych skal wartości do badania preferencji wartości u rodziców. Być może zastosowanie tych samych kwestionariuszy pozwoliłoby ujawnić bardziej zbliżone typy wartości rodziców wiążące się z pojmowaniem materialistycznym i niematerialistycznym szczęścia przez dzieci. Warto także dodać, że liczba wartości różnicujących matki dzieci materialistycznych i niematerialistycznych nie jest wystarczająca.

W kolejnych badaniach warto zweryfikować uzyskane wyniki dotyczące związku wartości matek z materializmem dzieci za pomocą innych narzędzi służących do pomiaru preferencji wartości. Podobnie warto przebadать ponownie ojców w perspektywie wartości, aby móc z większą pewnością twierdzić, że wartości ojców nie mają znaczenia w kształtowaniu tendencji materialistycznych dzieci. W prezentowanych badaniach nie uzyskano istotnych różnic co do czasu poświęcanego przez rodziców dzieciom z trzech badanych grup. Jednak należałoby tę kwestię zweryfikować w kolejnych badaniach. W teoriach projektów osobistych wskazuje się, że jednym z mierników wagi celu życiowego jest czas poświęcany na realizację tego celu (Little, 1983).

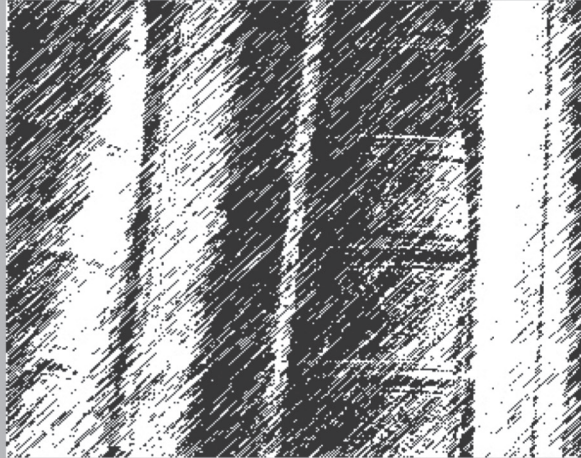
Przeprowadzone badania mają zastosowanie praktyczne. Każdy rodzic chce, aby jego dziecko było szczęśliwe, ale nie każde pojęcie szczęścia wiąże się z dobrostanem. Ważne jest, aby rodzice uświadamiali sobie, jak wartości, jakimi kierują się w życiu, mogą oddziaływać na przyszłe motywacje dziecka i jego dobrostan. Temat wydaje się tym bardziej ciekawy, że rodzice swoimi wartościami mogą wpływać na przyszłe motywacje dzieci w sposób nieuświadomiony. Uzyskane wyniki skłaniają do stawiania kolejnych pytań i prowadzenia dalszych badań dotyczących wartości rodziców i tendencji materialistycznych dzieci.

Bibliografia

- Achenreiner G.B., John D.R., 2003: *The meaning of brand names to children: a developmental investigation*. "Journal of Consumer Psychology", vol. 13 (3), s. 205—219.
- Belk R.W., Bahn K.D., Mayer R.N., 1982: *Developmental recognition of consumption symbolism*. "Journal of Consumer Research", vol. 9, s. 4—17.
- Brzozowski P., 1988: *Przekazywanie wartości w rodzinie*. „Psychologia Wychowawcza”, nr 31 (2), s. 190—200.

- Brzozowski P., 1996: *Skala Wartości (SW). Polska adaptacja Value Survey M. Ro-keacha*. Warszawa (wyd. 1. — 1989).
- Carlson L., Grossbart S., Stuenkel J.K., 1992: *The role of parental socialization ty-pes on differential family communication patterns regarding consumption*. "Journal of Consumer Psychology", vol. 1 (1), s. 31—52.
- Chan K., 2003: *Materialism among Chinese children in Hong Kong*. "International Journal of Advertising and Marketing to Children", vol. 4 (4), s. 47—61.
- Chan K., 2006: *Exploring children's perceptions of material possession: a drawing study*. "Qualitative Market Research. An international journal", vol. 9 (4), s. 352—366.
- Chaplin L.N., John D.R., 2007: *Growing up in material world: age differences in materialism in children and adolescents*. "Journal of Consumer Research", vol. 34, s. 480—493.
- Chryc-Gawrychowska A., Błażek M., 2004: *Wpływ postaw rodzicielskich na style realizacji celów. W: Motywy cele, wartości. Przyczynek do zrozumienia stanu ducha i stanu umysłu współczesnych Polaków*. Red. E. Martynowicz. Kraków, s. 197—216.
- Cieciuch J., Zaleski Z., 2011: *Polska adaptacja Portretowego Kwestionariusza War-tości Shaloma Schwartza*. „Czasopismo Psychologiczne”, T. 17 (2), s. 251—262.
- Czapiński J., 1992: *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Poznań.
- Dittmar H., 2008: *Consumer culture, identity and well-being*. [European Monographs in Social Psychology]. New York.
- Flouri E., 1999: *An integrated model of consumer materialism: Can economic socializa-tion and maternal values predict materialistic attitudes in adolescents?* "Journal of Socio-Economics", vol. 28, s. 707—724.
- Fournier S., Richins M.L., 1991: *Some theoretical and popular notions concerning materialism*. "Journal of Social Behaviour and Personality", vol. 6, s. 403—414.
- Goldberg M.E. et al., 2003: *Understanding materialism among youth*. "Journal of Consumer Psychology", vol. 13 (3), s. 278—288.
- Górnik-Durose M., 2002: *Psychologiczne aspekty posiadania — między instrumental-nością a społeczną użytecznością dóbr materialnych*. Katowice.
- Górnik-Durose M., 2007: *Ważność dóbr materialnych w kontekście indywidualnych wartości i orientacji społecznych*. „Kolokwia Psychologiczne”. Nr 16: *Psychologia wo-bec dylematów współczesności*, s. 85—102.
- Górnik-Durose M., Janiec K., 2011: *Merkantylizm psychiczny, struktura celów a poczucie dobrostanu psychologicznego*. W: *Życie w konsumpcji, konsumpcja w ży-ciu. Psychologiczne ścieżki współzależności*. Red. A.M. Zawadzka, M. Górnik-Durose. Gdańsk, s. 142—160.
- Hoge D.R., Petrillo G., Smith E.I., 1982: *Transmission of religious and social val-ues from parents to teenage children*. "Journal of Marriage and Family", vol. 44 (3), s. 569—580.
- Inglehart R., 1990: *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton, NJ.
- John D.R., 1999: *Consumer socialization of children: a retrospective look at twenty-five years of research*. "Journal of Consumer Research", vol. 26, s. 183—213.
- Kasser T., 2002: *The high price of materialism*. Cambridge, MA.
- Kasser T., Ahuvia A., 2002: *Materialistic values and well-being in business students*. "European Journal of Social Psychology", vol. 32, s. 137—146.
- Kasser T., Koestner R., Lekes N., 2002: *Early family experiences and adult values: a 26-years, prospective longitudinal study*. "Personality and Social Psychology Bulle-tin", vol. 28 (6), s. 826—835.

- Kasser T., Ryan R.M., 1993: *A dark side of the American Dream: Correlates of financial success as a central life aspiration*. "Journal of Personality and Social Psychology", vol. 65, s. 410—422.
- Kasser T., Ryan R.M., 1996: *Further examining the American Dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals*. "Personality and Social Psychology Bulletin", vol. 22, s. 281—288.
- Kasser T. et al., 1995: *The relations of maternal and social environments to late adolescent's materialistic and prosocial values*. "Developmental Psychology", vol. 31 (6), s. 907—914.
- Little B.R., 1983: *Personal projects analysis: Trivial pursuits, magnificent obsessions, and search for coherence*. In: *Personality psychology, Recent trends and emerging directions*. Eds. D.M. Buss, N. Cantor. New York, s. 15—31.
- Newcomb T., Svehla G., 1937: *Intra-family relationships in attitudes*. "Sociometry", vol. 1, s. 180—205.
- Richins M., Dawson S., 1992: *A consumer values orientation for materialism and its measurement. Scale development and validation*. "Journal of Consumer Research", vol. 19, s. 303—316.
- Rindfleisch A., Burroughs J.E., 1999: *Materialism and childhood satisfaction: a social structural analysis*. "Advances in Consumer Research" (eds. E.J. Arnould, L.M. Scott), vol. 26, s. 519—526.
- Rindfleisch A., Burroughs J.E., Denton F., 1997: *Family structure, materialism, and compulsive consumption*. "Journal of Consumer Research", vol. 23, s. 312—325.
- Rohan M.J., Zana M.P., 1996: *Value transmission in families*. In: *The psychology of values. The Ontario Symposium*. Vol. 8. Eds. C. Seligman, J.M. Olson, M.P. Zana. New Jersey, s. 253—274.
- Rokeach M., 1973: *The nature of human values*. New York.
- Ryan R.M., Deci E.L., 2000: *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being*. "American Psychologist", vol. 55 (1), s. 68—78.
- Skarżyńska K., 1991: *Konformizm i samokierowanie jako wartości*. Warszawa.
- Solberg E.G., Diener E., Robinson M.D., 2004: *Why are materialists less satisfied?* In: *Psychology and the culture of consumption*. Eds. T. Kasser, A. Kanner. American Psychological Association Press.
- Zawadzka A.M., 2006: *Wartości osobiste tłumaczące orientację materialistyczną jednostki*. „Roczniki Psychologiczne”, T. 9, nr 2, s. 61—80.
- Zawadzka A.M., 2011: *O typach zakupów, które mogą zwiększać zadowolenie z życia*. W: *Życie w konsumpcji, konsumpcja w życiu. Psychologiczne ścieżki współzależności*. Red. A.M. Zawadzka, M. Górnik-Durose. Gdańsk, s. 194—214.



AGNIESZKA SKORUPA

Rak szyjki macicy w świadomości młodzieży ponadgimnazjalnej Na przykładzie projektu kampanii społecznej dotyczącej profilaktyki raka szyjki macicy

Cervical cancer in awareness of high school youths Analyse on the basis of the social campaign project

Abstract: Among many problems which should be provided with health promotion one of the most important is a cervical cancer (WHO, 2009). In Poland are being run many social campaigns but none of them is directed toward high school youths. An unique project of social campaign aimed at youths was created in close collaboration of University of Silesia with Medical University of Silesia. The campaign is being run since September 2009.

The project is divided into two stages. Firstly, we diagnosed level of awareness and attitudes toward cancer among high school youths (622 respondents). Secondly, basing on the knowledge from the first stage we created an interactive workshop. Students who are participating in workshops are filling in two questionnaires diagnosing change of their attitudes towards health (in the process).

The analyse of scientific material from the first stage shows that most of respondents have not visited gynaecologist so far. 39,5% students are unrealistic optimists as far as their own potential illness is considered. There are serious lacks in knowledge about cervical cancer, moreover, the lowest level of health awareness is observed among girls who are sexually active (23% of respondents).

Key words: cervical cancer, social campaign, pro-health attitude, youths.

Nowotwór szyjki macicy — diagnoza problemu

Jeden z bardziej aktualnych i epidemiologicznie znaczących problemów, który jest objęty programami profilaktycznymi i kampaniami społecznymi, to nowotwór szyjki macicy. Zgodnie z doniesieniami WHO za 2009 rok, w Polsce populacja kobiet znajdujących się w grupie ryzyka zachorowania na ten nowotwór wynosi 16,7 mln (kobiety powyżej 15. roku życia). Rak szyjki macicy każdego roku, szacunkowo, rozpoznawany jest u 4 901 kobiet, z czego 2 278 umiera z tego powodu. Nowotwór ten znajduje się na trzecim miejscu pod względem częstości występowania nowotworów złośliwych w Polsce w całej populacji kobiet oraz na drugim miejscu w populacji kobiet w przedziale wiekowym od 15 do 44 lat.

Co ważne, we wczesnym stadium rak szyjki macicy nie daje żadnych objawów, rozwija się na podłożu zmian przednowotworowych średnio od 3 do 10 lat (Markowska, Mądry, 2008). Moment wykrycia raka szyjki macicy stanowi o długości przeżycia chorego. Wykrycie choroby na wczesnym etapie ratuje życie. Jeśli rak ma zasięg miejscowy, to 5-letnie przeżycie uzyskuje się u 92% kobiet. Natomiast jeśli dojdzie do przerzutów, wówczas szanse przeżycia ma jedynie 13% chorych (WHO, 2009).

Zachorowalność na raka szyjki macicy oraz umieralność z jego powodu może być zmniejszona dzięki stosowaniu przesiewowych badań cytologicznych materiału pobieranego z szyjki macicy. Trudno jest jednak ustalić optymalny wiek rozpoczęcia i zakończenia badań przesiewowych. Istnieje niewiele bezpośrednich danych na ten temat. Dane pośrednie wskazują, że najkorzystniejsze jest rozpoczęcie badania w ciągu 3 lat od podjęcia aktywności seksualnej lub też po ukończeniu 20. roku życia. Następnie należy przeprowadzać badania co najmniej raz na 3 lata (WHO, 2009).

W obliczu takich faktów wyraźna staje się potrzeba kształtowania nawyku regularnych badań oraz rozwijania świadomości epidemiologicznej tego zjawiska u młodych dorosłych. Dopiero wykształcenie prawidłowych zachowań zdrowotnych, poczynając od młodzieży ponadgimnazjalnej, daje w przyszłości szansę na zminimalizowanie śmiertelności powodowanej nowotworem szyjki macicy. Działanie to wydaje się uzasadnione jeszcze z innego powodu. Młodzież (osoby w wieku 11—18 lat; por. Kiellar-Turska, 2003), jako specyficzna grupa docelowa, jest na etapie rozwoju, który sprzyja kształtowaniu psychologicznych mechanizmów sterujących zachowaniem jednostki, żywi spontaniczną potrzebę angażowania się w różnego rodzaju aktywności (por. Tyszkowa, 1997), a ponadto, wchodząc w świat dorosły, zaczyna patrzeć bardziej refleksyjnie na życie, integrować i analizować dotychczasowe doświadczenia

(Straś-Romanowska, 2005). Tym bardziej warto właśnie tę grupę uczynić odbiorcami komunikatu perswazyjnego kształtującego prawidłowe nawyki zdrowotne.

Kampania społeczna jako narzędzie kształtowania postaw

Jednymi z efektywniejszych komunikatów perswazyjnych umożliwiających modelowanie postaw prozdrowotnych są kampanie społeczne. Jako takie, kampanie społeczne można spostrzegać dwojako. Z jednej strony są elementem marketingu społecznego, z drugiej strony stanowią ustrukturalizowane działania profilaktyki zdrowotnej. Marketing społeczny „polega na wykorzystywaniu koncepcji i technik marketingowych w celu wywołania społecznie pożądaných postaw i zachowań. Zgodnie z definicją, istotą tego procesu jest zatem powstanie zmian społecznych” (Lipska, 2009). Podstawą przy tworzeniu kampanii społecznej jest tzw. marketing mix, w którego skład wchodzi 4 elementy: produkt, cena, dystrybucja i promocja.

W marketingu społecznym produktami mogą być: promowane postawy lub zachowania, korzyści dla grupy docelowej lub konkretne produkty i usługi, np. badanie cytologiczne. Ceną natomiast są koszty nieodłącznie towarzyszące przyjęciu promowanej postawy, choćby poczucie wstydu podczas wykonywania badań na obecność HPV. Zadaniem dystrybucji jest ułatwienie odbiorcom przyjęcia danego zachowania poprzez na przykład dostarczenie listy miejsc, w których można wykonać badanie cytologiczne. Promocja natomiast dotyczy sposobu i narzędzia przekazywania informacji na temat pożądanęj postawy, np. event, reklama, prezentacja, happening. Jednym z bardzo użytecznych narzędzi marketingowych jest edukacja (Lipska, 2009).

Biorąc pod uwagę fakt, iż postawy ulegają najefektywniejszej zmianie pod wpływem osobistych doświadczeń, a jednocześnie repertuar doświadczeń dostępnych człowiekowi w trakcie życia jest ograniczony, konieczność stanowi przyjmowanie dużej ilości postaw w gotowej postaci od innych ludzi (Wojciszke, 2005). Zjawisko to nadaje jeszcze większe znaczenie działaniom marketingu społecznego. Jego wpływ jest niezwykle istotny. Twórcy reklam komercyjnych wiedzą to doskonale, a zapominają o tym często społecznie zaangażowani twórcy kampanii prozdrowotnych, że aby osiągnąć pożądaną zmianę postawy, należy niezwykle precyzyjnie stworzyć przekaz perswazyjny. Wszelkie techniki perswazyjne, takie

jak: wzbudzanie lęku, identyfikacja z nadawcą komunikatu, efekt aury, nadanie znaczenia osobistego, stosowanie określonej kolorystyki, wykorzystanie reguły konformizmu, wykorzystanie reguły wzajemności, sprzyjają skutecznemu kształtowaniu pożądanej postawy (Aronson, Wilson, Akert, 1997; Maison, Prochenko, Stafiej, 2002; Doliński, 2003).

Dopiero uwzględnienie wszystkich wymienionych czynników pozwala na stworzenie szerokokresowej i efektywnej kampanii społecznej. Niekompetentna kampania może przynieść efekty odwrotne do zamierzonych i zniechęcić odbiorców do angażowania się w dane zachowanie, powodujące reaktancję lub wyparcie.

Ze względu na aktualność i wagę problemu epidemiologii raka szyjki macicy w Polsce toczy się wiele kampanii profilaktycznych dotyczących tej tematyki. Można wśród nich wymienić kampanie: „Wybierz życie” (<http://www.wybiezzycie.pl/>), „Chronię życie przed rakiem szyjki macicy” (<http://www.hpv.pl/>), „Nie pakuj się do trumny, zrób cytologię” (<http://www.zrobocytologie.pl/>), czy też „Kwiat kobiecości: Rak szyjki macicy ZA-BIJA kobiety” (<http://www.kwiatkobiecosci.pl/>). Jednak żadna z wymienionych kampanii nie jest kierowana bezpośrednio do młodzieży. Biorąc pod uwagę fakt, że trudno ustalić optymalny wiek rozpoczęcia badań cytologicznych, a badania te są najskuteczniejszą¹ formą profilaktyki, istnieje potrzeba stworzenia kampanii społecznej, której adresatem będzie młodzież uczęszczająca do szkół ponadgimnazjalnych.

„Nie wycofuj się rakiem” — autorski projekt kampanii społecznej

Kierując się przytoczonymi przesłankami, w 2009 roku zainicjowano projekt kampanii społecznej dotyczącej profilaktyki raka szyjki macicy pod hasłem „Nie wycofuj się rakiem”. Odbiorcami tej kampanii są uczennice szkół ponadgimnazjalnych. Projekt ten trwa do dnia dzisiejszego.

¹ Kampania „Nie wycofuj się rakiem” nie uwzględnia promocji szczepień. Na interaktywnych warsztatach wspomina się o tej metodzie, jednakże ze względu na jej koszt i selektywną skuteczność większy nacisk położony jest na promocję badań cytologicznych.

Cel

Nadrzędnym celem projektu jest promowanie postaw prozdrowotnych i podwyższanie świadomości społecznej dotyczącej raka szyjki macicy. Cele szczegółowe natomiast to: zapoznanie uczniów z problematyką raka szyjki macicy, obalenie mitów dotyczących tej choroby, oswojenie lęków związanych z badaniami cytologicznymi i wizytą u ginekologa, dostarczenie listy miejsc w województwie śląskim, w których można wykonać badania cytologiczne. Ponadto przy obecnym coraz szybszym tempie życia i coraz bardziej agresywnym modelu kariery, kampania zwraca uwagę na kobiecość oraz potrzebę troski o jedność ducha i ciała, dbałości o wygląd zewnętrzny, ale także konieczność wsłuchania się w swój organizm, uważności co do procesów w nim zachodzących. Są to wartości niejednokrotnie tracone lub powierzchownie traktowane we współczesnym konsumpcyjnym turbospółnocieństwie (por. Sztumski, 2006). W meta-perspektywie natomiast zdrowie nie jest tu tylko celem samym w sobie, stanowi również środek pozwalający człowiekowi na takie wykorzystanie istniejących możliwości, by życie było bardziej produktywne, satysfakcjonujące — lepsze (Sęk, 1997).

Twórcy

Złożoność zarysowanego problemu wymaga wielopłaszczyznowej współpracy specjalistów z różnych dziedzin. „Marketing społeczny funkcjonuje w obszarze, w którym niezbędna jest współpraca z innymi podmiotami, ponieważ żadna kampania [...] nie wpłynie na zmianę zachowań, jeśli nie jest wspomagana przez podmioty związane z danym problemem. Podejście ograniczające pole działania do grupy docelowej nie wykorzystuje pełnego potencjału marketingu społecznego, a tym samym zmniejsza szanse powodzenia kampanii” (Goldberg, 1997, s. 293 — cyt. za: Lipska, 2009, s. 6). Ponadto tworzenie programów profilaktycznych tylko przez osoby ze środowisk medycznych powoduje koncentrację przekazu jedynie na sferze wiedzy; udział środowisk psychologicznych w tworzeniu programów pozwala na poszerzenie oglądu o teorię działania i teorię wpływu społecznego, sięgnięcie do motywów zachowania (Puchalski, 2008). Mając na uwadze te fakty, do realizacji kampanii „Nie wycofuj się rakiem” zaangażowane zostały akademickie i studenckie środowiska Śląskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Uniwersytetu Śląskiego w Katowicach; zapewniono w ten sposób interdyscyplinarne podejście do problemu. Nawiązano także współpracę ze środowiskami szkolnymi, bez której cała akcja nie miałaby szansy powodzenia.

Etapy realizacji

Przebieg kampanii można podzielić na pięć etapów. Pierwszy, rozpoczęty w 2009 roku, polegał na diagnozie problemu i analizie dostępnej literatury przedmiotu. Drugi miał na celu stworzenie ankiety diagnozującej poziom wiedzy oraz unaoczniającej przekonania na temat raka szyjki macicy, nawiązanie kontaktu ze szkołami ponadgimnazjalnymi z województwa śląskiego oraz przeprowadzenie badania wśród uczniów tych szkół. Trzeci etap bazował na informacjach zdobytych w dwóch poprzednich. Na podstawie wyników badania ankietowego stworzono interaktywny warsztat oraz graficzną oprawę kampanii (plakaty, prezentację, hasła reklamowe), odbyła się także edukacja osób prowadzących zajęcia w szkołach. Czwarty etap kampanii² obejmuje właściwe przeprowadzanie warsztatów (wraz z rozdawnictwem i reklamą) w szkołach województwa śląskiego, które są chętne do przystąpienia do kampanii. Piąty etap uwzględnia powtórne badania wraz z ich analizą, wyciągnięciem wniosków i podsumowaniem całości kampanii. Badania na tym etapie dotyczą zmiany postawy po udziale w kampanii, jak też trwałości tejże zmiany. Ta sama ankieta rozdawana jest dwa razy: tuż po wzięciu udziału w warsztatach oraz po upływie miesiąca od uczestnictwa w nich.

Badanie ankietowe — prezentacja wyników

Kampania jest ciągle w trakcie realizacji, niemożliwe więc byłoby przedstawienie pełnych wyników dotyczących utrzymywania się zmiany postawy i efektywności realizowanej akcji. Tym samym w niniejszej pracy zostaną zaprezentowane wyniki pierwszego badania ankietowego (etap drugi kampanii), które posłużyło twórcom do opracowania interaktywnych warsztatów jako przekazu perswazyjnego odpowiedniego dla młodzieży ponadgimnazjalnej.

Badanie ankietowe składało się z 21 pytań, zarówno otwartych, jak i zamkniętych. W myśl podejścia biopsychospołecznego pytania dotyczyły: trzech komponentów postawy (poznawczego, behawioralnego i emocjonalnego), poziomu wiedzy na temat raka szyjki macicy oraz percepcji choroby nowotworowej jako takiej (wiedza o percepcji była pomocna przy tworzeniu efektywnego przekazu reklamowego). Odpowiedzi na pytania otwarte poddano kategoryzacji. Pytania dotyczące poziomu wiedzy zo-

² Faza w trakcie realizacji.

stały ocenione przez zespół sędziów kompetentnych i zakwalifikowane do trzech kategorii: brak wiedzy, niski poziom wiedzy, wysoki poziom wiedzy. Następnie w odniesieniu do wszystkich wyników dokonano analizy częstości występowania danej odpowiedzi; przeprowadzono też analizę krzyżową wyników.

Przedmiotem rozważań w niniejszym artykule jest potrzeba poszerzenia świadomości młodych ludzi oraz kształtowania postaw prozdrowotnych od najwcześniejszych lat. W tekście zaprezentowane zostaną wyniki ankiety dotyczące diagnozy świadomości epidemiologii raka szyjki macicy. Pytania ankietowe, z których płyną wnioski dotyczące tworzenia efektywnego komunikatu perswazyjnego w grupie docelowej kampanii, nie zostaną tu przeanalizowane. Stanowią bowiem podłoże rozważań teoretycznych z osobnego zakresu tematycznego. Warto nadmienić jednak, iż pytania te obejmowały między innymi skojarzenia z rakiem szyjki macicy, preferowane przez młodzież zachowania prozdrowotne czy też formy graficzne, jakie najbardziej do nich przemawiają.

Grupa badawcza

Tabela 1

Specyfika socjodemograficzna badanej grupy, wybrane charakterystyki

Zmienne demograficzne		Liczba osób	Liczba odpowiedzi	
			ważnych	nieważnych
Wiek	15 lat	4	612	10
	16 lat	203		
	17 lat	310		
	18 lat	90		
	19 lat	5		
Typ szkoły, do której uczęszcza osoba badana	liceum ogólnokształcące	552	617	5
	liceum profilowane	25		
	technikum	40		
Wykształcenie ojca	podstawowe	15	603	19
	zasadnicze zawodowe	176		
	średnie	224		
	wyższe	188		
Wykształcenie matki	podstawowe	12	608	14
	zasadnicze zawodowe	98		
	średnie	255		
	wyższe	243		

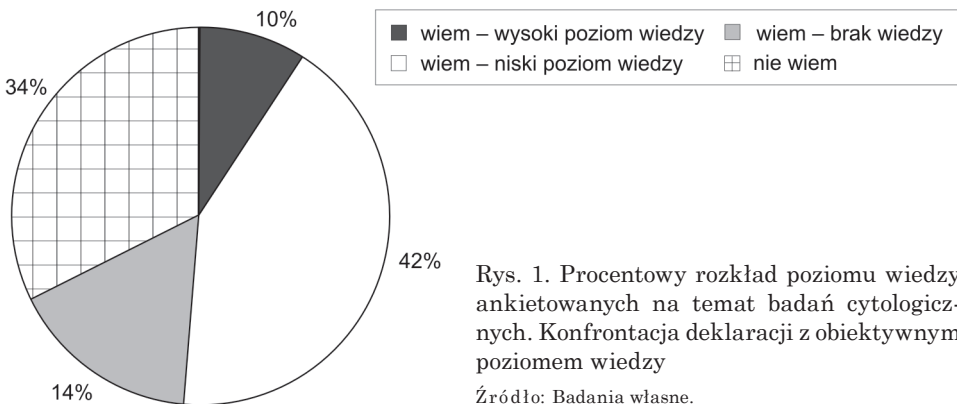
Źródło: Badania własne.

Grupę badawczą stanowiły 622 uczennice szkół ponadgimnazjalnych pochodzące z 41 miast województwa śląskiego. W tabeli 1 przedstawiono specyfikę socjodemograficzną badanej grupy. Warto nadmienić, że pytanie o wykształcenie matki i ojca spotkało się z największym oporem badanych, który był sygnalizowany werbalnie.

Wyniki

Badane, którym zadano pytanie: „Czy dbasz o własne zdrowie?”, w 78% odpowiadały twierdząco; proszone o opisanie, co ich zdaniem robi człowiek dbający o zdrowie, wymieniały zachowania dające się zakwalifikować do trzech kategorii: zdrowe odżywianie (82% odpowiedzi), zachowania prozdrowotne medyczne, w tym wykonywanie badań profilaktycznych (73% odpowiedzi), uprawianie sportu (63% odpowiedzi).

Na pytanie o powody korzystania z porad lekarza ginekologa 66% ankietowanych odpowiada, iż nigdy nie była u lekarza ginekologa, 20% badanych korzysta z porad tego lekarza specjalisty, gdy występują niepokojące objawy, 7% odwiedza gabinet ginekologa rutynowo raz w roku. 66% ankietowanych deklaruje, że wie, po co wykonuje się badanie cytologiczne, jednakże po analizie pełnej odpowiedzi można stwierdzić, że jedynie 15% z nich prezentuje wysoki poziom wiedzy, 64% udziela odpowiedzi świadczących o niskim poziomie wiedzy, a 21% wykazuje brak wiedzy (rys. 1). Na pytanie: „Kiedy powinno się przeprowadzać badania cytologiczne?”, prawidłowej odpowiedzi udziela 22% ankietowanych.

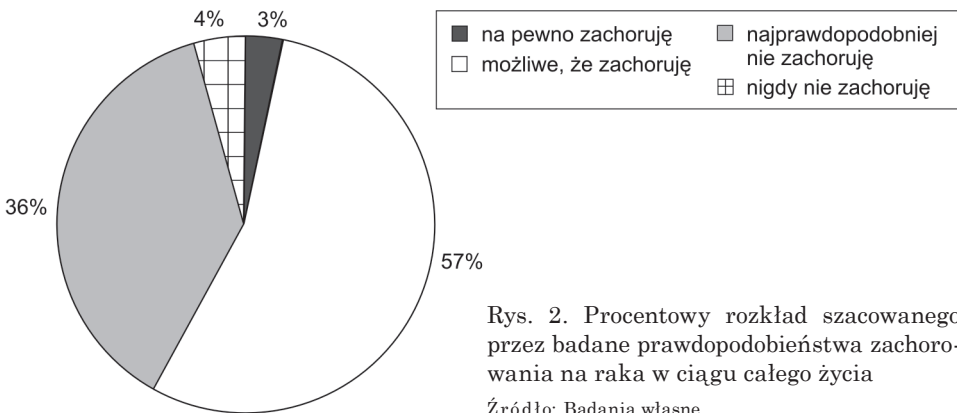


Spośród pytaných: „Czy wiesz, co to jest rak szyjki macicy?”, 98% odpowiada, iż słyszało o tym nowotworze, jednak tylko 26% deklaruje, że zna przyczyny tego schorzenia. Pytane o to: „Czy wiesz, co to jest HPV?”,

20% dziewcząt deklaruje, że wie, co to jest. Spośród nich jednak obiektywnie wysoki poziom wiedzy przejawia 42%, niskim poziomem wiedzy odznacza się 16%, a odpowiedzi 42% osób zostały zaklasyfikowane jako brak wiedzy.

U 55% ankietowanych w najbliższej rodzinie wystąpiły przypadki zachorowań na raka. Spośród tych ankietowanych 61% zna przyczyny raka szyjki macicy, a 58% wie, co to jest HPV. Dziewczęta, u których w rodzinie był przypadek zachorowania na nowotwór, lepiej znają czynniki zmniejszające prawdopodobieństwo zachorowania na raka szyjki macicy; wiedza ta nie jest jednak duża w porównaniu z wiedzą osób, które nie miały w rodzinie takiego przypadku.

Spośród dziewcząt proszonych o oszacowanie prawdopodobieństwa zachorowania na raka w ciągu całego swojego życia 57% uważa, że choroba jest możliwa, 3% jest przekonana, że na pewno zachoruje, 36% twierdzi, że najprawdopodobniej nie zachoruje, a 4% uważa, że nigdy nie zachoruje (rys. 2).

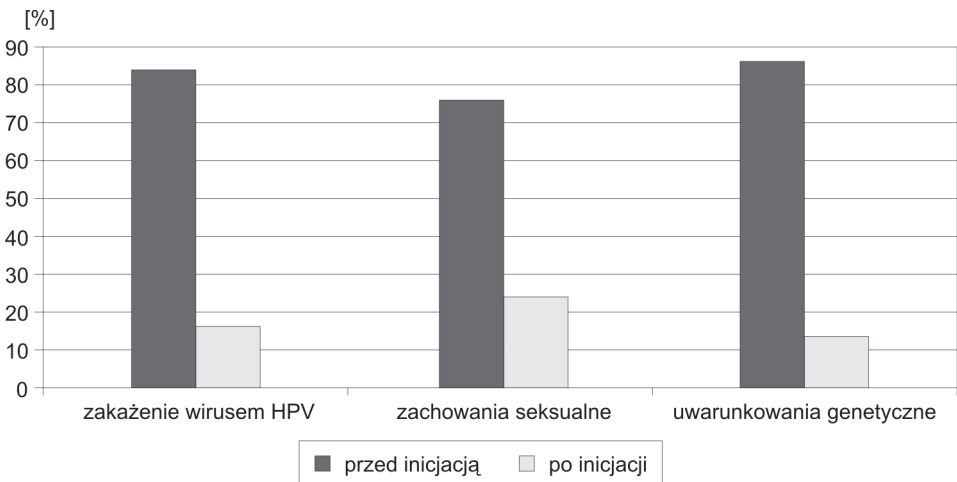


Rys. 2. Procentowy rozkład szacowanego przez badane prawdopodobieństwa zachorowania na raka w ciągu całego życia

Źródło: Badania własne.

Oceniając możliwość zachorowania w wieku respondentki, 44% dziewcząt twierdzi, że to możliwe, 2% uważa, że to wykluczone, natomiast 53% deklaruje brak wiedzy na ten temat. Spośród tych, które uważają, że zachorowanie w wieku respondentki jest możliwe, dominuje uzasadnienie, iż „rak nie zależy od wieku” (58%), 8% uważa, że to możliwe, ponieważ już rozpoczęły życie seksualne, a 7% tłumaczy to nieprzewidywalnością występowania choroby jako takiej. Wśród odpowiedzi, że zachorowanie w wieku respondentki nie jest możliwe, 50% można zaklasyfikować jako nierealistyczny optymizm; 38% ankietowanych tłumaczy swoją postawę niezajomością przypadku zachorowania młodej osoby, a 13% podaje jako czynnik eksplanacyjny niepodjęcie współżycia seksualnego.

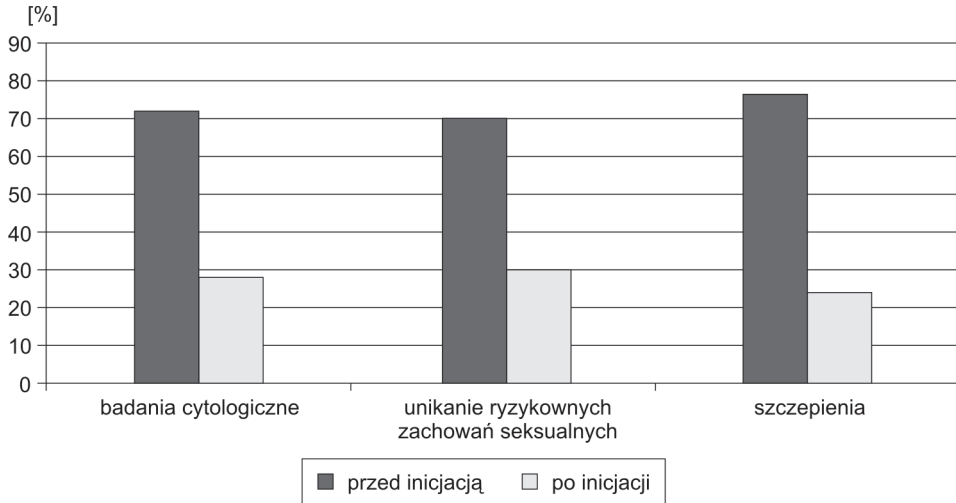
Spośród badanych dziewcząt 23% jest już po inicjacji seksualnej. Wiek inicjacji to od 11 do 18 lat, z czego najwyższa częstotliwość przypada na 15., 16. i 17. rok życia. Dziewczyny, które nie mają za sobą inicjacji seksualnej, wykazują większy poziom wiedzy na temat przyczyn zachorowania na raka szyjki macicy niż osoby po inicjacji. Wśród dziewcząt niewspółżyjących jako przyczynę raka szyjki macicy: 83% wymienia zakażenie wirusem HPV, 77% — zachowania seksualne, 87% — uwarunkowania genetyczne. Wśród dziewcząt aktywnych seksualnie 17% wskazuje na zakażenie wirusem HPV, 23% — na zachowania seksualne, a uwarunkowania genetyczne wymienia 13% dziewcząt (rys. 3). W odpowiedzi na pytanie dopuszczalne było wymienienie kilku przyczyn.



Rys. 3. Częstość odpowiedzi dotyczących przyczyn raka szyjki macicy wśród dziewcząt przed inicjacją seksualną i po inicjacji seksualnej

Źródło: Badania własne.

Spośród dziewcząt przed inicjacją 72% wskazuje badanie cytologiczne jako sposób na zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy, 70% mówi o potrzebie unikania niebezpiecznych zachowań seksualnych, natomiast 77% docenia wagę szczepień. Odpowiednio, przyczyny te wśród dziewcząt po inicjacji wymienia — kolejno — 28%, 30% i 23% badanych (rys. 4).



Rys. 4. Częstość odpowiedzi dotyczących sposobów zmniejszenia ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy wśród dziewcząt przed inicjacją seksualną i po inicjacji seksualnej

Źródło: Badania własne.

Interpretacja wyników

Uczennice szkół ponadgimnazjalnych deklarują wysoki poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy i badania cytologicznego. Ich odpowiedzi poddane ocenie merytorycznej przez sędziów kompetentnych wykazują jednak odmienny stan rzeczy — znaczne braki w wiedzy. Większość badanych deklaruje, że słyszała o raku szyjki macicy, jednakże znikomy procent dziewcząt zna jego przyczyny. Faktyczny poziom wiedzy uczennic na temat badania cytologicznego jest również bardzo niski. Tylko 1/5 badanych deklaruje, że wie, co to jest HPV, a spośród nich ponad połowa udziela błędnych odpowiedzi na ten temat.

Zgodnie ze społeczno-poznawczą koncepcją Alberta Bandury, kampania społeczna „Nie wycofuj się rakiem” należy do czynników środowiskowych ułatwiających pokonywanie przeszkód w drodze do zachowań prozdrowotnych. Zadaniem kampanii jest — obok podwyższania poziomu wiedzy — motywowanie uczestniczek do zmiany zachowań zdrowotnych, demitologizacja błędnych przekonań oraz oswojenie lęków (Łuszczynska, 2004). Uzyskane wyniki naświetliły potrzebę (obok potrzeby podniesienia wiedzy) koncentracji na budowaniu poczucia sprawstwa i własnej skuteczności u uczennic szkół ponadgimnazjalnych. Własna skuteczność

bowiem decyduje o tym, jak efektywnie ludzie wykorzystują osobiste zasoby poznawcze, jak trafnie oceniają sytuację zagrażającą zdrowiu (w przypadku 40% dziewcząt obserwowalne było zaniżanie prawdopodobieństwa zachorowania) oraz jak skutecznie poszukują sposobów radzenia sobie, jeśli występują trudności na drodze do osiągnięcia celu (Maddux, Lewis, 1995 — podaję za: Łuszczynska, 2004, s. 31).

Niepokojący jest fakt, że ponad połowa badanych nie była jeszcze ani razu u ginekologa. W tej grupie znajdują się również dziewczęta, które rozpoczęły już współżycie seksualne. Ze względu na niezwykle istotny aspekt zachowań zdrowotnych, jakim jest oczekiwanie zysku i straty (por. Łuszczynska, 2004), i znaczny odsetek dziewcząt, które nie były jeszcze u ginekologa, jednym z celów warsztatów uczyniono oswojenie leków uczennic związanych z wizytą u ginekologa oraz samym badaniem cytologicznym (percypowanymi jako strata) oraz podkreślenie własnego sprawstwa przy regularnych badaniach (percypowanego jako zysk). Tym samym podczas promocji profilaktyki raka szyjki macicy propagowanie badań cytologicznych musi być nieodłącznie związane z demitologizacją samego zjawiska ginekologa.

Zgodnie z obecną wiedzą epidemiologiczną, główne czynniki wpływające na powstanie nowotworu szyjki macicy to: przewlekłe zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego HPV 16 i 18 lub innymi typami onkogennymi, wiek, wczesne rozpoczęcie współżycia płciowego, duża liczba partnerów seksualnych, wieloletnie palenie papierosów, niski status socjoekonomiczny, śródnaślónkowa neoplazja szyjki macicy (CIN I i CIN II) (Markowska, Mądry, 2008). W obliczu tych danych dużej wagi nabiera fakt, iż w badanej grupie ponad 1/5 dziewcząt rozpoczęła już współżycie seksualne. Średnia wieku inicjacji to 15,5. Dziewczęta współżycie seksualnie odznaczają się niższym poziomem wiedzy na temat przyczyn raka szyjki macicy, wiedzy na temat cytologii i HPV niż dziewczęta będące przed inicjacją seksualną. Biorąc pod uwagę fakt, iż badania cytologiczne należy rozpocząć do trzech lat od rozpoczęcia współżycia (U.S. Preventive Services Task Force, 2003), osoby po inicjacji seksualnej są w grupie, która powinna zostać objęta szczególnie intensywną edukacją zdrowotną.

Mimo tego, iż w teoriach zmiany postaw osobiste przeżycie desygnowane jest jako najefektywniejszy sposób zmiany postawy, w przeprowadzonej ankiecie nie zanotowano istotnych różnic w wiedzy i podejściu do raka szyjki macicy wśród mających i niemających przypadku zachorowania na nowotwór w rodzinie. U blisko połowy ankietowanych odnotowane zostały zachorowania na raka w najbliższej rodzinie, jednakże nawet bezpośrednie doświadczenie nie jest gwarantem posiadania większej wiedzy na temat nowotworu szyjki macicy, cytologii i HPV niż wie-

dza rówieśniczek, w których rodzinach przypadki zachorowań nie miały miejsca.

Blisko 2/5 badanych uważa, że choroba nowotworowa (w jakiegokolwiek postaci) nie będzie w życiu ich problemem, spostrzegają tym samym prawdopodobieństwo własnego zachorowania niezgodnie z realnym ryzykiem, zaniżając szanse wystąpienia nowotworu raka szyjki macicy zarówno u osoby w swoim wieku, jak i u siebie samych w ciągu całego życia. Jest to naturalna tendencja różnicująca względne i bezwzględne ryzyko choroby, świadcząca o nierealistycznym optymizmie badanych (Łuszczynska, 2004), mająca jednakże negatywny wpływ na zachowania prozdrowotne jednostki. Obok dziewcząt już współżyjących, a odznaczających się niskim poziomem wiedzy na temat nowotworu i jego profilaktyki, grupa osób wykazujących największy poziom nierealistycznego optymizmu została w sposób szczególnie uwzględniona w oddziaływaniach marketingu społecznego niniejszej kampanii.

Kierując się klasyfikacją Krzysztofa Puchalskiego (2008), za ogólny cel kampanii, wyłaniający się na podstawie analizy podstaw teoretycznych projektu oraz wyników badania ankietowego, uznano doprowadzenie do jednoznacznej oceny zachowań zdrowotnych zarówno w subiektywnej ocenie podmiotu, jak i obiektywnej ocenie medycznej. W następstwie takiej oceny zmianie *in plus* będzie ulegał behavior jednostki (wykonywanie badań cytologicznych i prewencja raka szyjki macicy). Żeby osiągnąć ów cel, należy uwzględnić wszelkie wyniki uzyskane podczas badania jako istotne dla konstrukcji efektywnego przekazu społecznego, zgodnego z percepcją stanu rzeczy uczennic szkół ponadgimnazjalnych.

Podsumowanie

Wśród licznych problemów epidemiologicznych, z którymi borykają się Polacy, jednym z bardziej znaczących jest rozpowszechnienie się w populacji wirusa brodawczaka ludzkiego (Human Papilloma Virus), który odpowiedzialny jest między innymi za powstanie nowotworu szyjki macicy. W obliczu problemu wysokiego odsetka śmiertelności wywołanego rakiem szyjki macicy należy podjąć szerokokresowe działania prewencyjne oraz profilaktyczne. Ze względu na specyfikę choroby postawy prozdrowotne, polegające w tym wypadku na wczesnym rozpoczęciu i regularnym wykonywaniu badań cytologicznych, warto kształtować już w wieku młodzieńczym.

Dostrzegając głęboką potrzebę, a także zasadność szerzenia profilaktyki wśród młodzieży, interdyscyplinarny zespół studentów, pod nadzorem merytorycznym specjalistów danych dziedzin, w 2009 roku stworzył projekt kampanii społecznej „Nie wycofuj się rakiem”. Środowiska szkolne, medyczne, psychologiczne czy społeczno-marketingowe mogą nie mieć nawyku współpracy, jednak tylko interdyscyplinarne podejście do problemu gwarantuje wielopłaszczyznowość działań, która jest predykatem lepszej zmiany postawy. Niestety, analizy poziomu świadomości młodzieży ponadgimnazjalnej wykazały duże braki wiedzy oraz potrzebę zmiany postaw i błędnych przekonań na temat raka szyjki macicy w badanej grupie.

Jak pisze Marek Próchenko, Prezes Zarządu Fundacji Komunikacji Społecznej, „aby dokonywać trwałych i znaczących zmian społecznych, niezbędne jest konsekwentne i przede wszystkim długofalowe działanie. Nie można zakładać, że jednorazowa reklamowa kampania społeczna może na stałe zmienić postawy” (Próchenko, 2009). Choć twórcy kampanii „Nie wycofuj się rakiem” zastosowali działania o szerszym zakresie niż sama reklama społeczna, zdają sobie sprawę, że to jedynie kropla w morzu potrzeb. Im więcej będzie tego typu akcji, im bardziej kompetentnie i wszechstronnie zostaną one przygotowane oraz im więcej środowisk będzie z sobą efektywnie współpracować, tym większe są szanse na trwałe zmiany w postawach młodzieży. Dzięki akcjom takim jak „Nie wycofuj się rakiem” możemy nie tylko kształcić w młodzieży zachowania i postawy prozdrowotne. Przez inwestycje w młodego człowieka wpływamy na jakość jego całego życia. Inwestując w jednostkę, inwestujemy w całe społeczeństwo. A to działania nie do przecenienia.

Bibliografia

- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M., 1997: *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Przeł. A. Bezwińska et al. Poznań.
- Doliński D., 2003: *Psychologiczne mechanizmy reklamy*. Gdańsk.
- Heszen-Niejodek I., 1997: *Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych*. W: *Psychologia zdrowia*. Red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk. Warszawa, s. 21—39.
- Kielar-Turska M., 2003: *Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia*. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Red. J. Strelau. T. 1. Gdańsk, s. 286—332.
- Lipska E., 2009: *Nowy wymiar marketingu społecznego i jego rola w kształtowaniu zmian społecznych*. Tryb dostępu: <http://konferencjapr.id.uw.edu.pl/pliki/lipska-pelny.pdf>. Data dostępu: 14.02.2013 r.
- Łuszczynska A., 2004: *Zmiana zachowań zdrowotnych. Dlaczego dobre chęci nie wystarczają?* Gdańsk.

- Maison D., Prochenko P., Stafiej A., 2002: *Propaganda dobrych serc, czyli rzecz o reklamie społecznej*. Kraków.
- Markowska J., Mądry R., 2008: *Ginekologia onkologiczna. Wydanie kieszonkowe*. Wrocław.
- Próchenko P., 2013: *Marketing społeczny. Bardzo to mile, ale czy ma sens?*. Opoka Biznes. Tryb dostępu: <http://www.opoka.org.pl/biblioteka/X/XB/marketingspooleczny.html>. Data dostępu: 14.02.2013 r.
- Puchalski K., 2008: *Uwarunkowania aktywności zdrowotnej w kontekście promocji zdrowia — szkic socjologicznego modelu*. W: *Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*. Red. I. Heszen, J. Życińska. Warszawa, s. 205—222.
- Sęk H., 1997: *Psychologia wobec promocji zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia*. Red. I. Heszen-Niejodek, H. Sęk. Warszawa, s. 40—61.
- Straś-Romanowska M., 2005: *Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobę*. „Koloquia Psychologiczne”, nr 13, s. 262—273.
- Sztumski W., 2006: *Turboświat i zasada odśpieszania*. „Problemy Ekorozwoju / Problems of Sustainable Development”, vol. 1, no. 1, s. 49—57.
- Tyszkowa M., 1997: *Aktywność i działalność dzieci i młodzieży*. Warszawa.
- U.S. Preventive Services Task Force, 2003: *Badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy*. „Medycyna Praktyczna. Ginekologia i Położnictwo”, nr 3. Tryb dostępu: http://www.mp.pl/artykuly/index.php?aid=14981&_tc=924BC24A1B1048FAA5C834B7AB045FFB. Data dostępu: 14.02.2013 r.
- WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer, 2009: *Human papillomavirus and related cancers in Poland. Summary report 2009*. Tryb dostępu: <http://apps.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/SummaryReportsSelect.cfm>. Data dostępu: 01.02.2010 r.
- Wojciszke B., 2005: *Postawy i ich zmiana*. W: *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Red. J. Strelau. T. 3. Gdańsk, s. 79—106.

Zasady opracowania materiałów

1. Redakcja przyjmuje teksty, które dotąd nigdzie nie były publikowane.
2. Nadsyłane prace będą recenzowane, a następnie omawiane na posiedzeniach Redakcji, która podejmie decyzję w sprawie zakwalifikowania ich do druku. O decyzji Redakcji Autor zostanie poinformowany. W przypadku niezakwalifikowania artykułu do druku zostanie on zwrócony Autorowi. (Prace realizowane między innymi w ramach grantu powinny być opatrzone informacją o rodzaju, numerze i tytule problemu badawczego).
3. Objętość tekstu nie może przekraczać 16 stron formatu A4, łącznie z bibliografią, przypisami, tabelami, rysunkami. Wyjątek od tej zasady stanowią jedynie artykuły zamówione.
4. Materiały przekazane do Redakcji powinny zawierać:
 - komputerowy wydruk tekstu wraz z bibliografią (uporządkowaną alfabetycznie, w układzie nazwisko/data) oraz CD,
 - tabele, rysunki (wydruk oraz CD),
 - do każdego tekstu abstrakt oraz słowa kluczowe — w języku angielskim (względnie polskim),
 - przypisy: bibliograficzne (podane w tekście głównym, umieszczone w nawiasach w układzie nazwisko/data), rzeczowe (opatrzone cyfrą odpowiadającą numeracji ciągłej przypisów w tekście głównym, napisane na oddzielnej stronie),
 - informacje o Autorze (imię i nazwisko, tytuł, stopień naukowy i zawodowy, specjalność, stanowisko i miejsce pracy, aktualnie pełnione funkcje w stowarzyszeniach i towarzystwach krajowych i zagranicznych, adres do korespondencji, adres domowy, numer telefonu).

Warunki prenumeraty

Warunkiem regularnego otrzymywania „Chowanny” jest złożenie zamówienia na prenumeratę roczną. Cena każdego z tomów wyniesie 36 zł (+ VAT)

Zamówienia prosimy wysyłać pod adresem:

WYDAWNICTWO UNIWERSYTETU ŚLĄSKIEGO
UL. BANKOWA 12B, 40-007 KATOWICE
www.wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawus@us.edu.pl
tel. (32) 359-15-70

Bieżące numery można nabywać bezpośrednio w księgarni Wydawnictwa ul. Bankowa 12 (budynek rektoratu) lub zamawiać korespondencyjnie.

Subscription orders for all the magazines published in Poland available through the local press distributors or directly through the:

Foreign Trade Enterprise
ARS POLONA
Centrala Handlu Zagranicznego ARS POLONA S.A.
ul. Obrońców 25, 03-933 Warszawa

Księgarnia Wysyłkowa „LEXICON”
Maciej Woliński
ul. Dereniowa 2/96, 02-776 Warszawa
e-mail: lexicon@lexicon.net.pl

KOLPORTER S.A.
ul. Zagnańska 61, 25-528 Kielce

W roku 2013 nakładem

Wydawnictwa Uniwersytetu Śląskiego

ukazały się następujące publikacje z dziedziny pedagogiki i psychologii:

Człowiek wobec wartości etycznych. Badania i praktyka. Red. A. Chudzicka-Czupała

Beata Ecler-Nocoń, Monika Frania, Małgorzata Kitlińska-Król

Pedagogiczne wyzwania wobec zmiany społecznej

Beata Ecler Nocoń

Wychowanie a płciowość osób w relacjach międzyludzkich z perspektywy pedagogiki personalistycznej

Nr indeksu 330566
PL ISSN 0137-706X

Copyright © 2013 by
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Wszelkie prawa zastrzeżone

Redaktor
MAGDALENA STARZYK

Projektant okładki i szaty graficznej
BEATA MAZEPA-DOMAGAŁA

Redaktor techniczny
BARBARA ARENHÖVEL

Korektor
MAGDALENA BIAŁEK

Łamanie
ALICJA ZAŁĘCKA

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12B, 40-007 Katowice
www.wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawus@us.edu.pl

Wydanie I. Nakład: 230 + 50 egz. Ark. druk. 17,25.
Ark. wyd. 20,0. Papier offset. kl. III, 90 g

Cena 36 zł (+ VAT)

Druk i oprawa: PPHU TOTEM s.c.
M. Rejnowski, J. Zamiara
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław

Cena 36 zł (+ VAT)